



ROMÂNIA

# Profil de țară privind cancerul

2025



European  
Commission



BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

## Seria „Profiluri de țară privind cancerul”

Registrul european privind inegalitățile în domeniul cancerului (European Cancer Inequalities Registry – ECIR) este o inițiativă emblematică din cadrul Planului european de combatere a cancerului. Registrul oferă date solide și fiabile cu privire la prevenirea cancerului și îngrijirea pacienților oncologici, care permit identificarea tendințelor la nivelul statelor membre și a grupurilor de populație, precum și a disparităților și inegalităților dintre acestea. În profilurile de țară privind cancerul sunt identificate punctele forte, provocările și domeniile specifice de acțiune pentru fiecare dintre cele 27 de state membre ale UE, precum și pentru Islanda și Norvegia, în scopul orientării investițiilor și intervențiilor la nivelul UE, la nivel național și la nivel regional în cadrul Planului european de combatere a cancerului. De asemenea, Registrul european privind inegalitățile în domeniul cancerului sprijină inițiativa emblematică nr. 1 a Planului de acțiune privind reducerea la zero a poluării apei, aerului și solului. Profilurile sunt rezultatul activității desfășurate de OCDE în cooperare cu Comisia Europeană. Echipa este recunoscătoare pentru contribuțiile valoroase primite de la experții naționali și pentru observațiile furnizate de Comitetul pentru sănătate al OCDE și de Grupul de lucru tematic al UE pentru Registrul inegalităților în domeniul cancerului.

## Surse de date și informații

Datele și informațiile din profilurile de țară privind cancerul se bazează, în principal, pe statistici oficiale naționale transmise către Eurostat și OCDE, care au fost validate pentru a se asigura cele mai înalte standarde de comparabilitate a datelor. Sursele și metodele care stau la baza acestor date sunt disponibile în baza de date a Eurostat și în baza de date a OCDE în domeniul sănătății.

Date și informații suplimentare provin, de asemenea, de la Centrul Comun de Cercetare al Comisiei Europene (CE-JRC), din statisticile UE referitoare la venit și la condițiile de viață (EU-SILC), de la Organizația Mondială a Sănătății (OMS), de la Agenția Internațională pentru Cercetare în Domeniul Cancerului (IARC), de la Agenția Internațională pentru Energie Atomică (AIEA), de la Societatea Europeană de Oncologie Pediatrică (SIOPE), de la Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene (FRA LGBTIQ), din sondajul privind comportamentul în materie de sănătate la copiii de vârstă școlară (HBSC), precum și din profilurile de țară privind sănătatea și cancerul din 2023 și din alte surse naționale (independente de interese private sau comerciale). Mediile calculate ale UE sunt mediile ponderate ale celor 27 de state membre, cu excepția cazului în care se specifică altfel. În aceste medii ale UE nu sunt incluse Islanda și Norvegia. Ratele mortalității și ale incidenței sunt standardizate în funcție de vârstă la populația europeană standard luată în considerare de Eurostat în 2013.

Paritatea puterii de cumpărare (PPC) este definită ca rata de conversie a monedei care echivalează cu puterea de cumpărare a diferitelor monede prin eliminarea diferențelor de nivel ale prețurilor între țări.

*Declinarea responsabilității: Prezenta lucrare este publicată sub responsabilitatea Secretarului General al OCDE și a președintei Comisiei Europene. Opiniile exprimate și argumentele prezentate în prezentul document nu reflectă neapărat opiniile oficiale ale țărilor membre ale OCDE sau ale Uniunii Europene. Nici prezentul document, nici eventualele date și hărți incluse în acesta nu aduc atingere statutului sau suveranității vreunui teritoriu, delimitării frontierelor și granițelor internaționale sau denumirii vreunui teritoriu, a vreunui oraș sau a vreunei zone. Denumirile țărilor și teritoriilor și hărțile utilizate în prezenta publicație comună urmează practica OCDE.*

*Declarații teritoriale specifice de declinare a responsabilității aplicabile OCDE:*

*Notă din partea Republicii Turcia: Informațiile din prezentul document referitoare la „Cipru” se referă la partea sudică a insulei. Nu există o autoritate unică menită să reprezinte atât populația cipriotă turcă, cât și populația cipriotă greacă pe insulă. Turcia recunoaște Republica Turcă a Ciprului de Nord (RTCN). Până la găsirea unei soluții durabile și echitabile în contextul Organizației Națiunilor Unite, Turcia își menține poziția cu privire la „problema cipriotă”.*

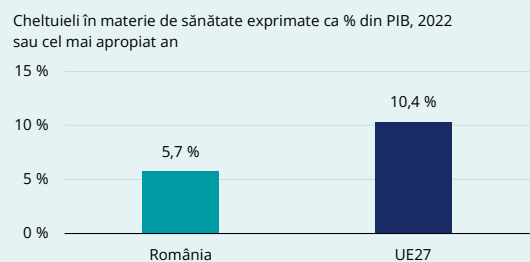
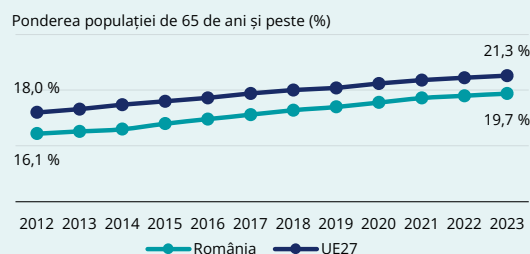
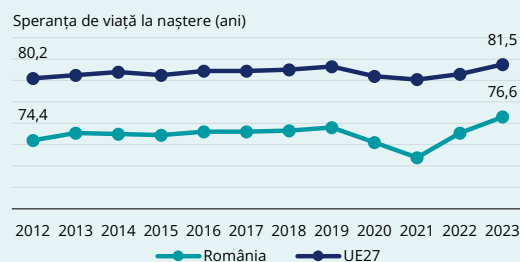
*Notă din partea tuturor statelor Uniunii Europene care sunt membre ale OCDE și a Uniunii Europene: Republica Cipru este recunoscută de toți membrii Organizației Națiunilor Unite, cu excepția Turciei. Informațiile din prezentul document se referă la zona aflată sub controlul efectiv al Guvernului Republicii Cipru.*

© OCDE/Uniunea Europeană, 2025. În cazul unor discrepanțe între versiunea originală și versiunile traduse ale acestei lucrări, numai textul versiunii originale ar trebui să fie considerat valabil.

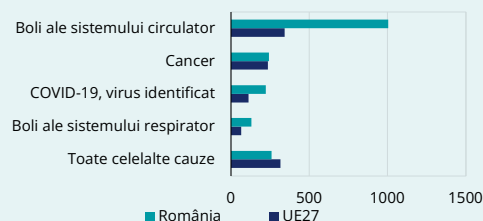
## Cuprins

|  |    |
|--|----|
| 1. ASPECTE PRINCIPALE                            | 3  |
| 2. CANCERUL ÎN ROMÂNIA                           | 4  |
| 3. FACTORII DE RISC ȘI POLITICILE DE PREVENȚIE   | 10 |
| 4. DEPISTAREA PRECOCE                            | 15 |
| 5. PERFORMANȚA ÎNGRIJIRII PACIENȚILOR ONCOLOGICI | 19 |
| 5.1 Accesibilitatea                              | 19 |
| 5.2 Calitatea                                    | 22 |
| 5.3 Costurile și raportul calitate-preț          | 23 |
| 5.4 Bunăstarea și calitatea vieții               | 24 |
| 6. ÎN PRIM-PLAN, CANCERUL PEDIATRIC              | 25 |

## Statistici cheie demografice și ale sistemului de sănătate



Rata standardizată în funcție de vârstă a mortalității la 100 000 de locuitori, 2021

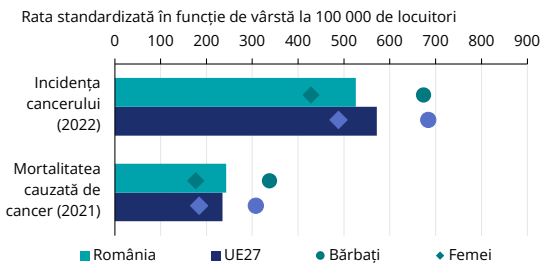


Baza de date Eurostat.

# 1. Aspecte principale

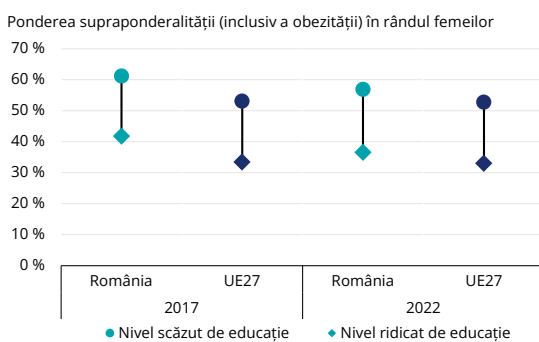
## Cancerul în România

Potrivit estimărilor, incidența și prevalența cancerului în România au rămas sub media UE în 2022. Mortalitatea cauzată de cancer a fost cu 10 % mai mare în rândul bărbaților și cu 4 % mai mică în rândul femeilor decât media UE. Prevalența cancerului este de așteptat să crească, având în vedere îmbunătățirea preconizată a depistării precoce și a tratamentului. Planul național de prevenire și combatere a cancerului a determinat elaborarea unei serii de politici care vizează toate domeniile prevenirii și controlului cancerului.



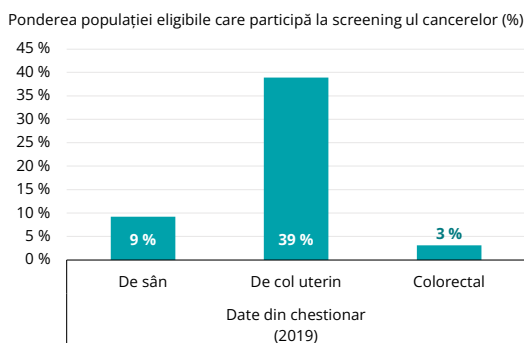
## Factorii de risc și politicile de prevenție

În România, majoritatea factorilor de risc asociați cancerului au o prevalență ridicată în rândul adulților. În ultimul deceniu, România a pus în aplicare o serie de măsuri de control privind tutunul (interzicerea fumatului în spațiile publice, etichete de avertizare vizuală și o interdicție privind publicitate), însă rata fumatului în rândul bărbaților rămâne una dintre cele mai ridicate din UE. În România, există un gradient social inversat în ceea ce privește fumatul și consumul de alcool pentru ambele genuri. Ratele de acoperire cu vaccin papilomavirus sunt scăzute, dar în creștere. Politicile de prevenție primară nu dispun încă de o abordare integrată și sistematică.



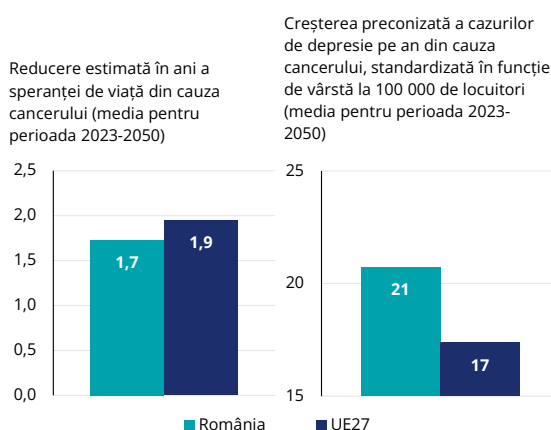
## Depistarea precoce

Rata de participare la screening rămâne scăzută pentru cancerul de sân și cancerul colorectal, deși ratele screeningului pentru cancerul de col uterin au crescut. Au fost puse în aplicare programe-pilot de screening pentru cancerul de sân și cancerul colorectal cu finanțare din partea UE și au fost elaborate planuri pentru extinderea screeningului la nivel regional și național. Planurile revizuite privind introducerea screeningului pentru cancerul de col uterin includ testarea primară pentru HPV. În 2024, au fost adoptați indicatori de calitate și siguranță pentru screeningul cancerului colorectal și de col uterin, în timp ce indicatorii de calitate pentru screeningul cancerului de sân sunt în curs de aprobare. Recent, au fost create registre pentru programele-pilot de screening.



## Performanța îngrijirii pacienților oncologici

Alocări financiare importante din Planul național de prevenire și combatere a cancerului sunt direcționate către îmbunătățirea infrastructurii oncologice, în vederea îndeplinirii criteriilor de calitate a serviciilor. În 2024, România a elaborat primul său plan strategic privind studiile clinice intervenționale. Dezvoltarea forței de muncă din domeniul sănătății este o prioritate importantă, vizând atât îmbunătățirea competențelor personalului existent, cât și formarea unui număr mai mare de specialiști. În România, nu există un registru național de cancer, deși un astfel de proiect este în curs de elaborare cu finanțare din partea UE. În perioada 2023-2050, cancerul se estimează că va determina apariția mai multor cazuri de depresie în România comparativ cu UE, ca și o reducere a speranței de viață, care însă va fi mai mică decât media UE.



## 2. Cancerul în România

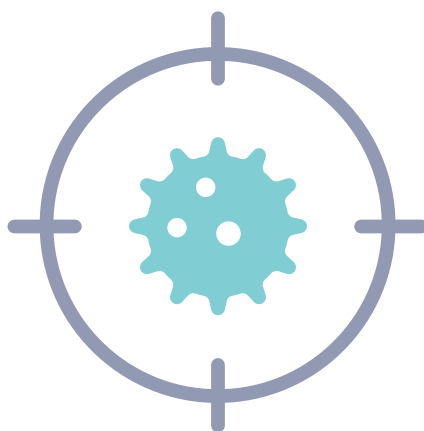
### Incidența cancerului în România a rămas ușor sub media UE

Conform Sistemului european de informații cu privire la cancer (ECIS) al Centrului Comun de Cercetare, pe baza tendințelor privind incidența din anii anteriori pandemiei, s-a preconizat că, în 2022, numărul de cazuri noi de cancer din România urma să fie de aproximativ 100 471. S-a preconizat, de asemenea, că 55 % dintre aceste cazuri se vor înregistra în rândul bărbaților, cancerul afectând mai mulți bărbați decât femei, la fel ca în alte țări ale UE. Incidența cancerului în România a rămas sub media UE: rata de incidență standardizată în funcție de vârstă pentru toate tipurile de cancer a fost cu 2 % mai mică în rândul bărbaților și cu 12 % mai mică în rândul femeilor decât media UE. Potrivit ECIS, numărul cazurilor de cancer va crește cu 8 % până în 2040.

Structura incidenței în funcție de tipul de cancer evidențiază unele particularități pentru România (Figura 1). În rândul bărbaților, cele mai frecvente patru tipuri de cancer sunt cancerul de prostată, cancerul pulmonar<sup>1</sup>, cancerul colorectal și cancerul vezicii urinare, reprezentând 58 % din totalul cancerelor bărbaților din România (comparativ cu 59 % la nivelul UE), deși cu o contribuție mai mică a cancerului de prostată (20 %, comparativ cu 23 % la nivelul UE). România

are cele mai mari rate de incidență din UE în rândul bărbaților în ceea ce privește cancerul laringian, hepatic și nazofaringian și a doua cea mai mare rată de incidență în ceea ce privește cancerul buzelor, cancerul cavității orale și cancerul orofaringian.

