

ANALIZA MORBIDITĂȚII SPITALIZATE A CAZUISTICII CU CANCER COLORECTAL ȘI ESTIMAREA IMPLICAȚIILOR FINANCIARE ALE ACESTEIA LA NIVEL NAȚIONAL, ÎN PERIOADA 2016-2018

Constanța MIHĂESCU-PINȚIA, CS II¹,
dr. Simona MUȘAT¹,
dr. Mirela IONESCU²

¹ Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București
² Spitalul Clinic de Urgență Elias București, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București

INTRODUCERE, CONTEXT

Cancerul colorectal (CCR) reprezintă astăzi o provocare majoră pentru populații și sisteme de sănătate, atât din state cu dezvoltare umană înaltă, cât și din țări cu economie în tranziție. La nivel mondial, CCR a ajuns a treia cea mai frecventă formă de cancer prin numărul cazurilor noi depistate, după cel pulmonar și de sân, ocupând, însă, locul al doilea în rândul deceselor cauzate de cancer [11].

Apariția bolii, agravarea și decesul prin cancerul colorectal sunt asociate, în principal, cu prevalența unor factori de risc comportamentali potențial influențabili, cum sunt fumatul, consumul de alcool, sedentarismul și obezitatea, dieta și, mai ales, consumul de carne roșie [1], precum și cu factori genetici, într-o mai mică măsură. Variațiile mari ale incidenței, prevalenței și mortalității prin CCR, atât la nivel mondial, dar și european, sunt legate însă și de accesul diferit la screening și la tratament, existând diferențe notabile, în acest sens, chiar la nivelul țărilor Uniunii Europene [2]. Numeroase studii au demonstrat că screeningul CCR se asociază cu reducerea mortalității prin CCR la populațiile în care acesta se aplică, atât la scară populațională, dar și de manieră oportunistă [3-7].

În anul 2012, cancerul colorectal a fost pe locul întâi ca incidență în Europa, cu 471.000 cazuri noi înregistrate și o mortalitate generală de 28,2/100.000 locuitori (8), iar la nivel global rapoartele arată că CCR a însumat circa 10% din toate localizările, iar mortalitatea globală prin CCR a însumat 9% din totalul deceselor prin cancer.

La nivel mondial, cancerul colorectal este a treia cea mai frecventă formă de cancer. În România nu există încă un program național de screening pentru cancerul colorectal, deși se estimează că incidența și mortalitatea prin CCR la noi sunt printre cele mai mari din Europa.

Dată fiind importanța și gravitatea acestei probleme de sănătate, considerăm că ar fi necesare o serie de măsuri: înființarea Registrului Național de CCR; revizuirea și actualizarea periodică a ghidurilor clinice referitoare la cancerul de colon, cancerul de rect și cancerul colorectal adoptate în țara noastră prin ordine de ministru, ținând seama de recomandările bazate pe dovezi științifice ale experților la nivel european și internațional; introducerea, implementarea și finanțarea unui program național de screening și supraveghere a cancerului colorectal, dat fiind că această recomandare a fost făcută României încă din anul 2010; asigurarea accesului populației țintă la screeningul de specialitate, efectuat la timp; implicarea medicilor de familie în depistarea precoce și supravegherea cazurilor diagnosticate cu CCR; studierea principalilor determinanți ai CCR la nivelul populației din țara noastră; realizarea unor campanii IEC (de informare - educare - comunicare) privind CCR, care să determine sensibilizarea și conștientizarea populației generale cu privire la frecvența ridicată și în creștere a acestei boli grave, principalii factori de risc asociați și, mai ales, măsurile preventive dovedite drept eficiente.

Cuvinte cheie: cancer colorectal, morbiditate spitalizata, impact financiar, Romania

Ultimul raport GLOBOCAN, publicat recent, estimează la nivel global circa 1,84 milioane de cazuri noi de CCR în anul 2018, reprezentând 10,2% din toate localizările, dar incidența a crescut cu 29,5% față de datele înregistrate în urmă cu șase ani, iar mortalitatea a ajuns la 881.000 de morți (9,2%), cu 27% mai mult față de valoarea înregistrată în 2012. Dacă cele mai înalte rate ale incidenței CCR au fost raportate în regiunea Australia - Noua Zeelandă (36,7/100.000), urmată de nordul Europei (32,1/100.000), la polul opus se află Asia Central - Sudaică (4,9/100.000) și Africa de Vest (6,4/100.000). În Europa, numărul de cazuri noi înregistrate în anul 2018 a fost de cca 500.000, cu 245.000 decese prin CCR, în această zonă. Ungaria se afla pe primul loc la nivel mondial ca incidență și mortalitate, atât în anul 2012, cât și în 2018. Pentru regiunea Europa de Est în general, incidența atinge valoarea de 20,3/100.000 locuitori pentru bărbați, respectiv 13,8/100.000 la femei, însă autorii precizează că lipsesc date și statistici din unele țări est europene, cum este și România [9-11].