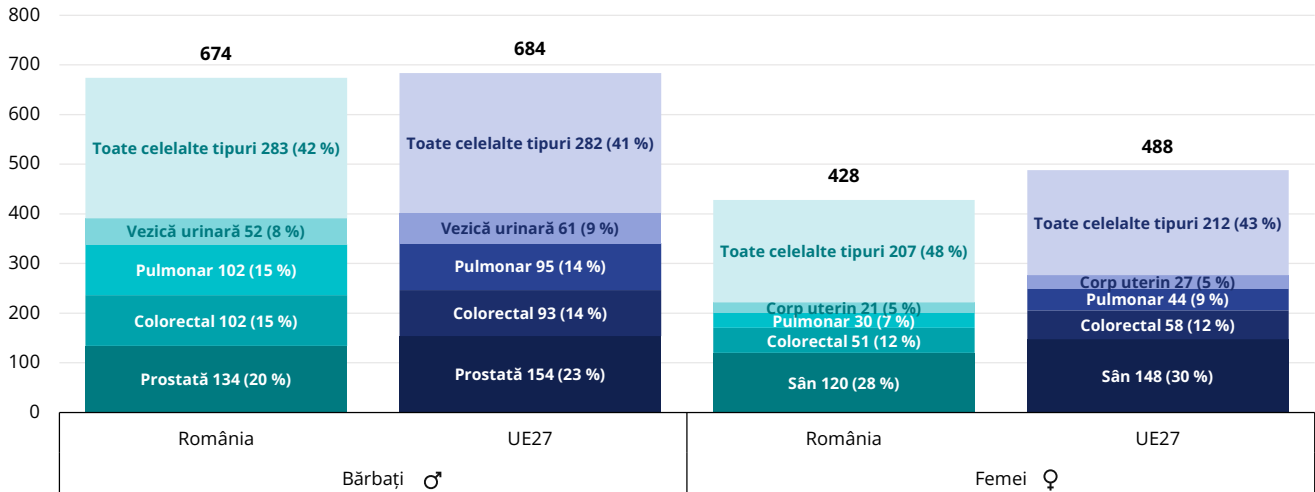
În rândul femeilor, cele mai frecvente patru tipuri de cancer din UE (de sân, colorectal, pulmonar și de corp uterin) au reprezentat doar 52 % din totalul cancerelor femeilor din România (comparativ cu 57 % la nivelul UE), cu contribuții mai mici pentru cancerul de sân (28 % în România comparativ cu 30 % la nivelul UE) și cancerul pulmonar (7 % în România comparativ cu 9 % la nivelul UE). Cancerul de col uterin (inclus în „Toate celelalte tipuri” din Figura 1) se află pe locul al treilea în rândul celor mai frecvente tipuri de cancer din România după cancerul de sân și cancerul colorectal, ceea ce diferă de tiparul din UE. Cancerul de col uterin are o rată de incidență de aproape trei ori mai mare în România (33 de cazuri la 100 000 de femei) în comparație cu UE (12 cazuri la 100 000 de femei), fapt ce subliniază importanța vaccinării împotriva papilomavirusului uman (HPV) (a se vedea secțiunea 3). De asemenea, în România se înregistrează cele mai mari rate de incidență din UE în ceea ce privește cancerul hepatic și nazofaringian în rândul femeilor.



<sup>1</sup> Cancerul pulmonar se referă, de asemenea, la cancerul de trahee și de bronhii.

## Figura 1. Cancerul de prostată la bărbați și cancerul de sân la femei reprezintă o pondere mai mică din incidența totală a cancerului în România comparativ cu media UE

Rata standardizată a incidenței în funcție de vârstă la 100 000 de locuitori, estimări, 2022



Observații: Cifrele pentru 2022 sunt estimări bazate pe tendințele privind incidența din anii precedenți și pot fi diferite de ratele observate în ultimii ani. Sunt incluse toate tipurile de cancer în funcție de organele afectate, cu excepția cancerului de piele non-melanom. Cancerul de col uterin nu este inclus în cancerul de corp uterin.

Sursă: Sistemul european de informații cu privire la cancer (ECIS). Conform linkului <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, accesat la 10.3.2024. © Uniunea Europeană, 2024. Defalcarea procentuală a incidenței a fost recalculată pe baza ratelor standardizate în funcție de vârstă ale incidenței și, ca atare, diferă de defalcarea procentuală a cifrelor absolute prezentată pe site-ul ECIS.

### Mortalitatea cauzată de cancer în România este cu mult peste media UE în rândul bărbaților, cu o scădere modestă în ultimul deceniu

Cancerul este a doua cauză principală de deces în România, după bolile cardiovasculare, reprezentând 19 % din totalul deceselor în 2019. Această proporție a scăzut din anul 2020 pe fondul numărului mare de decese cauzate de COVID-19.

Conform Institutului Național de Statistică, în 2022, 45 866 de persoane au murit din cauza cancerului în România. Rata standardizată în funcție de vârstă a mortalității cauzate de cancer în România a fost de 243 de decese la 100 000 de locuitori în 2021, cu 3 % peste media UE; rata mortalității în rândul bărbaților a fost cu 10 % mai mare, iar rata mortalității în rândul femeilor cu 4 % mai mică în România față de media UE. În plus, modificarea ratelor mortalității cauzate de cancer în perioada 2011-2021 reflectă progrese mai modeste în România decât în alte țări ale UE – în special în rândul bărbaților (Figura 2). Deși mortalitatea cauzată de cancer în rândul bărbaților din România a avut o scădere semnificativă, de 8 %, între 2011 și 2021, această scădere a fost mai mică decât media UE (o scădere de 16 %) și decât cea înregistrată în rândul echivalenților economici ai României (o scădere de 12 %)<sup>2</sup>.

În mod similar, ratele mortalității în rândul femeilor au scăzut cu 7 % între 2011 și 2021; această modificare a fost ușor mai redusă decât

media UE (scădere de 9 %), dar comparabilă cu media în rândul echivalenților economici ai țării (scădere de 7 %).

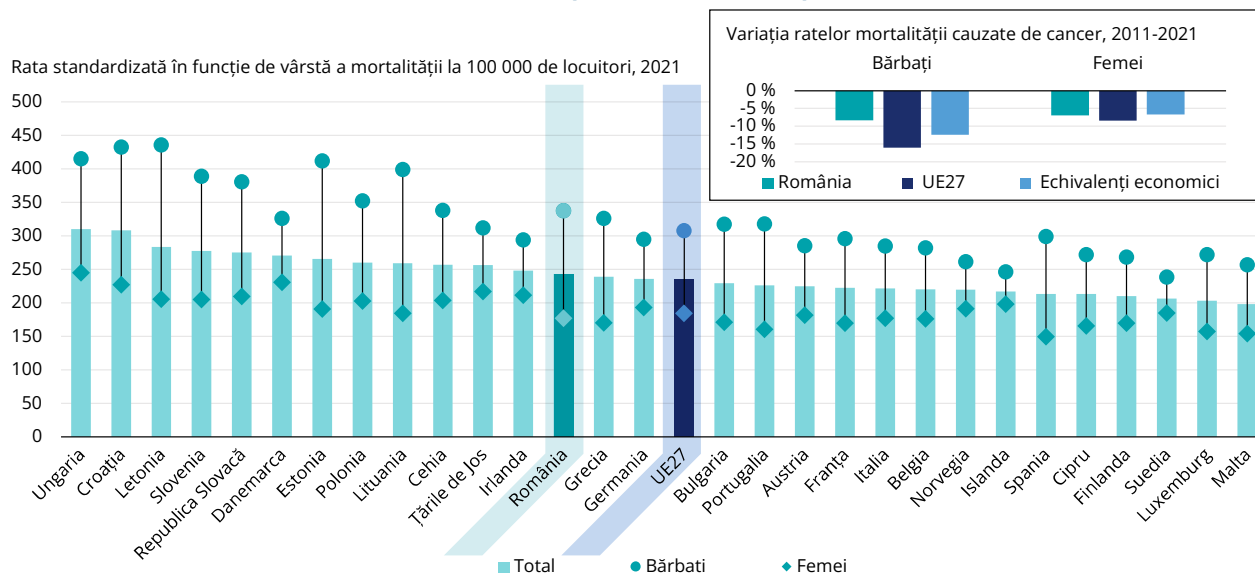
### Cancerul pulmonar este principala cauză de deces prin cancer în rândul bărbaților din România, în timp ce cancerul de sân este pe primul loc în rândul femeilor

În 2021, cea mai frecventă cauză de deces prin cancer în rândul bărbaților a fost reprezentată de cancerul pulmonar, cu o rată standardizată în funcție de vârstă de 75 de decese la 100 000 de locuitori, valoare cu 8 % mai mare decât media UE. Acesta este urmat de decesele cauzate de cancerul colorectal (49 de decese la 100 000 de locuitori, cu 35 % mai multe decât media UE), de cancerul de prostată (34 de decese la 100 000 de locuitori, cu 2 % mai puține decât media UE) și de cancerul de stomac (23 de decese la 100 000 de locuitori, cu 66 % mai multe decât media UE).

În rândul femeilor, cea mai ridicată rată a mortalității cauzate de cancer a fost asociată cancerului de sân, cu 31 de decese la 100 000 de locuitori, respectiv cu 2 % peste media UE. Această rată a fost urmată de cea pentru cancerul colorectal (23 de decese la 100 000 de locuitori, cu 13 % mai multe decât media UE), cancerul pulmonar (20 de decese la 100 000 de locuitori, cu 33 % mai puține decât media UE) și cancerul de col uterin (12 decese la 100 000 de locuitori, cu 239 % mai multe decât media UE).

<sup>2</sup> Echivalenții economici sunt definiți drept clustere de tercele în funcție de PIB-ul pe cap de locuitor din 2022 în termeni standard ai puterii de cumpărare. Echivalenții economici pentru RO sunt BG, EE, EL, HR, HU, LV, PL, PT și SK.

**Figura 2. Ratele mortalității cauzate de cancer în rândul bărbaților au scăzut mai lent în ultimul deceniu în România, decât în rândul echivalenților economici ai țării**



Observații: Echivalenții economici sunt definiți drept clustere de tercele în funcție de PIB-ul pe cap de locuitor din 2022 în termeni standard ai puterii de cumpărare. Echivalenții economici pentru RO sunt BG, EE, EL, HR, HU, LV, PL, PT și SK.  
Sursă: Baza de date Eurostat.

### Rata de mortalitate pentru mai multe tipuri de cancer a scăzut mai lent în România decât în UE în ultimul deceniu

Între 2011 și 2021, ratele mortalității cauzate de cancerul pulmonar în România au scăzut aproximativ în același ritm ca în UE. Totuși, deși rata mortalității cauzate de cancerul de sân a scăzut în UE în această perioadă, ea a crescut ușor în România. În mod similar, deși UE a înregistrat o scădere importantă a ratei mortalității cauzate de cancerul colorectal, în această perioadă s-a înregistrat o creștere în România.

Alte tipuri de cancer pentru care România a înregistrat în cursul deceniului scăderi mai mici ale ratei mortalității față de media UE au fost cancerul de prostată (o creștere de 9 % în România, comparativ cu o scădere de 9 % la nivelul UE), cancerul de rinichi (o creștere de 7 % în România, comparativ cu o scădere de 16 % la nivelul UE), melanomul (o creștere de 6 % în România, comparativ cu o scădere de 8 % la nivelul UE) și cancerul ovarian (o reducere de 4 % în România, comparativ cu 14 % la nivelul UE).

Mortalitatea cauzată de cancerul de col uterin a scăzut în România cu 25 % în perioada 2011-2021 (comparativ cu o scădere de 16 % la nivelul UE), dar a rămas de 3 ori mai mare decât media UE în 2021 (12 decese la 100 000 de locuitori în România, comparativ cu 4 la 100 000 de locuitori în UE). Analiza pe grupe de vârstă arată îmbunătățiri

pentru generațiile mai tinere: în rândul femeilor cu vârsta mai mică de 65 de ani, decalajul privind mortalitatea dintre România și UE a scăzut în cursul deceniului, deși mortalitatea a rămas de peste 2 ori mai mare în România decât în UE în 2021 (Tabelul 1).

**Tabelul 1. Rata mortalității cauzate de cancerul de col uterin în România a rămas foarte de ridicată comparativ cu media UE, dar cu ușoare îmbunătățiri în rândul femeilor mai tinere**

| Anul | Femei cu vârsta mai mică de 65 de ani |         | Femei cu vârsta de 65 de ani și peste |         |
|------|---------------------------------------|---------|---------------------------------------|---------|
|      | Rata mortalității                     |         | Rata mortalității                     |         |
|      | EU                                    | România | EU                                    | România |
| 2021 | 2.4                                   | 7.7     | 8.8                                   | 30.9    |
| 2011 | 3.0                                   | 11.9    | 9.5                                   | 33.9    |

Sursă: Baza de date Eurostat.

### România a înregistrat scăderi ale mortalității evitabile mai mici decât în UE în perioada 2011-2021

Rata mortalității evitabile<sup>3</sup> cauzate de cancerul pulmonar (clasificată drept mortalitate prevenibilă) în România a fost de 15 decese la 100 000 de femei (cu 29 % mai mică decât media UE) și de 60 de decese la 100 000 de bărbați (cu 38 % mai mare decât media UE). În comparație cu 2011, rata a

<sup>3</sup> Mortalitatea evitabilă include atât decesele care pot fi prevenite prin intervenții eficiente în domeniul sănătății publice și al prevenirii, cât și decesele cauzate de cancere tratabile, care pot fi evitate prin intervenții medicale rapide și eficiente.

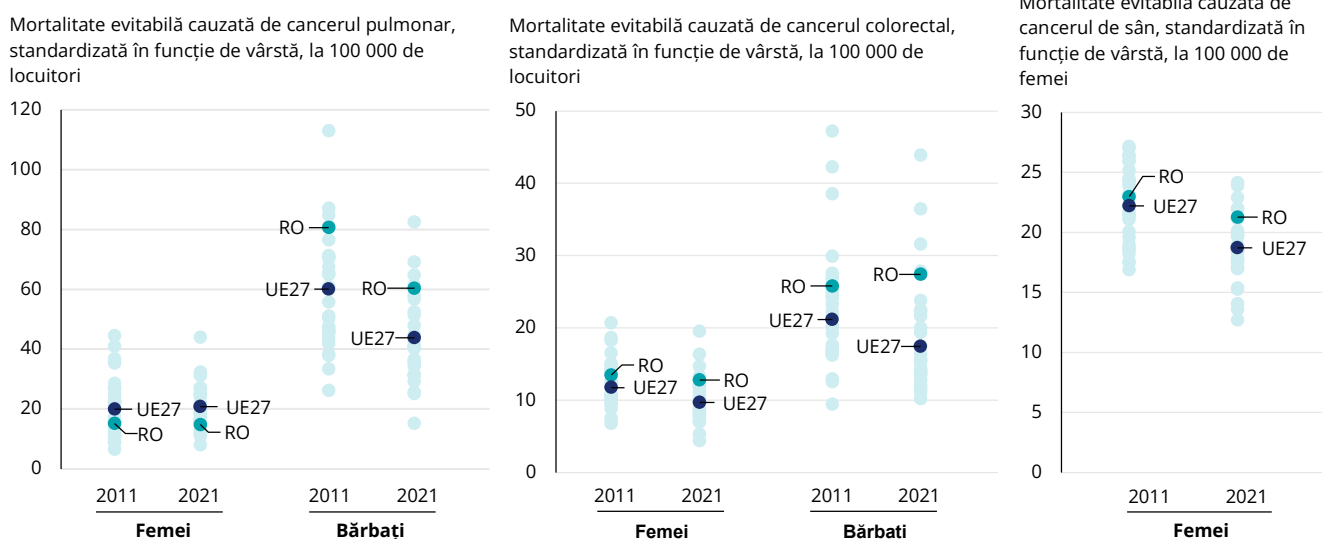
scăzut cu 3 % în rândul femeilor (comparativ cu o creștere medie la nivelul UE de 4 %) și cu 25 % în rândul bărbaților, ușor sub scăderea de 27 % în rândul bărbaților la nivelul UE (Figura 3). Această situație este generată de rata foarte ridicată a fumatului în rândul bărbaților, în timp ce rata fumatului în rândul femeilor este una dintre cele mai scăzute din UE (a se vedea secțiunea 3).

În 2021, mortalitatea evitabilă cauzată de cancerul de sân (clasificată ca mortalitate tratabilă) în România a fost de 21 de decese la 100 000 de femei, fiind cu 14 % mai mare decât media UE. Rata a scăzut cu 7 % comparativ cu 2011, în timp ce media UE a scăzut cu 16 %, fapt ce subliniază necesitatea de intensificare a screeningului pentru depistarea cancerului de sân și respectiv de

îmbunătățire a accesului în timp util la îngrijire (a se vedea secțiunea 4).

Mortalitatea evitabilă cauzată de cancerul colorectal (clasificată ca mortalitate tratabilă) în România a fost de 13 decese la 100 000 de femei (cu 32 % mai mult decât media UE) și de 27 de decese la 100 000 de bărbați (cu 57 % mai mult decât media UE). În comparație cu 2011, rata a scăzut ușor în rândul femeilor și a crescut într-o oarecare măsură în rândul bărbaților, spre deosebire de scăderile semnificative (de peste 17 %) pentru ambele genuri la nivelul UE. Acest decalaj din ce în ce mai mare are drept cauză disponibilitatea limitată în România a screeningului pentru depistarea cancerului colorectal, care a devenit funcțional doar din 2019 prin intermediul proiectelor-pilot.

**Figura 3. Decalajele dintre România și UE în ceea ce privește mortalitatea evitabilă au crescut pentru cancerul de sân și cancerul colorectal între 2011 și 2021**



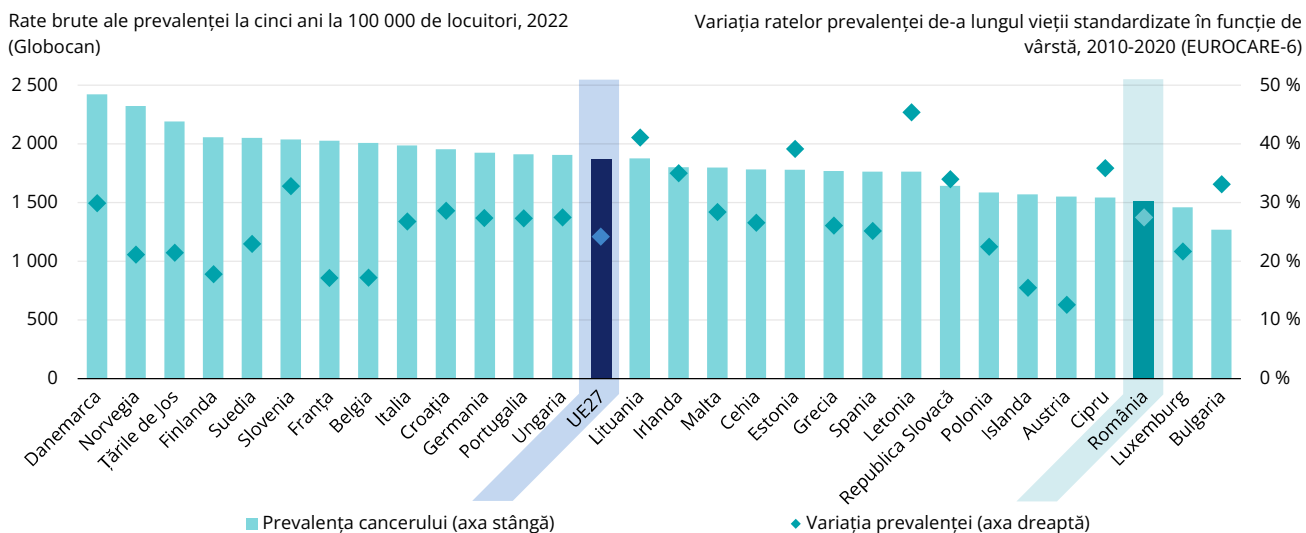
Observații: Cifrele privind mortalitatea evitabilă se referă la decesele persoanelor cu vârsta mai mică de 75 de ani. Sursă: Baza de date Eurostat. Datele se referă la anul 2021.

### Prevalența cancerului în România este relativ scăzută, dar în creștere rapidă

Estimările Globocan arată că România are una dintre cele mai scăzute rate de prevalență la cinci ani a cancerului<sup>4</sup> în rândul țărilor UE (1 512 cazuri la 100 000 de persoane), ceea ce se aliniază la rata mai scăzută de incidență și la rata mai ridicată a mortalității asociate țării. Cu toate acestea,

după cum s-a observat la nivelul UE, România a înregistrat o creștere majoră a prevalenței (cu 28 %) între 2010 și 2020 (Figura 4). Acest lucru subliniază că este important să se pună accentul pe îmbunătățirea calității vieții și a serviciilor pentru supraviețuitorii cancerului (a se vedea secțiunea 5.4).

<sup>4</sup> Prevalența cancerului se referă la proporția populației care a fost diagnosticată cu cancer și care este încă în viață, inclusiv persoanele care sunt supuse în prezent unui tratament pentru cancer și cele care au finalizat tratamentul. Prevalența cancerului la cinci ani include persoanele care au fost diagnosticate în ultimii cinci ani, în timp ce prevalența de-a lungul vieții ia în considerare persoanele care au primit la un moment dat diagnosticul de cancer.

**Figura 4. Prevalența la cinci ani a cancerului în România este printre cele mai scăzute din UE**

Surse: Baza de date Globocan IARC 2024; Studiul EUROCARE-6 (De Angelis et al., 2024).

### Planul național de prevenire și combatere a cancerului este un instrument valoros pentru accelerarea progreselor în materie de control al cancerului

Noua Strategie națională de sănătate 2023-2030, aprobată de Guvernul României în 2022, recunoaște cancerul drept o prioritate națională în ceea ce privește educația pentru sănătate, accesul la screening, accesul la diagnostic și tratament îmbunătățite și calitatea asistenței medicale. Punerea în aplicare a Planului național de prevenire și combatere a cancerului pentru perioada 2023-2030 (PNPCC), document adoptat în anul 2022, a demarat în 2023 printr-o serie de politici noi care abordează serviciile, standardele de îngrijire și de calitate a vieții, precum și prin îmbunătățirea legislației existente. Documentul se bazează pe cei patru piloni ai Planului european de combatere a cancerului (caseta 1).

Obiectivele PNPCC se referă la consolidarea prevenirii bolilor netransmisibile, la politicile privind factorii de risc ai cancerului, la îmbunătățirea diagnosticării și a accesului la tratamente inovatoare pentru toți, la îmbunătățirea practicii clinice, la afilierea la rețelele europene și la medicina personalizată. Legea privind adoptarea PNPCC este aplicată printr-o serie de reglementări secundare care se referă la înregistrarea cazurilor de cancer, la criteriile naționale pentru diagnosticarea principalelor tipuri de cancer, la orientările naționale pentru screeningul pentru depistarea cancerului și la standardizarea raportării bolii.

Alocările financiare pentru PNPCC provin din diverse surse și vizează în principal îmbunătățirea infrastructurii pentru diagnosticarea și tratamentul cancerului și cercetarea în acest domeniu. La Timișoara, a început construcția unui nou institut oncologic, proiect finanțat prin Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR). Programul Sănătate (finanțat atât prin Fondul Social European Plus, cât și prin Fondul European de Dezvoltare Regională) a alocat fonduri importante pentru prevenirea cancerului, inclusiv sprijin financiar pentru serviciile de screening pentru categoriile vulnerabile, pentru îngrijiri oncologice și pentru cercetarea în domeniul cancerului, pentru formarea profesioniștilor din domeniul sănătății și pentru infrastructura oncologică, pentru reabilitarea centrelor și a secțiilor oncologice, echipamente și tehnologii (Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene, 2022). Finanțarea din partea Băncii Mondiale contribuie în principal la îmbunătățirea accesului la radioterapie. Bugetul național a contribuit deja la finanțarea a noi servicii pentru pacienții bolnavi de cancer, cum ar fi testarea genetică, servicii de depistare precoce pentru toți pacienții, indiferent dacă sunt asigurați sau nu, precum și noi servicii de radioterapie și recuperare. Toate aceste alocări financiare contribuie la punerea în aplicare a PNPCC.



### Caseta 1. Noul Plan național de prevenire și combatere a cancerului în România include strategii importante privind prevenția și îngrijirea pacienților oncologici

PNPCC al României, lansat în 2022, se aliniază la cei patru piloni ai Planului european de combatere a cancerului (Tabelul 2). Scopul său este de a contribui la îmbunătățirea îngrijirilor paliative în spitale și la domiciliu, de a stabili criterii pentru îngrijirea la domiciliu, de a oferi posibilitatea de testare genetică și tratamente personalizate, de a asigura accesul la radioterapie avansată și de a crea registrul național al cancerului până în 2024, de a contribui la adoptarea unei legislații privind dreptul de a fi uitat și de a introduce măsuri pentru îmbunătățirea calității vieții, inclusiv asistență psihologică și concediu plătit pentru pacienți și îngrijitori. PNPCC se axează, de asemenea, pe cercetarea științifică, pe majorarea finanțării și pe colaborarea multidisciplinară, precum și pe înființarea unui centru de cunoștințe în domeniul cancerului pentru medicina personalizată. De asemenea, planul contribuie la combaterea factorilor de risc ai cancerului, cum ar fi fumatul și consumul de alcool, vizează dezvoltarea de programe naționale de screening și îmbunătățirea abordărilor privind screeningul cu ajutorul noilor tehnologii; cu toate acestea, domeniile prevenției primare și secundare a cancerului necesită în continuare îmbunătățiri. PNPCC nu acordă prioritate inegalităților în materie de cancer și cancerului pediatric, deși unele discuții cu privire la acestea sunt în curs.

**Tabelul 2. Planul național de prevenire și combatere a cancerului în România este strâns aliniat la Planul european de combatere a cancerului**

| Pilonii Planului european de combatere a cancerului (PECC) |                    |                               |                  | Temele transversale ale Planului european de combatere a cancerului (PECC) |           |                        |
|--|--------------------|-------------------------------|------------------|--|-----------|------------------------|
| Prevenția  | Depistarea precoce | Diagnosticarea și tratamentul | Calitatea vieții | Inegalitățile  | Pediatria | Cercetarea și inovarea |
| ●  | ●                  | ●                             | ●                | ●  | ●         | ●                      |

**Observații:** PECC = Planul european de combatere a cancerului; Culoarea albastră indică faptul că PNPCC include o secțiune specifică cu privire la subiect; culoarea portocalie indică faptul că subiectul este acoperit într-una dintre secțiunile planului, fără a fi singurul subiect de interes; iar culoarea roz indică faptul că acest subiect nu este acoperit de PNPCC.

**Sursă:** Adaptat după „Studiu privind cartografierea și evaluarea punerii în aplicare a Planului european de combatere a cancerului” (nepublicat încă).

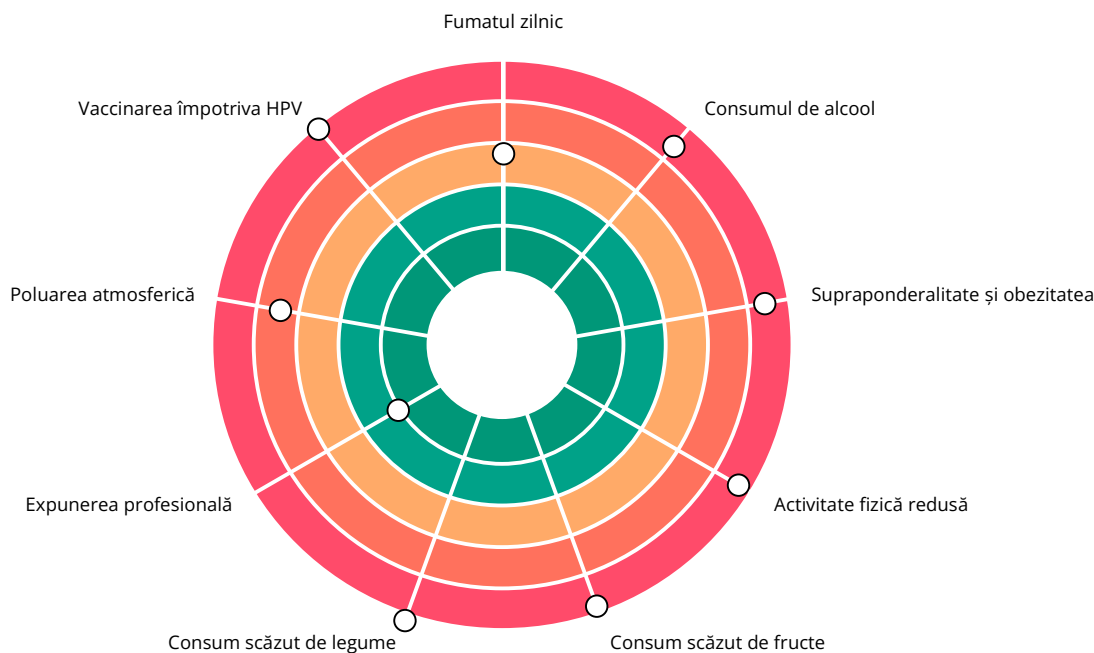


### 3. Factorii de risc și politicile de prevenție

În România, majoritatea factorilor de risc comportamentali asociați cancerului au o prevalență alarmant de ridicată în rândul adulților

iar nivelurile de poluare atmosferică sunt, de asemenea, ridicate (Figura 5).

**Figura 5. Majoritatea factorilor de risc de cancer continuă să aibă o prevalență ridicată în România**



*Observații: Cu cât bulina albă este mai aproape de centru, cu atât țara are performanțe mai bune comparativ cu alte țări UE. Nicio țară nu se află în „zona țintă” albă, deoarece încă se pot realiza progrese în toate țările, în toate domeniile. Poluarea atmosferică se măsoară ca particule în suspensie cu un diametru mai mic de 2,5 μm (PM<sub>2,5</sub>).*

*Surse: Calcule OCDE bazate pe ancheta EU-SILC din 2022 privind excesul de greutate, obezitatea, activitatea fizică, consumul de fructe și legume (la adulți); Ancheta Eurofound privind expunerea profesională; Statisticile OCDE în domeniul sănătății privind fumatul, consumul de alcool (la adulți) și poluarea aerului; și OMS pentru vaccinarea împotriva HPV (acoperirea programului în rândul fetelor).*

România se situează în prima treime a clasamentului țărilor în ceea ce privește performanțele în materie de expunere profesională, care este un factor important de risc de cancer în Europa. Pe de altă parte, se află în ultima treime a clasamentului țărilor din UE în ceea ce privește performanțele în materie de consum de alcool, exces de greutate și obezitate, activitate fizică scăzută, consum scăzut de fructe și legume, poluarea aerului și vaccinarea împotriva HPV.

În 2021, România a alocat prevenției 4 % din cheltuielile totale pentru de sănătate, comparativ cu media UE de 6 %<sup>5</sup>. Având în vedere cheltuielile totale pentru sănătate din România (ajustate în funcție de diferențele în puterea de cumpărare)

mult mai scăzute comparativ cu media UE, cheltuielile cu prevenția pe cap de locuitor au fost, de asemenea, mult mai reduse, situându-se la 62 EUR comparativ cu media UE de 213 EUR.

Planul național de prevenție, care pune în aplicare Legea privind promovarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor (adoptată în 2020), este în curs de elaborare. Acesta abordează factorii de risc comuni bolilor cronice (tutunul, alcoolul, dieta nesănătoasă, activitatea fizică) în mod integrat, pentru a asigura coerența și consecvența intervențiilor de sănătate publică asupra factorilor de risc.

<sup>5</sup> Cheltuielile pentru prevenție, astfel cum sunt raportate în conturile de sănătate, ar trebui să includă activități din afara programelor naționale (de exemplu, screeningul oportunist pentru cancer sau consilierea pentru renunțarea la fumat în timpul unui contact de rutină cu un medic), însă, în practică, țările pot întâmpina dificultăți în identificarea cheltuielilor pentru prevenție în afara acestor programe.

Politicile de prevenție primară, cum ar fi cele privind controlul consumului de tutun și de alcool, chiar dacă sunt susținute de documente strategice adoptate în ultimii ani, nu dispun încă de o abordare integrată și sistematică, nu sunt implementate și respectate în mod coerent și necesită îmbunătățiri în ceea ce privește eficacitatea, acoperirea și echitatea.

### Fumatul se menține ridicat în rândul bărbaților din România

Tutunul a rămas principalul factor de risc responsabil de povara cancerului la nivelul UE și a fost responsabil pentru peste un sfert dintre decesele cauzate de cancer. În România, prevalența fumatului a rămas apropiată de media UE și a înregistrat o reducere modestă în ultimii ani (19 % în 2019 comparativ cu 20 % în 2014). Cu toate acestea, România are una dintre cele mai mari disparități de gen în ceea ce privește fumatul zilnic în UE. În România, prevalența fumatului zilnic în rândul femeilor se clasează pe penultima poziție (8 % comparativ cu media UE de 14 %), în timp ce, în rândul bărbaților, ocupă una dintre pozițiile cele mai înalte (31 % comparativ cu media UE de 23 %).

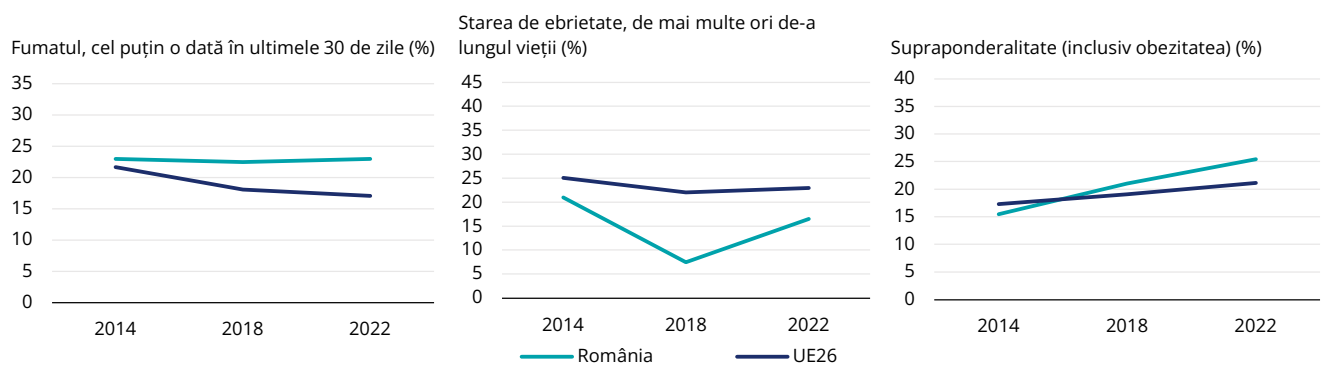
Potrivit celor mai recente date din ancheta europeană de sănătate realizată prin interviu (EHIS) din 2019, România are un gradient social invers în ceea ce privește prevalența fumatului la ambele genuri, cu o prevalență mai mare a

fumatului zilnic în rândul persoanelor cu un nivel de educație mai ridicat. Astfel, prevalența fumatului zilnic a fost de 25 % în rândul bărbaților cu nivel de educație scăzut, față de 28 % în rândul celor cu nivel de educație ridicat. În ceea ce privește femeile, prevalența a fost de 6 % în rândul celor cu nivel de educație scăzut și de 9 % în rândul celor cu nivel de educație ridicat.

Între 2014 și 2019, consumul de tutun în România a rămas relativ stabil, la 14 țigarete per fumător pe zi în 2019 (comparativ cu 13 țigarete la nivelul UE). Vapingul pare să fie mai puțin popular în rândul adulților din România decât în UE. În rândul bărbaților, rata a fost de 2 % în România, comparativ cu 6 % la nivelul UE; în rândul femeilor, aceasta a fost de 2 % în România și de 6 % la nivelul UE.

Cu toate acestea, prevalența fumatului în rândul adolescenților români a fost ușor mai ridicată decât media UE în 2014 și, deși a scăzut cu 21 % la nivelul UE, acesta a rămas constantă în România în perioada 2014-2022 (Figura 6). Ca atare, până în 2022, ponderea adolescenților români care au fumat cel puțin o dată în ultimele 30 de zile a fost cu 35 % mai mare decât media UE (23 % în România și 17 % la nivelul UE). În plus, 43 % dintre adolescenții din România au declarat că au folosit la un moment dat o țigară electronică, comparativ cu 35 % dintre adolescenții din UE, în medie.

**Figura 6. Adolescenții români prezintă rate ale fumatului și excesului de greutate mai mari decât media UE**



Notă: Media UE este neponderată. Datele se referă la anul 2022, pentru copii în vârstă de 15 ani.  
Sursă: Chestionarul privind comportamentele de sănătate la copiii de vârstă școlară.

România a implementat o serie de măsuri de control al consumului de tutun în ultimul deceniu (inclusiv interzicerea consumului de tutun în spațiile publice, etichete de avertizare ilustrate, interzicerea publicității și asistență pentru renunțarea la fumat). Legislația privind tutunul a fost modificată recent pentru a transpune Directiva delegată (UE) 2022/2100 a Comisiei în ceea ce privește retragerea anumitor exceptări care

vizează produsele din tutun încălzit, abordând comercializarea, vânzarea și ambalarea produselor din tutun, a țigaretelor electronice, a produselor din tutun încălzit și a produselor conexe. Legislația actualizată definește noile produse nereglementate anterior, cum ar fi „produs pentru inhalarea fără fum a înlocuitorilor de tutun”, „pungă cu nicotină pentru uz oral” și „dispozitiv electronic pentru încălzirea produselor pentru inhalare fără fum

a înlocuitorilor de tutun” și interzice în mod specific vânzarea către copii cu vârsta mai mică de 18 ani, cu sancțiuni variind de la amenzi până la închiderea activității pentru nerespectarea obligațiilor legale. Aceasta conține, de asemenea, dispoziții privind publicitatea și vânzarea tutunului, a produselor din tutun și a dispozitivelor electronice în cadrul și în afara unităților de învățământ și impune instituțiilor de învățământ obligația de a elabora regulamente interne în vederea adoptării și respectării legii.

În 2021, România s-a clasat pe locul al 8-lea pe scala de control al tutunului, care evaluează punerea în aplicare a politicilor de control al tutunului. Aceasta reprezintă o îmbunătățire a poziționării în clasament de la locul 12 în 2019 și a fost unul dintre cele mai bune rezultate în rândul țărilor din Europa Centrală (Joossens et al., 2022). Cu toate acestea, este nevoie urgentă de o aplicare eficientă a politicilor de control al tutunului. În plus, Programul național privind controlul tutunului, care este finanțat și coordonat de Ministerul Sănătății, a întrerupt furnizarea de medicamente pentru renunțarea la fumat și oferă doar consiliere psihologică la cerere. Prevenirea adoptării obiceiului de a fuma și intervențiile de scurtă durată pentru renunțarea la fumat sunt incluse în pachetul de servicii care urmează să fie furnizate în cadrul asistenței medicale primare, însă sunt necesare servicii specializate pentru renunțarea la fumat, care să ofere consiliere psihologică, terapie de substituție a nicotinei și medicamente prescrise. În plus, campaniile de educație pentru sănătate care vizează în principal minorii sunt organizate în mod inconsecvent și oportunist.

### Consumul de alcool a crescut ușor în România

În 2022, consumul de alcool a atins nivelul de 12 litri de alcool pur pe an de persoană cu vârsta de 15 ani și peste pe an (față de 10 litri pe cap de locuitor în 2012), fiind peste media UE din 2022 de 10 litri pe cap de locuitor. Conform datelor EHIS din 2019, în România se înregistrează o proporție mai mare de persoane abstinente (care nu au consumat niciodată alcool sau care nu au făcut acest lucru în ultimele 12 luni) în rândul femeilor (42 %, comparativ cu 33 % în UE), în timp ce în rândul bărbaților cifra este apropiată de media UE (17 % în România și 18 % la nivelul UE). Ca și în cazul consumului de tutun, România prezintă

un gradient social inversat pentru ambele sexe. Proporția persoanelor abstinente este mult mai redusă în rândul bărbaților cu un nivel de educație mai ridicat (14 %) decât în rândul bărbaților cu un nivel de educație mai scăzut (30 %), precum și în rândul femeilor cu un nivel de educație mai ridicat (34,8 %) decât în rândul femeilor cu un nivel de educație mai scăzut (51 %).

Consumul dăunător de alcool în rândul adolescenților este sub media UE: 17 % dintre tinerii în vârstă de 15 ani declară că au consumat alcool de mai multe ori pe parcursul vieții lor, comparativ cu 23 % la nivelul UE. România a pus în aplicare unele politici de control al consumului de alcool, inclusiv creșterea accizelor, interzicerea publicității pentru băuturi alcoolice în jurul școlilor, limitarea publicității TV la difuzarea pe timp de noapte și instituirea unor sancțiuni mai ferme – de la amenzi până la închiderea activității pentru vânzarea de alcool către copii cu vârsta mai mică de 18 ani. Cu toate acestea, sunt necesare o vizibilitate mai mare și o implementare coerentă a acestor politici, care ar trebui să fie completate de campanii sistematice de conștientizare și de extinderea screeningului și a intervențiilor de scurtă durată la nivelul asistenței medicale primare.

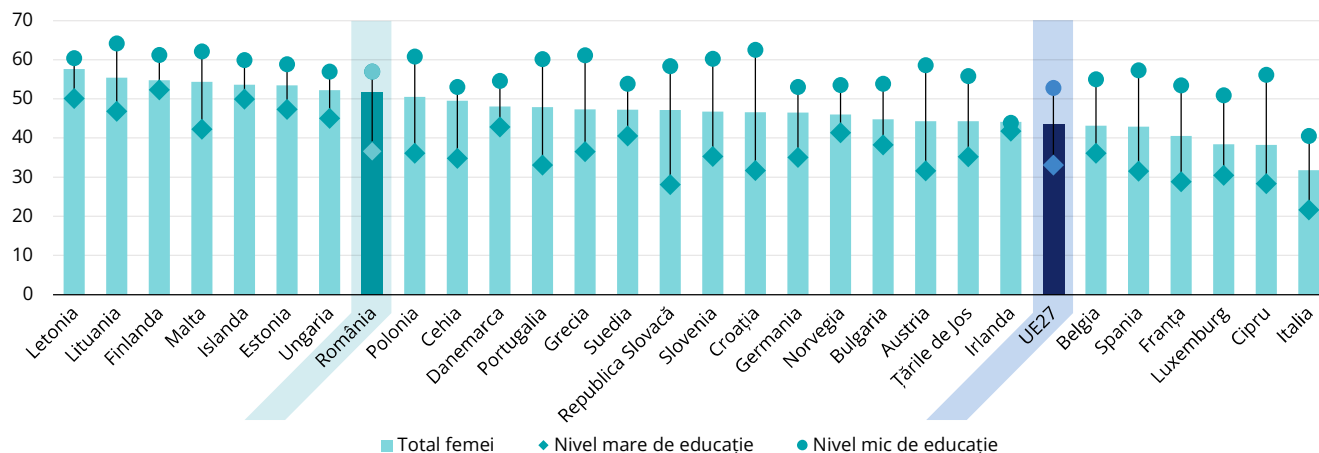
### Obezitatea și nivelurile scăzute de activitate fizică sunt mai frecvente în România decât la nivelul UE, în special în rândul femeii cu niveluri mai scăzute de educație

În România, prevalența excesului de greutate (inclusiv a obezității) în rândul femeilor adulte în 2022 a fost de 52 %, fiind mai mare decât media UE (44 %). La fel ca în toate țările, ratele excesului de greutate au fost mult mai ridicate în rândul femeilor cu un nivel de educație mai scăzut decât al celor cu un nivel de educație mai ridicat (Figura 7).



## Figura 7. Ratele supraponderalității și obezității la femeile adulte sunt mai mari în România decât media UE

% al femeilor în vârstă de cel puțin 18 ani cu supraponderalitate (inclusiv obezitate), 2022



Notă: Excesul de greutate/supraponderalitatea (inclusiv obezitatea) le include pe femeile cu un indice de masă corporală de peste 25.  
Sursă: Baza de date Eurostat.

Reducerea ratelor de supraponderalitate și obezitate în rândul femeilor adulte în România în perioada 2017-2021 (o reducere de 9 %) a fost mai substanțială decât cea de la nivelul UE (o reducere de 2 %). Schimbarea s-a datorat creșterii gradului de conștientizare în rândul populației și unei mai mari disponibilități a alimentelor sănătoase, mai degrabă decât unor politici specifice care abordează această problemă. Rata excesului de greutate în rândul tinerilor de 15 ani a crescut brusc în România (de la 16 % în 2014 la 26 % în 2022, comparativ cu 21 % la nivelul UE în 2022). Prin urmare, ar trebui planificate campanii de educație pentru sănătate, în special pentru generațiile mai tinere.

România are o proporție mai mare de adulți care raportează niveluri scăzute de activitate fizică decât media UE: 81 % dintre adulți au raportat că desfășoară activități fizice de mai puțin de trei ori într-o săptămână tipică (cu rate relativ similare pentru bărbați și femei), în timp ce media UE a fost de 69 %. Nivelurile scăzute de activitate fizică sunt mai răspândite în rândul persoanelor cu un nivel de educație mai scăzut (84 %) decât în rândul celor cu un nivel de educație mai ridicat (73 %). În ceea ce-i privește pe tinerii de 15 ani din România, 15 % desfășurau zilnic activități fizice timp de 60 de minute – similar cu media UE (15 %).

### Obiceiurile alimentare sunt mai nesănătoase în România decât la nivelul UE

Alimentația precară și lipsa activității fizice contribuie la excesul de greutate și la obezitate. În 2022, 62 % din populația României a înregistrat niveluri scăzute ale consumului zilnic de fructe, iar 64 % a înregistrat niveluri scăzute ale consumului de legume, situându-se în ultima

treime a clasamentului țărilor din UE. Proporția adolescenților care raportează consumul zilnic de legume în România a fost, de asemenea, cu 4 puncte procentuale mai mică decât media UE.

### Ratele poluării atmosferice sunt mai mari în România decât la nivelul UE, în pofida progreselor înregistrate în ultimii ani

Expunerea medie a populației la PM<sub>2,5</sub> în România, în pofida scăderii substanțiale din ultimul deceniu, de la 21 μg/m<sup>3</sup> în 2011 la 14 μg/m<sup>3</sup> în 2020, a rămas mai mare decât media UE (12 μg/m<sup>3</sup> în 2020). În 2021, poluarea atmosferică a fost responsabilă pentru una dintre cele mai ridicate rate ale mortalității premature din UE din cauza expunerii la PM<sub>2,5</sub>, și anume 102 decese la 100 000 de locuitori.

Expunerea profesională la produse sau substanțe chimice a fost raportată de 22 % din populația cu vârsta de peste 15 ani în 2021 (România situându-se în prima treime a clasamentului țărilor cu cele mai bune performanțe din UE în ceea ce privește acest indicator). Ponderea expunerii populației a fost mai mică în rândul bărbaților (20,9 %) decât în rândul femeilor (23 %), precum și în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani (19 %) decât în rândul persoanelor cu vârsta de peste 50 de ani (23 %).

### Ratele de vaccinare împotriva papiloma-virusului uman sunt scăzute, deși se depun eforturi pentru promovarea vaccinării

Deși ratele de incidență și de mortalitate prin cancer de col uterin din România sunt cele mai ridicate din UE, programul de vaccinare împotriva HPV nu a fost implementat în totalitate până în 2019. Primul program de vaccinare inițiat în 2008

nu a reușit să obțină acceptarea de către populație. Acesta a fost reluat în 2019, oferind vaccinul gratuit inițial tuturor fetelor cu vârste cuprinse între 11 și 14 ani și, ulterior, tuturor fetelor cu vârste cuprinse între 11 și 18 ani. Datele raportate în Registrul Electronic Național de Vaccinări în 2022 arată că 28 234 de fete cu vârste cuprinse între 11 și 14 ani (5 % din grupa de vârstă) și 22 446 de fete cu vârste cuprinse între 15 și 18 ani (6 % din grupa de vârstă) au fost vaccinate conform schemei complete. Aceste date reflectă însă doar numărul de fete vaccinate gratuit prin programul național de vaccinare. Unii părinți au ales să achiziționeze vaccinul în regim privat, iar aceste vaccinări nu au fost raportate. Astfel, informațiile privind acoperirea sunt fragmentate, chiar dacă în România există un registru electronic național de vaccinări complet funcțional.

De la sfârșitul anului 2023, vaccinul este oferit gratuit tuturor fetelor și băieților cu vârste cuprinse între 11 și 18 ani și, de asemenea, este compensat în proporție de 50 % pentru femeile cu vârsta de până la 45 de ani. Datele preliminare din Registrul Electronic Național de Vaccinări arată o creștere la 100 000 de fete cu vârste cuprinse între 11 și 18 ani care au fost vaccinate în prima jumătate a anului 2024, ceea ce indică o acoperire vaccinală de aproximativ 10 %, conform datelor preliminare din Registrul Electronic Național de Vaccinări.

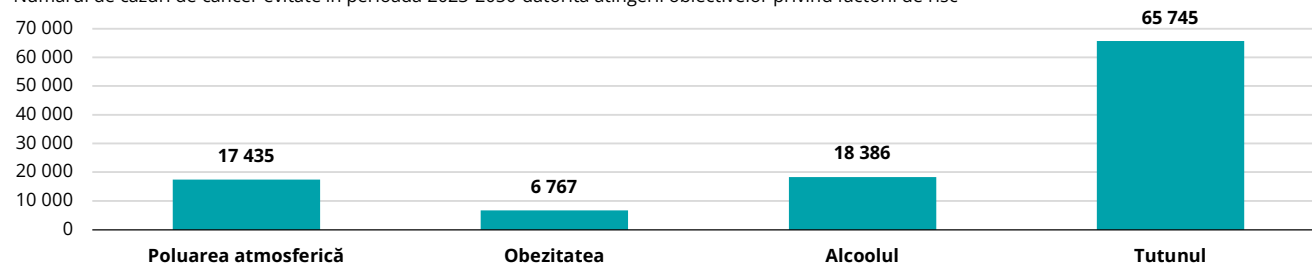
În ultimii șase ani, au fost derulate campanii de conștientizare, vizând atât vaccinarea, cât și screeningul. Acestea au loc în fiecare an, în luna ianuarie (Luna conștientizării cu privire la cancerul de col uterin), în luna martie (Ziua conștientizării infecției cu HPV), în luna aprilie (Săptămâna europeană a imunizării) și în luna noiembrie (Ziua mondială de luptă împotriva cancerului de col uterin) (a se vedea secțiunea 4). Gradul de acceptare a vaccinării împotriva HPV a crescut în rândul publicului. Într-un sondaj din 2020, 75 % dintre mamele respondente s-au declarat în favoarea vaccinării fetelor lor împotriva HPV (Institutul Național de Sănătate Publică și Institutul de Oncologie Cluj, 2020).

### Continuarea eforturilor de reducere a factorilor de risc ar putea genera reduceri importante ale incidenței cancerului

Potrivit modelărilor OCDE în sprijinul Planificării strategice în domeniul sănătății publice (SPHeP), în România, cel mai mare potențial – de a preveni aproximativ 66 000 de cazuri de cancer între 2023 și 2050 – s-ar obține dacă s-ar atinge obiectivele de reducere a consumului de tutun (Figura 8). Îndeplinirea obiectivelor privind consumul de alcool ar reduce și mai mult numărul de cazuri de cancer în această perioadă, cu încă 18 386, în timp ce îndeplinirea altor obiective privind factorii de risc ar reduce, de asemenea, povara cancerului: poluarea atmosferică, cu 17 435 de cazuri, și obiectivele privind obezitatea, cu 6 767 de cazuri.

**Figura 8. România ar putea preveni apariția a peste 65 000 de cazuri de cancer în perioada 2023-2050 prin atingerea obiectivelor privind reducerea fumatului**

Numărul de cazuri de cancer evitate în perioada 2023-2050 datorită atingerii obiectivelor privind factorii de risc



*Observații:* Obiectivul privind tutunul prevede reducerea cu 30 % a consumului de tutun între 2010 și 2025 și reducerea numărului de persoane care fumează la mai puțin de 5 % din totalul persoanelor până în 2040. În cazul alcoolului, obiectivul prevede o reducere cu cel puțin 20 % a consumului de alcool și o reducere cu 20 % a consumului excesiv de alcool (șase sau mai multe băuturi alcoolice cu o singură ocazie pentru adulți) între 2010 și 2030. În ceea ce privește poluarea aerului, obiectivul este de a se atinge un nivel mediu anual de  $PM_{2.5}$  plafonat la  $10 \mu g/m^3$  până în 2030 și la  $5 \mu g/m^3$  până în 2050. În ceea ce privește obezitatea, obiectivul este reducerea nivelului obezității la nivelul din 2010 până în 2025.

Sursă: OCDE (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, Studiile OCDE privind politicile în domeniul sănătății, OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

## 4. Depistarea precoce

### Depistarea precoce și screeningul pentru cancer au fost identificate ca priorități de sănătate publică

Depistarea precoce și screeningul pentru cancer au fost recunoscute ca priorități de sănătate publică în Strategia națională de sănătate 2023-2030. Cu toate acestea, în România nu există o practică sistematică de screening pentru cancer.

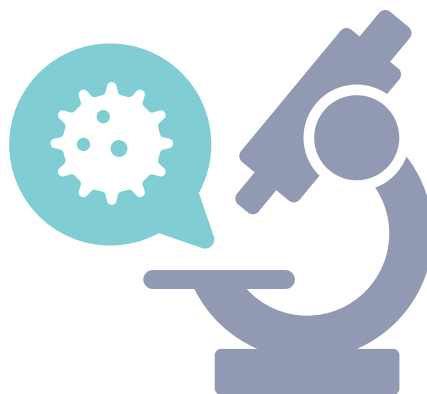
Numărul mare de cazuri diagnosticate anual necesită un nivel ridicat de cheltuieli și resurse pentru diagnosticare și tratament, defavorizând cheltuielile pentru prevenție și diagnostic precoce.

Începând cu 2018, România depune eforturi și alocă resurse pentru a dezvolta programe de screening populațional pentru cancerul de col uterin, a cancerul de sân și a cancerul colorectal, prin implementarea a unor programe-pilot finanțate din fonduri UE. Acestea au vizat dezvoltarea infrastructurii și a ghidurilor naționale pentru screening, în conformitate cu Recomandarea actualizată a Consiliului privind consolidarea prevenirii prin depistare timpurie: O nouă abordare a UE privind screeningul pentru depistarea cancerului, din 2022 și cu ghidurile europene pentru asigurarea calității programelor de screening pentru cancer. Finanțarea UE a contribuit la creșterea accesului la servicii de înaltă calitate, dar sunt necesare investiții suplimentare pentru a crește accesibilitatea serviciilor în întreaga țară. De asemenea, proiectele au vizat

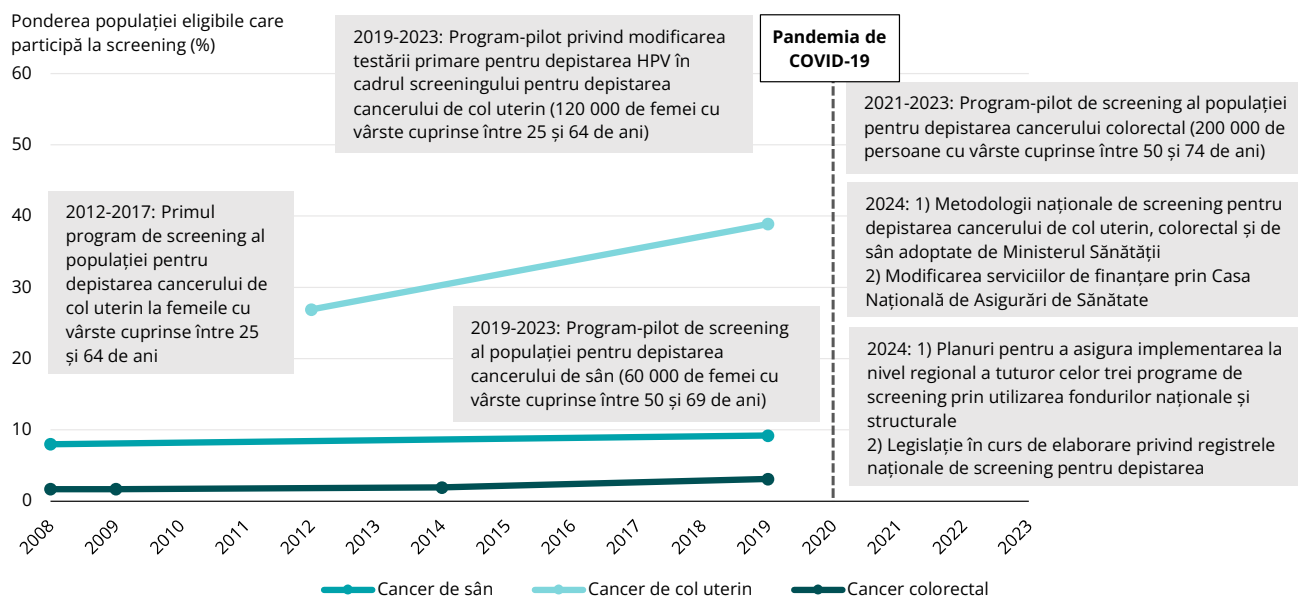
formarea specialiștilor din domeniul sănătății, creșterea gradului de conștientizare în rândul populației și îmbunătățirea accesului populațiilor vulnerabile – inclusiv al rezidenților din mediul rural, al comunităților de romi, al persoanelor cu venituri mici și al comunităților identificate ca fiind marginalizate din punct de vedere socioeconomic (Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, 2023).

Deși au fost elaborate planuri de implementare a programelor de screening la nivel regional și național și sunt în curs de înființare comisii de screening, există în continuare dificultăți legate de guvernarea programelor de screening și asumarea responsabilității pentru implementarea acestora, asigurarea calității și a echității accesului la servicii. Această situație este generată de lipsa resurselor umane necesare pentru a aborda atât programele preventive, cât și diagnosticarea și îngrijirea pacienților existenți.

Rata de participare la screening pentru cancerul de sân și cancerul colorectal este redusă (Figura 9), iar ratele de screening pentru cancerul de col uterin au crescut. Programele de screening organizat se află în etapele de inițiere și sunt lipsite de coerență în practică și de accesibilitate – în principal din cauza lipsei de specialiști calificați și a distribuției inegale a serviciilor specializate la nivel național. Testele de screening pentru cancer sunt oferite predominant în mod oportunist, iar monitorizarea cazurilor pozitive este limitată sau inexistentă.



## Figura 9. Participarea la screeningul pentru depistarea cancerului de sân și a celui colorectal este foarte scăzută, deși noile proiecte-pilot promit o creștere în acest sens



Observații: Datele se referă la screeningul cu mamografie în rândul femeilor cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani în ultimii doi ani (pe baza datelor anchetei), la screeningul pentru depistarea cancerului de col uterin în rândul femeilor cu vârste cuprinse între 20 și 69 de ani în ultimii trei ani (pe baza datelor anchetei) și la screeningul pentru depistarea cancerului colorectal în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 50 și 74 de ani (pe baza datelor anchetei).

Sursă: Statisticile OCDE din 2024 în domeniul sănătății.

### România prezintă decalaje socioeconomice în ceea ce privește participarea la screeningul pentru cancerul de sân

În 2019, proporția femeilor cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani care au efectuat o mamografie bilaterală în ultimii doi ani a fost de 9 %, cea mai scăzută din UE. Potrivit valului 8 (2019-2020) al Anchetei de sănătate, îmbătrânirea și pensionarea în Europa, proporția femeilor care au raportat că au fost testate pentru depistarea cancerului de sân a fost de patru ori mai mică în rândul celor cu un nivel de educație mai scăzut (4 %) decât în cazul celor cu un nivel de educație mai ridicat (17 %).

### A fost lansat un program-pilot de screening pentru depistarea cancerului de sân

În 2018, România a inițiat un program de screening pentru cancerul de sân, finanțat din Fondul social european, prin care 60 000 de femei au fost testate prin mamografie bilaterală în patru regiuni ale țării, în principal în zonele rurale. Au fost achiziționate și puse în funcțiune două unități mobile pentru a oferi servicii în zonele greu accesibile. Proiectul-pilot a furnizat servicii de screening pentru o rundă (2022-2023) și a oferit un cadru pentru implementare la nivel național (caseta 2).



## Caseta 2. România depune eforturi majore pentru a organiza programe organizate pe baze populaționale de screening

- În 2024, Ministerul Sănătății și Institutul Național de Sănătate Publică au elaborat planuri naționale de extindere a proiectelor-pilot de screening al populației. Acestea includ programe de formare – în special pentru medici, dar și pentru alți profesioniști ai sistemului de sănătate. De asemenea, este planificată o implicare sporită a asistenților medicali comunitari și a mediatorilor sanitari.
- Au fost adoptate strategii naționale pentru screeningul pentru depistarea cancerului de col uterin, colorectal și de sân. Au fost elaborate prevederi specifice pentru utilizarea fondurilor naționale și a fondurilor structurale. Fondurile structurale sunt dedicate testării, diagnosticării și tratării leziunilor precanceroase în rândul grupurilor vulnerabile de populație. Strategiile conțin obiective legate de creșterea treptată planificată a capacității și a disponibilității personalului de specialitate medico-sanitar și auxiliar sanitar, precum și de integrarea serviciilor de screening în sistemul de sănătate.
- În 2024, au fost adoptați indicatori de calitate și siguranță privind screeningul pentru cancerul colorectal și de col uterin. Indicatorii de calitate privind screeningul pentru depistarea cancerului de sân sunt în curs de aprobare.
- Recent, au fost create registre de screening pentru programele-pilot de screening, pentru a permite monitorizarea, evaluarea și elaborarea de rapoarte. În august 2024, se efectuau controale de calitate.
- S-au realizat investiții în infrastructura ambulatoriilor de specialitate pentru creșterea capacității de monitorizare, diagnosticare și tratament. Alocările financiare sunt furnizate prin intermediul fondurilor structurale, proiectului Băncii Mondiale pentru reforma sistemului de sănătate și al PNRR.
- Au fost stabilite parteneriate cu organizații neguvernamentale (ONG-uri) și cu asociații ale pacienților pentru a îmbunătăți comunicarea și informarea grupurilor de populație greu accesibile, precum și pentru a sprijini persoanele vulnerabile în accesarea serviciilor pentru diagnostic precoce.
- A început planificarea programelor-pilot de screening pentru depistarea cancerului de prostată și a cancerului pulmonar.

### România reorganizează programul de screening al populației pentru depistarea cancerului de col uterin

În 2019, pe baza datelor din anchete, proporția femeilor cu vârste cuprinse între 25 și 69 de ani testate pentru depistarea cancerului de col uterin în România a fost de 39 % (a se vedea Figura 9). Această rată include femeile care au fost testate în ultimii trei ani atât prin programe oportuniste, cât și prin programe organizate.

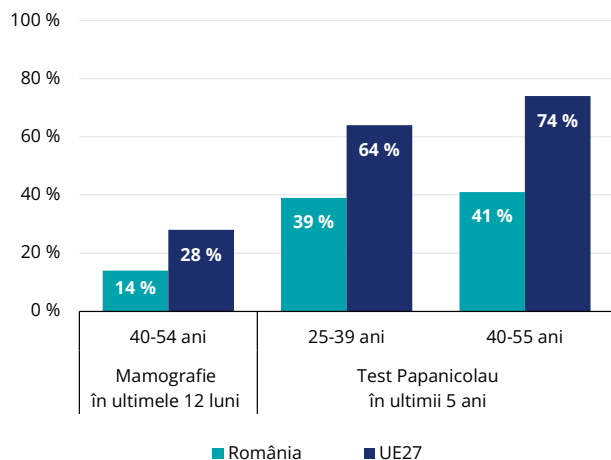
Primul program național de screening pentru cancer din țară a vizat cancerul de col uterin și a fost inițiat în 2012. Rezultatele au fost modeste în primii cinci ani de implementare. În 2018, programul a fost reorganizat, cu introducerea pilotării testării primare pentru HPV în patru regiuni ale țării. În cadrul proiectului-pilot au fost testate în total 200 000 de femei cu vârste cuprinse între 25 și 64 de ani, dintre care peste 50 % proveneau din grupuri vulnerabile. Cu toate acestea, dezvoltarea programului de screening pentru cancerul de col uterin a fost grav perturbată de pandemia de COVID-19, iar reluarea a fost lentă. Pe baza rezultatelor programului-pilot, în 2024, a fost adoptată o strategie de implementare la nivel regional și național. Aceasta prevede ca testarea primară pentru HPV, urmată de triajul citologic, să fie oferită tuturor femeilor eligibile cu vârste cuprinse între 25 și 65 de ani, la fiecare cinci ani.

### Participarea la screeningul pentru depistarea cancerului în rândul persoanelor LGBTIQ este mai scăzută în România decât în alte țări ale UE

Potrivit Sondajului UE privind persoanele LGBTIQ III, participarea la screeningul pentru depistarea cancerului în rândul persoanelor LGBTIQ este mai scăzută în România decât în alte țări din UE (Figura 10). În ceea ce privește screeningul pentru depistarea cancerului de sân, doar 14 % dintre femeile cisgen, femeile transgen și persoanele intersexuale din categoria LGBTIQ cu vârste cuprinse între 40 și 54 de ani din România au raportat că au făcut o mamografie în ultimele 12 luni, cu mult sub media UE de 28 %. În ceea ce privește screeningul pentru cancerul de col uterin, 39 % din populația LGBTIQ cu vârste cuprinse între 25 și 39 de ani din România a raportat că a efectuat examen citologic în ultimii 5 ani (procent sub cel de 64 % la nivelul UE), în timp ce, în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 40 și 55 de ani, doar 41 % au raportat că au efectuat examen citologic (procent mult mai mic decât cel de 74 % la nivelul UE). Această situație se aliniază la ratele relativ scăzute ale screeningului observate în România în rândul populației generale în comparație cu UE.

## Figura 10. Persoanele LGBTIQ din România participă într-o măsură mai mică la screeningul pentru depistarea cancerului de sân și de col uterin decât cele din UE

Ponderea persoanelor LGBTIQ testate pentru depistarea cancerului de sân sau de col uterin (%)



Notă: Rezultatele sondajului în rândul persoanelor LGBTIQ se referă la grupe de vârstă și/sau intervale de screening care nu se aliniază la ghidurile privind screeningul populațional din țările UE și nu ar trebui comparate.

Surse: Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene (Sondajul UE privind persoanele LGBTIQ III).

## Au fost elaborate planuri pentru introducerea la nivel regional și național a screeningului pentru cancerul colorectal

În 2018, a fost inițiat un program-pilot de screening pentru depistarea cancerului colorectal. Pondere populăției eligibile cu vârste cuprinse între 50 și 74 de ani (bărbați și femei) care a raportat că a fost testată pentru depistarea cancerului colorectal a fost de 3 % în 2019, ceea ce reprezintă o creștere de la 2 % în 2008. Rata de acoperire în rândul femeilor a fost ușor mai ridicată, situându-se la 3 % în comparație cu bărbații. Testul utilizat este testul imunochimic fecal (FIT), realizat o dată la doi ani pentru populația cu risc mediu, în timp ce persoanelor identificate ca prezentând un risc ridicat li se oferă posibilitatea de a efectua o colonoscopie o dată la cinci ani.

Finanțate de Fondul social european, programele-pilot regionale au vizat 200 000 de persoane din patru regiuni ale țării, cu accent pe grupurile vulnerabile cărora li s-a oferit consiliere specifică și sprijin material, pentru a le ajuta să acceseze centrele de colonoscopie, în cazul în care au avut rezultate pozitive la test. Datele din proiectul-pilot arată că rata de acoperire a fost de 52 % și că (Manuc et al., 2024). Pe baza rezultatelor proiectului-pilot au fost elaborate planuri de implementare la nivel regional și național. Programul de screening pentru depistarea cancerului colorectal va utiliza fonduri naționale și din Fondul social european Plus.

## Campaniile de conștientizare cu privire la depistarea timpurie a cancerului recurg la asistenți medicali comunitari și mesaje adaptate

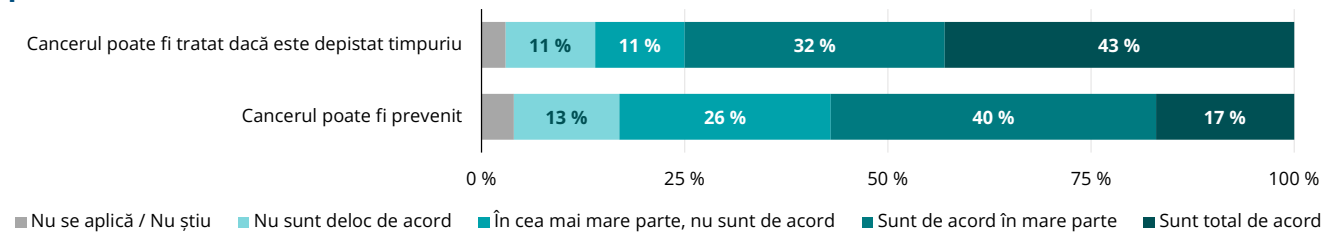
Sensibilizarea publicului cu privire la depistarea timpurie și screeningul pentru cancerele îmbunătățit în ultimii ani. Un sondaj național privind atitudinile față de cancer realizat de Institutul Național de Sănătate Publică în 2023 a arătat că 75 % din populație considera că cancerul poate fi vindecat dacă este detectat timpuriu, iar peste 50 % considera că cancerul poate fi prevenit (Figura 11). Aceste date arată că populația ar fi dispusă să participe la programe preventive, dacă serviciile ar fi disponibile și ușor accesibile (Institutul Național de Sănătate Publică, 2023).

Începând cu 2018, au fost implementate campanii de conștientizare, care vizau în special grupurile vulnerabile, cu mesaje adaptate pentru a răspunde nevoilor specifice de informare. De asemenea, acestea au promovat Codul european împotriva cancerului, integrând mesajele codului în programele de screening. Campaniile au recurs la asistenți medicali comunitari și mediatorii sanitari pentru a ajunge la grupurile defavorizate, precum și la ONG-uri și asociații ale pacienților. Sondajele de evaluare a cunoștințelor, percepțiilor și atitudinilor populației în ceea ce privește prevenirea cancerului și screeningul cancer sunt efectuate la intervale regulate, în special pentru a identifica barierele de acces la serviciile de screening.

În prezent, ONG-urile și asociațiile pacienților care colaborează îndeaproape cu profesioniștii din domeniul sănătății publice furnizează servicii de suport pentru grupurile vulnerabile; cu toate acestea, nu au fost încă identificate măsuri sustenabile pentru asigurarea accesului egal al grupurilor vulnerabile la servicii specializate de diagnosticare și tratament. Printre alte provocări se numără respectarea standardelor minimele serviciilor de screening în ceea ce privește gradul de instruire al personalului și asigurarea continuității serviciilor.

În 2024, peste 100 de pachete de servicii de sănătate, care includ proceduri de diagnosticare pentru majoritatea tumorilor solide și evaluarea extinderii bolii pentru cazurile confirmate, au fost elaborate și sunt accesibile tuturor pacienților, indiferent dacă sunt asigurați sau nu. Se preconizează că acestea vor îmbunătăți accesul la diagnosticarea precoce și furnizarea în timp util a planurilor de tratament.

**Figura 11. Populația României are o atitudine rezonabil pozitivă față de prevenirea și depistarea precoce a cancerului**



Sursă: Institutul Național de Sănătate Publică (2023).

## 5. Performanța îngrijirii pacienților oncologici

### 5.1 Accesibilitatea

#### Accesul la îngrijiri oncologice este garantat prin lege

Sistemul de sănătate din România se bazează pe asigurările sociale de sănătate, cu fonduri gestionate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Proporția populației neasigurate este de aproximativ 14 % (Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2023). Procedurile de diagnosticare a cancerului în afara screeningului nu sunt, în general, acoperite pentru persoanele neasigurate, iar sumele alocate din Fondul social european Plus sunt utilizate pentru a oferi proceduri de diagnosticare pacienților neasigurați cu rezultate pozitive la screeningul pentru cancer.

Cu toate acestea, odată ce diagnosticul este confirmat, îngrijirile oncologice sunt garantate și gratuite pentru toți pacienții, indiferent dacă sunt asigurați sau nu. Îngrijirile oncologice sunt oferite prin internare în spital, iar chimioterapia și radioterapia sunt furnizate (în principal) ca servicii ambulatorii. Din cauza nivelurilor ridicate ale plăților directe, există bariere financiare, care au crescut de la 19 % din cheltuielile pentru sănătate în 2019 la 21 % în 2022.

Există trei institute oncologice, dintre care două sunt membre ale Organizației Rețelei europene a institutelor oncologice, care tratează majoritatea pacienților bolnavi de cancer din România. Tratatamentul oncologic este furnizat și în centre private specializate, cheltuielile fiind rambursate prin contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate. În afară de acestea, secțiile de oncologie din spitalele județene sau municipale mari

furnizează atât servicii de diagnostic, cât și de tratament; totuși, din cauza lipsei lor de capacitate, multe dintre acestea funcționează ca intermediar înainte ca pacienții să fie trimiși către institutele oncologice.

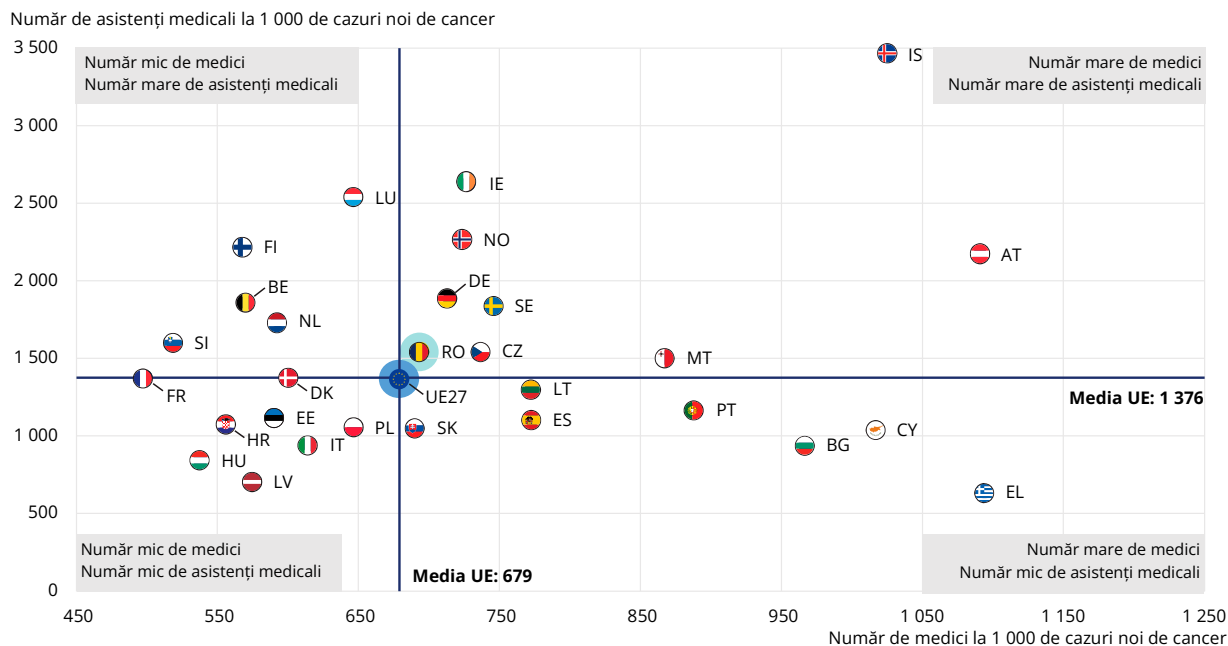
#### Densitatea forței de muncă din domeniul sănătății disponibile pentru îngrijirile oncologice este apropiată de media UE

România se confruntă cu un deficit de forță de muncă în domeniul oncologiei, care afectează furnizarea de servicii de prevenire, screening, diagnosticare, tratament, monitorizare și îngrijire paliativă a cancerului. Potrivit evaluării efectuate de Comisia multidisciplinară de oncologie din cadrul Ministerului Sănătății, în 2022, în România existau 4,4 oncologi la 100 000 de locuitori. În 19 dintre cele 42 de județe, numărul de specialiști oncologi și rezidenți în oncologie era mai mic de 2 la 100 000 de locuitori; în 15 județe, el se situa între 2 și 4 la 100 000 de locuitori.

În România există 694 de medici la 1 000 de cazuri noi de cancer (peste media UE de 679 la 1 000) și 1 548 de asistenți medicali la 1 000 de cazuri noi de cancer (ușor peste media din UE de 1 376 la 1 000 de locuitori) (Figura 12).

Forța de muncă și dotarea cu aparatură medicală sunt distribuite inegal la nivel național, ceea ce face ca pacienții să fie nevoiți să parcurgă distanțe lungi pentru monitorizare și tratament. Această situație generează obstacole în calea accesului la tratament din cauza costurilor suplimentare, a perioadelor lungi de așteptare și a dificultăților de acces la serviciile de îngrijire.

## Figura 12. Oferta de personal medical specializat și de asistenți medicali la 1 000 de cazuri noi de cancer este similară cu media UE



*Observații: Datele privind asistenții medicali includ toate categoriile de asistenți medicali (nu numai pe cele care respectă Directiva UE privind recunoașterea calificărilor profesionale). Datele se referă la asistenții medicali practicanți, cu excepția celor din Portugalia și Republica Slovacă, unde se referă la asistenți medicali activi din punct de vedere profesional. În Grecia, numărul asistenților medicali este subestimat, deoarece îi include doar pe cei care lucrează în spitale. În Portugalia și Grecia, datele se referă la toți medicii autorizați să profeseze, ceea ce duce la o supraestimare semnificativă a numărului de medici practicanți. Media UE este neponderată.*

Sursă: Statisticile OCDE din 2024 în domeniul sănătății. Datele se referă la 2022 sau la ultimul an disponibil.

Accesul la asistența medicală primară este deficitar, în special în zonele rurale. În 2020, 328 de comunități nu aveau medic de familie, ceea ce înseamnă că aproximativ 500 000 de persoane din România nu aveau medic de familie. (Petrencic, 2020).

În prezent, România, nu are un program specific de specializare pentru asistentele medicale în oncologie. Formarea asistenților medicali în oncologie se desfășoară la locul de muncă, cu o perioadă de instruire sub îndrumarea personalului medical specializat. Prepararea medicamentelor citotoxice este efectuată de farmaciști, în conformitate cu ghidurile de siguranță.

O provocare importantă în ceea ce privește resursele umane este reprezentată de deficitul de personal tehnic (nemedical) (de exemplu, fizicieni și biochimiști), care este dificil de recrutat și de păstrat în sistemul public din cauza salariilor neatractive în comparație cu cele ale personalului medical și a salariilor oferite de sectorul privat.

România a luat măsuri pentru a aborda acest deficit de resurse umane prin adoptarea Strategiei naționale pentru dezvoltarea resurselor umane în domeniul sănătății pentru perioada 2022-2030. Strategia reprezintă un obiectiv al PNRR și a fost dezvoltată cu sprijinul Biroului regional pentru

Europa al Organizației Mondiale a Sănătății. Strategia se axează pe politicile privind ocuparea forței de muncă și păstrarea resurselor umane, precum și pe asigurarea dezvoltării profesionale în cadrul instituțiilor publice medicale.

### Echipamentele de diagnostic și terapie sunt distribuite inegal la nivel național

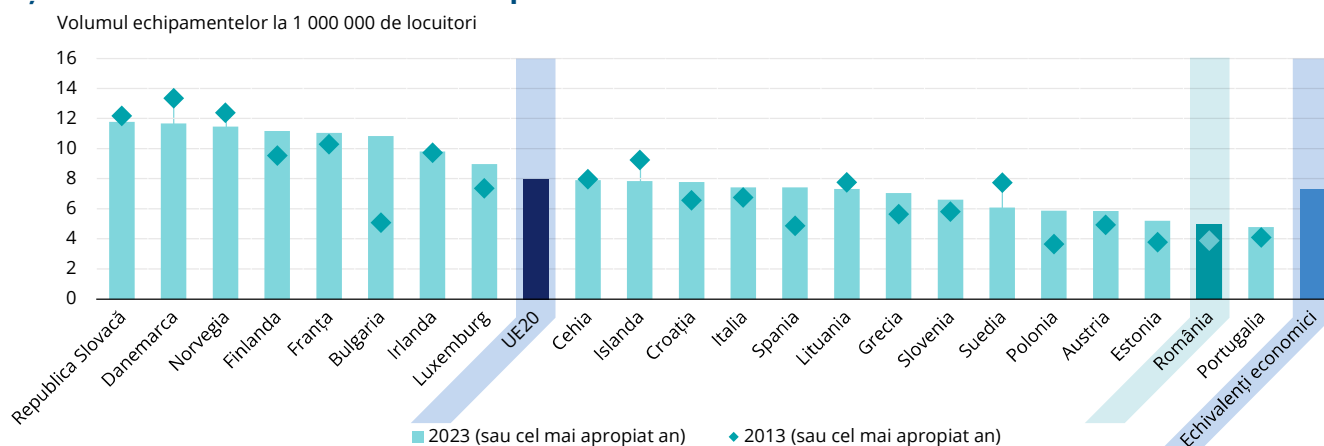
Dotarea cu echipamente de diagnostic s-a îmbunătățit de-a lungul timpului în România. Numărul de tomografe computerizate a crescut de peste două ori între 2012 și 2022, de la 9 la 1 000 000 de locuitori la 24 de aparate la 1 000 000 de locuitori. În mod similar, densitatea aparatelor RMN a crescut de la 4 la 1 000 000 de locuitori în 2011 la 15 la 1 000 000 de locuitori în 2022. Principala provocare o reprezintă distribuția echipamentelor și disponibilitatea specialiștilor pentru utilizarea acestora.

Accesibilitatea la tomografia cu emisie de pozitroni (PET) s-a îmbunătățit, de asemenea, în mod semnificativ. Numărul scanerelor PET a crescut de peste patru ori între 2012 și 2021, de la 0,2 aparate la 1 000 000 de locuitori la 0,9 aparate la 1 000 000 de locuitori. În 2022, au fost adoptate noi reglementări pentru eliminarea barierelor administrative de acces la examinările PET.

În România, volumul echipamentelor de radioterapie în 2022 era de 5 la 1 000 000 de locuitori, fiind cu 38 % mai mic decât media UE (8,0 la 1 000 000 de locuitori) și cu 32 % mai mic decât

media în rândul statelor echivalente din punct de vedere economicai României (7,3 la 1 000 000 de locuitori). Volumul a crescut rapid în România, respectiv cu 27 % față de 2013 (Figura 13).

**Figura 13. Volumul echipamentelor de radioterapie a crescut, dar rămâne cu mult sub mediile din UE și din rândul statelor echivalente din punct de vedere economic ai României**



Observații: Marea majoritate a echipamentelor de radioterapie din țările UE se găsesc în spitale. Datele pentru Portugalia și Franța includ numai echipamentele din spitale, în timp ce datele pentru alte țări se referă la toate echipamentele. Echivalenții economici sunt definiți drept clustere de terțile în funcție de PIB-ul pe cap de locuitor din 2022 în termeni standard ai puterii de cumpărare. Echivalenții economici pentru RO sunt BG, EE, EL, HR, PL, PT și SK. Media UE este neponderată.

Sursă: Statisticile OCDE din 2024 în domeniul sănătății.

Deși România a investit în echipamente de radioterapie în ultimii ani, 24 dintre cele 42 de județe ale sale încă nu dispun de astfel de echipamente. Din acest motiv, pacienții trebuie să parcurgă distanțe lungi pentru tratament și să se adreseze centrelor oncologice pentru radioterapie, prin intermediul spitalizării, mai degrabă decât ca serviciu ambulatoriu. Peste 50 % dintre pacienții celor trei institute oncologice călătoresc pe distanțe lungi din județele lor de reședință. Institutul Regional de Oncologie din Iași a găsit o soluție prin înființarea unui hotel pentru pacienți, în care oferă tratament pacienților din afara orașului. Potrivit Ministerului Sănătății, per ansamblu, 87 % dintre tratamentele de radioterapie sunt oferite ca servicii ambulatorii – fiind puțin sub nivelul sugerat de recomandările europene.

### Accesul la medicația oncologică s-a îmbunătățit semnificativ în ultimii ani

Medicația oncologică este furnizată gratuit prin Programul Național de Oncologie, finanțat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pentru toți pacienții, indiferent dacă sunt asigurați sau nu. Lista de molecule, inclusiv medicamente inovatoare, este actualizată periodic după ce un produs a fost supus evaluării tehnologiilor medicale. Reglementările naționale privind procesul de evaluare au fost simplificate în ultimii ani în vederea reducerii timpului mediu dintre data

autorizației de introducere pe piață și data când medicamentul devine disponibil.

Ca parte a implementării PNPCC, România pregătește un program de îmbunătățire a accesului la medicamente noi împotriva cancerului. Gestionat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, acesta va asigura compensarea medicamentelor nou autorizate de către Agenția Europeană pentru Medicamente până la adăugarea produsului pe lista națională a medicamentelor compensate. Criteriile de includere, metodologiile de stabilire a prețurilor și mecanismele de finanțare sunt în curs de elaborare

### Accesul la terapia cu celule CAR-T și testarea genetică a tumorilor au fost adăugate recent

România funizează terapia cu celule CAR-T într-o unitate medicală din 2022. În 2024, a fost elaborat primul Plan strategic privind studiile clinice, coordonat de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale. Planul conține obiective clare, inclusiv dezvoltarea unui mecanism de recrutare a pacienților, sporirea resurselor umane implicate în studiile clinice și elaborarea de politici economice și fiscale pentru stimularea inovării. Începând din 2023, testarea genetică pentru tumori de sân, de ovar, pulmonare și colorectale este compensată prin Programul Național de Oncologie, pentru a orienta tratamentul de precizie.

## 5.2 Calitatea

### Datele privind calitatea îngrijirii oncologice sunt limitate și fragmentate

În România, nu există informații cu privire la controlul cancerului, deoarece nu există un registru național al cancerului (deși unul este în curs de dezvoltare cu fonduri din PNRR). Deși cele opt registre regionale sunt reglementate din 2007, doar două dintre ele colectează date cu regularitate.

Prin urmare, datele actuale privind rata de supraviețuire a pacienților cu cancer nu sunt disponibile. Cu toate acestea, datele din studii anterioare privind ratele nete de supraviețuire la cinci ani indică proporții mai mici pentru toate tipurile de cancer din România în comparație cu mediile UE. În plus, calitatea datelor privind rezultatele intervențiilor de îngrijire și a îngrijirilor de suport ale pacienților sunt sub nivelul optim, acoperirea și exhaustivitatea acestora fiind limitate. De asemenea, raportarea are un caracter eterogen, iar datele se utilizează rar pentru a analiza calitatea serviciilor medicale.

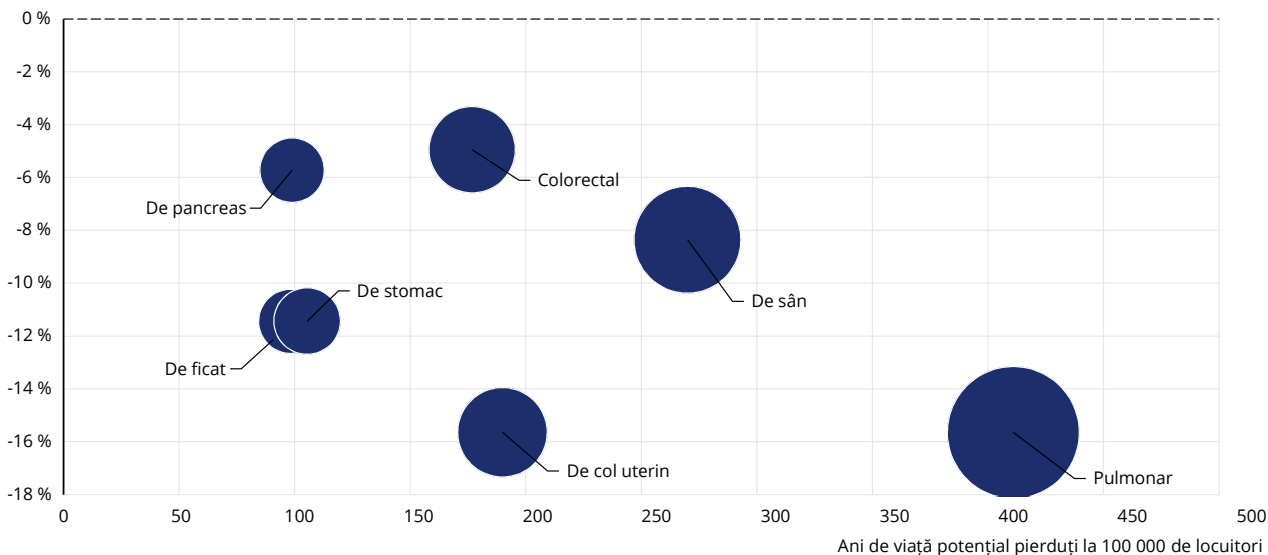
### În România se pierd mai mulți ani potențiali de viață din cauza cancerului decât media UE

Anii potențiali de viață pierduți (APVP) reprezintă o măsură complementară de interes a impactului diferitelor tipuri de cancer la nivel social, deoarece acordă o importanță mai mare deceselor cauzate de cancer în rândul persoanelor mai tinere. Evoluția APVP de-a lungul timpului pentru diferite tipuri de cancer în funcție de localizare poate evidenția îmbunătățirea sistemelor de îngrijiri oncologice prin reducerea mortalității premature. Totalul APVP din cauza tuturor tipurilor de cancer n 2019 a fost de 1 946 la 100 000 de locuitori în România, valoare cu 30 % mai mare decât media UE (1 355 la 100 000 de locuitori). Rata APVP a scăzut cu 13 % din 2012, comparativ cu o scădere medie de 19 % la nivelul UE.

APVP la 100 000 de locuitori din România a scăzut în 2019 comparativ cu 2012 pentru toți principalii factori de contribuție la APVP cauzăți de cancer. În 2021, cancerul responsabil pentru cea mai mare parte a APVP a fost cancerul pulmonar, cu 411 ani la 100 000 de locuitori, valoare care scăzuse cu 16 % din 2012. Niciun tip de cancer nu a înregistrat o creștere a APVP între 2012 și 2019 (Figura 14).

### Figura 14. Numărul de ani potențiali de viață pierduți a scăzut pentru majoritatea tipurilor de cancer în ultimul deceniu

Variația procentuală a potențialilor ani de viață pierduți în perioada 2012-2022 (sau cel mai apropiat an disponibil) (%)



Observații: Rata de APVP prin cancer de sân, ovar și col uterin se calculează numai la femei, în timp ce rata APVP asociată cancerului de prostată se referă la bărbați. Bulinele roz semnaleză o creștere a variației procentuale a APVP în perioada 2012-2022 (sau cel mai recent an disponibil); bulinele albastre semnaleză o scădere. Dimensiunea bulinelor este proporțională cu ratele APVP din 2022. Sursă: Statisticile OCDE din 2024 în domeniul sănătății.

### Calitatea îngrijirii oncologice nu este uniformă la nivel național

Autoritatea Națională de management al calității în sănătate colectează unele date privind calitatea serviciilor Lista standardelor de calitate pentru acreditarea spitalelor conține două standarde

specifice pentru utilizare în oncologie: comisiile oncologice multidisciplinare și monitorizarea practicii de radioterapie, precum și un standard de calitate pentru serviciile de îngrijiri paliative. Singurele date disponibile publicului sunt cele privind statutul acreditării unităților medicale.

Chiar dacă sunt necesare pentru acreditare, comisiile multidisciplinare există și funcționează doar în câteva centre oncologice. Unitățile oncologice din centrele universitare utilizează comisiile oncologice multidisciplinare ca standard de practică. În centrele oncologice mai mici, din cauza lipsei de profesioniști din domeniul sănătății practica comisiilor multidisciplinare nu are loc în mod consecvent. În prezent, se elaborează noi reglementări privind înființarea și funcționarea comisiilor oncologice multidisciplinare care

utilizează teleconsultația pentru a acoperi lipsa de specialiști la fața locului.

Centrele de oncologie din marile orașe universitare aplică protocoalele și ghidurile internaționale de îngrijiri oncologice. Cu toate acestea, în alte unități de oncologie protocoalele sunt variate și nu există ghiduri clinice aprobate în mod oficial. Cu toate acestea, există protocoale de prescriere pentru medicamentele compensate împotriva cancerului și sunt în curs de realizare îmbunătățiri majore ale calității (casetă 3).

### Casetă 3. În România sunt în curs investiții și îmbunătățiri importante în materie de calitate a îngrijirii oncologice

O Hotărâre a Guvernului României din 2023 prevede crearea unui registru național de cancer. Institutul Național de Sănătate Publică implementează un proiect finanțat prin PNRR pentru a dezvoltarea acestuia. Se preconizează că registrul va fi pe deplin funcțional până la sfârșitul anului 2025. Acesta va fi conectat la registrele de screening și la Registrul național de oncologie pediatrică. De asemenea, va fi inclus un modul de raportare standardizată a rezultatelor analizelor anatomopatologice.

Societatea Română de Oncologie Medicală a dezvoltat și promovat traseele terapeutice pentru principalele localizări ale tumorilor. Aprobarea oficială de către Ministerul Sănătății este anticipată.

Două dintre cele trei institute de oncologie din România participă la inițiativele UE, inclusiv la Acțiunea comună CRANE pentru înființarea centrelor comprehensive de cancer și la acțiunea comună JANE privind rețelele de expertiză în domeniul cancerului. Rezultatele vor fi valorificate pentru înființarea unui centru oncologic pentru servicii integrate și a dezvoltării de rețele de îngrijiri oncologice.

Între timp, se fac investiții majore în infrastructură și tehnologie pentru toate cele trei institute de oncologie, precum și alte centre oncologice, cu scopul de a îmbunătăți laboratoarele de anatomie patologică, de a moderniza echipamentele și de a reabilita infrastructura de îngrijiri oncologice, precum și de a îmbunătăți serviciile de diagnostic și tratament al cancerului. Apelurile de proiecte au fost lansate în 2024.

## 5.3 Costurile și raportul calitate-preț

### În pofida diferitelor surse de finanțare pentru îngrijirea bolnavilor de cancer în România, există în continuare decalaje în ceea ce privește acoperirea

Îngrijirile oncologice în România sunt acoperite prin mai multe mecanisme de finanțare: diagnosticarea este rambursată din surse publice sau este suportată de pacienți; tratamentul citostatic este acoperit de asemenea din surse publice prin Programul Național de Oncologie și prin mecanisme de acces condiționat; radioterapia este inclusă în Programul Național de Oncologie; spitalizarea de zi și cea continuă sunt acoperite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; iar vizitele și testele în ambulatoriu sunt acoperite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau suportate prin plăți directe. Această combinație de mecanisme îngreunează uneori asigurarea continuității îngrijirii, iar unele servicii necesare au rămas neacoperite – inclusiv investigații necesare pentru diagnosticare sau pentru monitorizarea

tratamentului, cum ar fi testele genetice și asistența psihologică. De asemenea, este dificil să se estimeze costul de îngrijire a cancerului, având în vedere sursele multiple de finanțare.

### Se estimează că gradul de ocupare a forței de muncă în România se va reduce mai mult în comparație cu UE

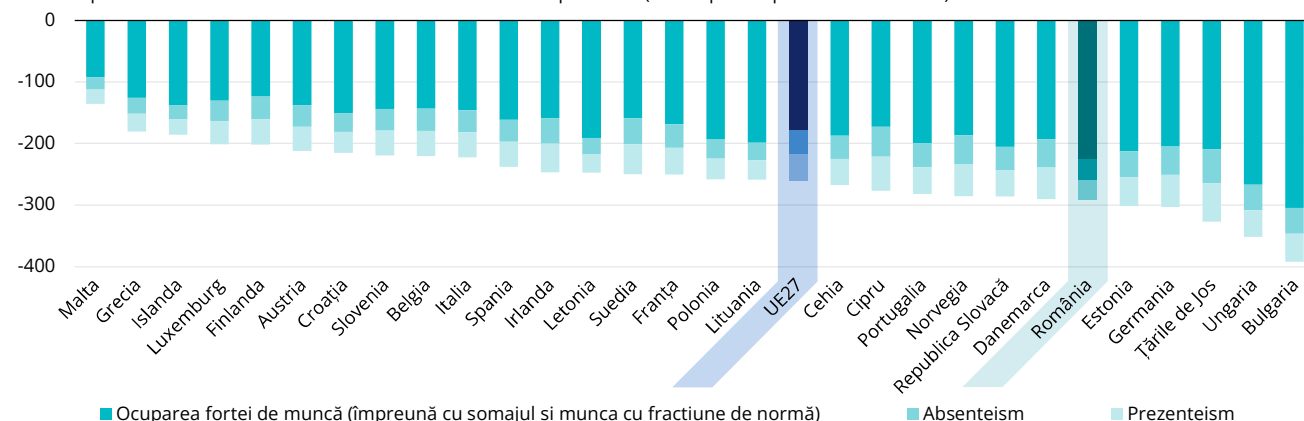
Modelările OCDE pentru SPHeP, estimează că, în perioada 2023-2050, cancerul va genera în medie o pierdere de 224 de lucrători în echivalent normă întregă (ENI) la 100 000 de persoane în România din cauza ocupării reduse a forței de muncă, care este mai mare decât media UE de 178 ENI la 100 000 de persoane (Figura 15). De asemenea, se anticipează că România se va confrunta cu o pierdere de 67 ENI la 100 000 de persoane din cauza absenteismului și a prezenteismului<sup>6</sup>, care este oarecum mai mică decât media UE de 81 ENI la 100 000 de persoane.

De asemenea se estimează o creștere a cheltuielilor cu sănătatea pe cap de locuitor pentru îngrijirile oncologice cu 52 % în România între 2023 și 2050, comparativ cu 59 % în UE-27.

6 Prezenteismul se referă la pierderea productivității care apare atunci când angajații nu funcționează pe deplin la locul de muncă din cauza unei boli, a unei vătămări sau a unei alte afecțiuni.

## Figura 15. Se estimează că afecțiunile oncologice vor genera pierderi de locuri de muncă mai mari în România în comparație cu media UE

Pierdere preconizată de ENI din cauza cancerului la 100 000 de persoane (media pentru perioada 2023-2050)



Notă: Media UE este neponderată.

Sursă: OCDE (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

### În prezent, în România, sunt în curs mai multe investiții în infrastructura oncologică

O realizare majoră este reprezentată de Programul Sănătate finanțat de UE, care, împreună cu PNRR au deschis o fereastră de oportunitate pentru multe investiții în infrastructura, tehnologie și digitalizarea în domeniul cancerului, precum și în calitatea îngrijirii și a formării profesioniștilor din domeniul sănătății. Astfel, Programul Sănătate include investiții în infrastructura publică pentru două institute oncologice și alte spitale publice de interes regional și județene care oferă servicii de diagnosticare și tratament al cancerului, precum și investiții în laboratoarele de genetică și anatomie patologică pentru diagnosticarea cancerului (Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene, 2022). PNRR include investiții pentru un nou institut de oncologie și echipamente de radioterapie.

## 5.4 Bunăstarea și calitatea vieții

### Impactul cancerului asupra sănătății mintale în România este substanțial

Potrivit modelărilor OCDE pentru SPHeP, în perioada 2023-2050, cancerul va reduce speranța medie de viață a populației din România cu 1,7 ani prin comparație cu scenariul care nu ia în considerare cancerul. (Figura 16). Aceasta reducere este mai mică decât media UE pentru perioada 2023-2050 (1,9 ani).

În plus, cancerul afectează sănătatea mintală a populației prin simptomele asociate și efectele secundare ale tratamentului, impactul asupra vieții de zi cu zi, asupra rolurilor sociale și a capacității

de muncă. Potrivit modelului OCDE pentru SPHeP, se estimează că în România se vor înregistra rate de depresie mai mari din cauza cancerului, cu o rată standardizată cu vârsta de 21 de cazuri la 100 000 de locuitori pe an, comparativ cu media de 17 cazuri la 100 000 de locuitori la nivelul UE.

### Au fost adoptate noi reglementări pentru serviciile psiho-oncologice

O analiză recentă a evidențiat insuficiența studiilor privind calitatea vieții la pacienții bolnavi de cancer din România, subliniind nevoia urgentă de a se dezvolta servicii psiho-oncologice în țară (Licu, Ionescu și Păun, 2023). Nevoia de asistență psihologică este clar recunoscută în PNPCC. Ca parte a implementării planului, serviciile psiho-oncologice au fost recent reglementate (în ceea ce privește tipurile de servicii, condițiile de furnizare a acestora și cerințele pentru profesioniști) și au fost incluse în pachetul de servicii de bază rambursate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

În 2023, au fost adoptate noi reglementări privind funcționarea unităților de asistență psihologică pentru pacienții cu cancer. Acestea includ și tipurile de servicii psihologice furnizate pacienților oncologici. Au fost introduse noi servicii de asistență psihologică pentru pacienții cu cancer și îngrijitorii acestora: consilierea psihologică pentru pacienți și familiile acestora (evaluare psihologică anuală și cel puțin cinci sesiuni de consiliere), servicii extinse de îngrijire la domiciliu (transport plătit către și de la unitățile de tratament pentru pacienții care nu au acces la servicii în localitatea lor de reședință) și concediu plătit pentru

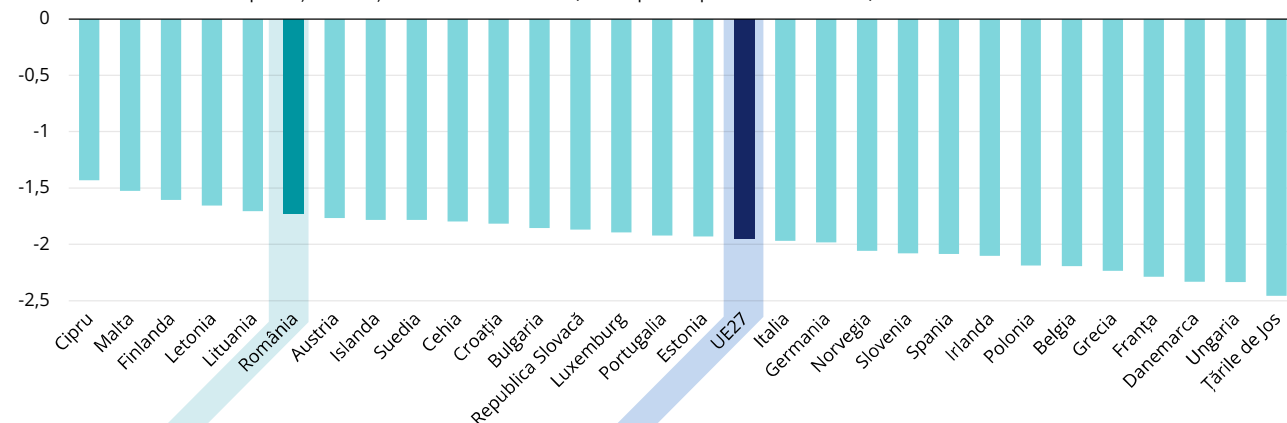


îngrijitorii pacienților bolnavi de cancer, pentru a-i însoți pe aceștia la tratament și intervenții chirurgicale (plafonat la 45 de zile pe an de concediu plătit).

România a adoptat o lege privind dreptul de a fi uitat, oferind acces la produse financiare pacienților diagnosticați cu cancer după cinci ani de remisie.

**Figura 16. Se estimează că, în perioada 2023-2050, cancerul va reduce speranța de viață în România cu 1,7 ani**

Reducere estimată în ani a speranței de viață din cauza cancerului (media pentru perioada 2023-2050)



Notă: Media UE este neponderată.

Sursă: OCDE (2024), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

### Serviciile de îngrijire paliativă sunt sub nivelul optim, dar se depun eforturi pentru a le îmbunătăți

Strategia națională de sănătate 2023-2030 arată că dezvoltarea îngrijirilor paliative este sub nivelul optim, numărul și calificarea profesioniștilor fiind insuficiente, iar infrastructura fiind inadecvată și/sau precară. SNS prevede necesitatea de a dezvolta servicii paliative de îngrijire spitalicească, ambulatorie și la domiciliu. În prezent, serviciile paliative – spitalicești, ambulatorii și la domiciliu – sunt rambursate prin asigurările de sănătate ca parte a pachetului de servicii de bază, dar volumul serviciilor contractate și numărul furnizorilor rămân scăzute.

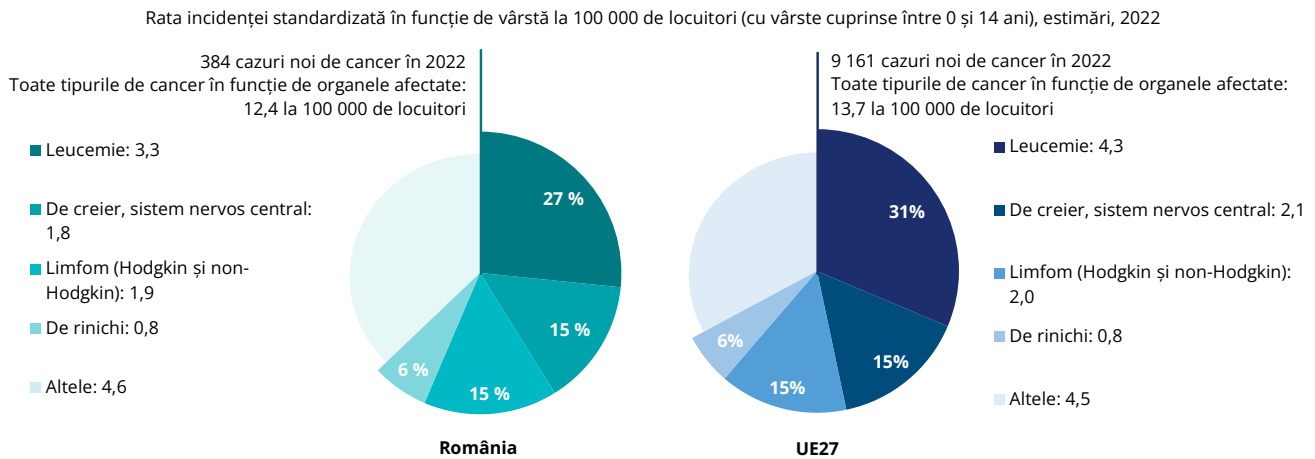
O evaluare națională a îngrijirii paliative în 2019 a arătat că doar 5 % dintre nevoile de îngrijire paliativă sunt satisfăcute în România. Din 33 000 de pacienți care au avut nevoie de îngrijiri paliative, 29 650 au necesitat spitalizare, deoarece aceasta era singura formă de îngrijire paliativă la care puteau avea acces. Îngrijirile paliative la domiciliu au fost furnizate doar pentru 5 % dintre pacienți, deoarece aceste tipuri de servicii sunt subdezvoltate și sunt disponibile numai prin intermediul furnizorilor privați, inclusiv al ONG-urilor și al societăților comerciale (Ministerul Sănătății, 2019). În plus, un ordin al Ministrului Sănătății a actualizat criteriile de organizare, funcționare și autorizare a îngrijirilor paliative.

## 6. În prim-plan, cancerul pediatric

Potrivit ECIS, se estimează că 384 de copii și adolescenți cu vârsta de până la 15 ani au fost diagnosticați cu cancer în România în 2022. Ratele de incidență pentru copiii cu vârste cuprinse între 0 și 14 ani în 2022 au fost estimate la 12,4 la 100 000 de copii, fiind ușor mai scăzute decât media UE de 13,7 la 100 000 de copii (Figura 17). Cele mai frecvente tipuri de cancer sunt leucemia, cu 3,3 cazuri la 100 000 de copii (27 %), cancerul

cerebral și al sistemului nervos central, cu 1,8 cazuri la 100 000 de copii (15 %) și limfomul, cu 1,9 cazuri la 100 000 de copii (15 %). Ratele mortalității cauzate de cancerul pediatric în România sunt mai mari decât media UE, cu o rată medie a mortalității pe 3 ani de 2,9 la 100 000 de copii, potrivit Eurostat.

## Figura 17. Ratele mortalității prin cancer în rândul copiilor din România sunt ușor mai scăzute decât în UE



Observații: Estimările pentru 2022 se bazează pe tendințele de incidență din anii precedenți și pot fi diferite de ratele observate în ultimii ani. „Toate tipurile de cancer în funcție de localizare” includ toate tipurile de cancer, cu excepția cancerului de piele non-melanom.

Surse: Sistemul european de informații cu privire la cancer (ECIS) pentru incidența cancerului. Conform linkului <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, accesat la 10.3.2024. © Uniunea Europeană, 2024.

Potrivit proiectului Organizarea Îngrijirii Copiilor cu Cancer și a Cercetării din Europa (OCEAN) al Societății Europene de Oncologie pediatrică (SIOPE), în România există 11 instituții care tratează copii și tineri bolnavi de cancer (SIOPE, 2024). Două dintre acestea sunt clasificate ca centre de oncologie terțiare.

Dintre cele 13 tipuri de infrastructură și tratament, cum ar fi protonterapia, transplantul de celule stem, îngrijirea paliativă și chimioterapia, 10 sunt disponibile pentru îngrijirea copiilor cu cancer din țară, în timp ce protonterapia și brahiterapia nu sunt disponibile și nu există clinici pentru îngrijirea supraviețuitorilor cu cancer (SIOP, 2024). Pacienții sunt consultați în comisii oncologice multidisciplinare din centrele terțiare de oncologie pediatrică.

Singurul registru funcțional la nivel național este Registrul Național de Onco-Hematologie Pediatrică, care are acoperire națională și date de înaltă calitate. Acesta este administrat de Societatea Română de Onco-Hematologie Pediatrică, o asociație profesională care oferă, de asemenea, sprijin copiilor bolnavi de cancer și familiilor acestora, cu sprijinul unui ONG. Registrul Național de Onco-Hematologie Pediatrică a prezentat recent date actualizate privind rata de supraviețuire la cinci ani la copiii cu vârste cuprinse între 0 și

14 ani, indicând o creștere semnificativă de la 69 % (pentru pacienții diagnosticați în 2010-2013) la 74 % (pentru cei diagnosticați în perioada 2014-2017) (Societatea Română de Onco-Hematologie Pediatrică, 2023).

Un proiect-pilot privind elaborarea dosarelor medicale electronice pentru pacienții cu cancer pediatric permite consultări multidisciplinare între două centre oncologice din București și Constanța și facilitează schimburile de informații cu specialiști internaționali în cazul în care copilul a fost tratat în străinătate. Clasificarea centrelor de oncologie pediatrică pe niveluri de competență este în curs de aprobare.

Accesul la studii clinice al copiilor români bolnavi de cancer este limitat. Din 436 de trialuri clinice în care au fost înscriși copii și tineri în Europa în perioada 2010-2022, doar 16 (4 %) au fost desfășurate în România (unul național și 15 internaționale). În 2018, 53 % dintre cele 68 de medicamente identificate ca fiind esențiale pentru tratarea cancerului la pacienții cu vârste cuprinse între 0 și 18 ani erau disponibile în România, comparativ cu media UE de 76 % (Vassal et al., 2021).

De Angelis R et al. (2024), Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCARE-6): a population-based study [Prevalența completă a cancerului în Europa 2020 în funcție de durata bolii și de țară (EUROCARE-6): un studiu bazat pe populație], *Lancet Oncology*, 25(3):293-307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0

Institutul Național de Sănătate Publică (2023), Cunoștințe, atitudini, practici (CAP) ale populației privind prevenția și depistarea precoce a cancerului. București, Institutul Național de Sănătate Publică, <https://insp.gov.ro/wp-content/uploads/2024/03/Raport-Cancer-2024.pdf>.

Institutul Național de Sănătate Publică, Institutul de Oncologie Cluj (2020), Cunoștințe, atitudini, percepții ale femeilor cu privire la screeningul cancerului de col uterin, România, 2020. București, Institutul Național de Sănătate Publică, <https://www.potisaprevii.eu/wp-content/uploads/2021/05/Anexa-11-%E2%80%93-Studiul-%E2%80%9ECunos-tiinte-atitudini-perceptii-ale-femeilor-cu-privi-re-la-screeningul-cancerului-de-col.pdf>.

Joossens L et al. (2022), The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. Brussels, Smoke Free Partnership, <https://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2022/12/TCS-Report-2021-Interactive-V4.pdf>.

Licu M, Ionescu CG, Păun S (2023), Quality of life in cancer patients: the modern psycho-oncologic approach for Romania – a review (Calitatea vieții la pacienții bolnavi de cancer: abordare psiho-oncologică modernă pentru România – o recenzie), *Current Oncology*, 2023;30(7):6964-75. doi:10.3390/curroncol30070504.

Manuc M et al. (2024), Introducing colorectal cancer screening in Romania – preliminary results from the regional pilot programmes (ROCCAS) [Introducerea screeningului pentru depistarea cancerului colorectal în România – rezultate preliminare ale programelor-pilot regionale (ROCCAS)], *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*, 33(1):37-43. doi:10.15403/jgld-5380.

Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene (2022), Programul Sănătate 2021-2027. București, Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene, <https://mfe.gov.ro/ps-21-27/>.

Ministerul Sănătății (2019), Analiza situației furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative din România în anul 2019. București, Ministerul Sănătății, <https://ms.ro/media/documents/Raport-furnizori-ingrijiri-paliative-Romania-2019.pdf>.

Ministerul Muncii și Solidarității Sociale (2023), Zone marginalizate socioeconomice în mediul urban și rural din România. București, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, [https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMPS/RAPORT\\_HARTA\\_\\_ZONELOR\\_MARGINALIZATE.pdf](https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMPS/RAPORT_HARTA__ZONELOR_MARGINALIZATE.pdf).

Petrencic C (2020), Harta accesului cetățenilor români la serviciile de asistență medicală primară oferite de cabinetele de medicina familiei. București, Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie, <http://www.fnpmf.ro/harta-mf-2020>.

Societatea Română de Onco-Hematologie Pediatrică (2023), Supraviețuirea în cancerul pediatric: România 2010-2017. București, Societatea Română de Onco-Hematologie Pediatrică, <https://www.daruiestearipi.ro/wp-content/uploads/2024/02/Prezentare-studiu-de-supravie%C8%9Buire-2023.pdf>.

SIOPE (2024), Profilul de țară privind cancerul pediatric: România. Bruxelles, SIOPE Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectromania.pdf>.

Vassal, G. et al. (2021), Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe (Accesul la medicamente împotriva cancerului esențiale pentru copii și adolescenți în Europa), *Annals of Oncology*, Vol. 32/4, pp. 560-568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

## Lista abrevierilor țărilor

|          |    |           |    |           |    |               |    |                   |    |
|----------|----|-----------|----|-----------|----|---------------|----|-------------------|----|
| Austria  | AT | Danemarca | DK | Irlanda   | IE | Malta         | MT | Republica Slovacă | SK |
| Belgia   | BE | Estonia   | EE | Islanda   | IS | Țările de Jos | NL | Slovenia          | SI |
| Bulgaria | BG | Finlanda  | FI | Italia    | IT | Norvegia      | NO | Spania            | ES |
| Croația  | HR | Franța    | FR | Lituania  | LT | Polonia       | PL | Suedia            | SE |
| Cipru    | CY | Germania  | DE | Letonia   | LV | Portugalia    | PT | Ungaria           | HU |
| Cehia    | CZ | Grecia    | EL | Luxemburg | LU | România       | RO |                   |    |

# Profil de țară privind cancerul 2025

Registrul european privind inegalitățile în domeniul cancerului este o inițiativă emblematică din cadrul Planului european de combatere a cancerului. Registrul oferă date solide și fiabile cu privire la prevenirea cancerului și îngrijirea pacienților oncologici, care permit identificarea tendințelor din statele membre și din regiuni, precum și a disparităților și inegalităților dintre acestea. Registrul conține un site și un instrument de date elaborat de Centrul Comun de Cercetare al Comisiei Europene (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), precum și o serie alternativă de profiluri de țară bienale privind cancerul și un raport cuprinzător privind inegalitățile în domeniul cancerului în Europa.

În profilurile de țară privind cancerul sunt identificate punctele forte, provocările și domeniile specifice de acțiune pentru fiecare dintre cele 27 de state membre ale UE, precum și pentru Islanda și Norvegia, în scopul orientării investițiilor și intervențiilor la nivelul UE, la nivel național și la nivel regional în cadrul Planului european de combatere a cancerului. De asemenea, Registrul european privind

inegalitățile în domeniul cancerului sprijină inițiativa emblematică nr. 1 a Planului de acțiune privind reducerea la zero a poluării apei, aerului și solului.

Profilurile sunt rezultatul activității desfășurate de OCDE în cooperare cu Comisia Europeană. Echipa este recunoscătoare pentru observațiile și sugestiile valoroase furnizate de experții naționali, Comitetul pentru sănătate al OCDE și de Grupul tematic de lucru al UE pentru Registrul privind inegalitățile în domeniul cancerului.

Fiecare profil de țară oferă o sinteză a:

- poverii cancerului la nivel național
- factorilor de risc de cancer, cu accent pe factorii de risc comportamentali și de mediu
- programelor de depistare precoce
- performanței în îngrijirea bolnavilor de cancer, cu accent pe accesibilitate, calitatea îngrijirii, costuri și calitatea vieții

Vă rugăm să citați această publicație după cum urmează:

OECD/European Commission (2025), Profil de țară privind cancerul: România 2025, Profiluri de țară privind cancerul pentru statele membre ale UE, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a90c2c0d-ro>.

Publicat inițial în limba engleză sub titlul: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Romania 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8474a271-en>.

În cazul oricărei discrepante, doar textul versiunii în limba engleză trebuie considerat valid.

© OECD/European Union 2025 pentru această ediție românească.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

**Attribution** – you must cite the work.

**Translations** – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

**Adaptations** – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

**Third-party material** – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.