În România, nu există încă un program național de screening pentru cancerul colorectal, deși se estimează că incidența și mortalitatea prin CCR la noi sunt printre cele mai mari din Europa, iar Raportul Comisiei Europene 584/2014 de punere în aplicare a comunicării privind lupta împotriva cancerului - parteneriat european și Recomandarea CE/878/2003 privind screeningul

în vederea depistării cancerului, prevăd obligativitatea acestuia la nivelul UE [12]. Cele mai recente date publicate în acest sens datează din anul 2008 [2], într-un raport trimis către Uniunea Europeană care, cu acea ocazie, a formulat recomandarea fermă de a se implementa screeningul CCR în țările membre. Datele comunicate la momentul respectiv indicau o incidență și mortalitate comparabile cu cele ale populației din țara vecină - Ungaria (care se situa și se situează încă pe locul întâi în lume).

Până în prezent, nu există un Registru Național de Cancer Colorectal, pentru a putea raporta date complete și la zi, astfel încât, România reprezintă încă o necunoscută pentru statisticile internaționale.

Din punct de vedere al abordării clinice a acestui tip de cancer la nivel național, prin prisma comisiilor de specialitate au fost adoptate următoarele ghiduri:

- Ordinul MS nr. 1059/2009, Anexa 11: Ghid de tratament al carcinoamelor colorectale;
- Ordinul MS nr. 1216/2010 **privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea gastroenterologie**, Anexa nr. 2: Cancerul colorectal;
- Ordinul MS nr. 1221/2010 privind aprobarea ghidului de practică medicală pentru specialitatea oncologie medicală, secțiunile Cancerul de colon, Cancerul rectal, Cancerul colorectal avansat.

Scopul acestui articol a fost de a identifica toate episoadele de spitalizare ale cazurilor diagnosticate cu CCR la nivel național în perioada 2016-2018, caracteristicile acestora, incidența estimată la morbiditatea spitalizată, precum și de a estima sumele rambursate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru aceste spitalizări continue, pe baza datelor raportate de spitale în sistem DRG către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar, în condițiile lipsei unor date recente privind povara acestei boli în România.

Sursa datelor și metodologie

Întrucât la nivel național nu există o situație clară a numărului de bolnavi de cancer colorectal, printr-un registru de profil, s-a efectuat o interogare a bazei naționale de date DRG, de către experții SNSPMPDSB, pentru a identifica toate episoadele de spitalizare continuă ale pacienților diagnosticați cu acest tip de cancer, în ultimii trei ani. Setul de date la nivel de pacient extrase pentru analiză a inclus următoarele: diagnosticul principal la externare, diagnostic/e secundar/e, proceduri efectuate, număr de zile de spitalizare, cod/denumire DRG, sex, vârstă, județul de domiciliu al pacientului, județul spitalului, starea la externare, cod pacient (criptat). Diagnosticile selectate conform Clasificării Internaționale a Maladiilor ed. a 10-a (ICD-10): C18.2 (tumoră malignă colonului ascendent), C18.3 (tumoră malignă unghiul hepatic al colonului), C18.4 (tumoră malignă colonul transvers), C18.5 (tumoră malignă unghiul splenic al colonului), C18.7 (tumoră malignă colonul sigmoid), C18.8 (tumoră malignă leziune depășind colonul), C18.9 (tumoră malignă colon fără precizare), C19 (tumoră malignă a joncțiunii recto-sigmoidiene), C20 (tumoră malignă a rectului).

Ulterior, pentru fiecare DRG s-a asociat și valoarea relativă din normele Contractului-cadru pentru a

putea estima indicele de complexitate aferent a cazurilor identificate și, implicit, valoarea decontată de casa de asigurări sociale de sănătate luând în considerare tariful mediu național pe caz ponderat (1475 lei).

În conformitate cu prevederile Ordinului nr. 1782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, toate spitalele trimit către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) setul minim de date la nivel de pacient, respectând cerințele legale referitoare la protecția datelor cu caracter personal. Astfel, numele pacienților și ale medicilor curanți sunt șterse automat, iar CNP-urile și codurile de parafa sunt criptate. Mecanismul de criptare, același utilizat și în PIAS (Platforma Informatică a Asigurărilor de Sănătate), alocă fiecărui cod numeric personal (CNP) un Cod de IDentificare (CID) unic, de tip alfa-numeric. Prin convenție, pentru pacienții la care nu este disponibil CNP în momentul furnizării serviciilor de sănătate, raportarea electronică se face completând în câmpul respectiv 13 cifre de "0". Ca atare, toți pacienții aflați în această situație vor avea același CID, aceasta reprezentând o limită a prezentului studiu, în momentul în care se calculează indicatori referitori la numărul de persoane.

Deoarece pentru prezentul articol au fost extrase din baza națională de date de la nivelul SNSPMPDSB, informații la nivel de episod de spitalizare, s-a realizat o anonimizare suplimentară, dublă: fiecărui identificator de caz i s-a alocat un corespondent unic, de forma numerică, fiecărui CID i s-a alocat un corespondent unic, de forma alfa-numerică.

Au fost incluși în analiză toți pacienții cu CCR ca diagnostic principal sau secundar, externăți în perioada 2016-2018 din spital la nivel național. Datele au fost extrase și procesate într-o bază de date Access. Pentru analiza statistică a fost utilizată platforma *R Program - versiunea 3.5.3/ Platform x86_64-pc-linux-gnu*.

Prezentul studiu se referă exclusiv la cazuistica internată în spital în regim de spitalizare continuă având diagnosticul de cancer colorectal în principal sau în secundar, la nivel național, în perioada menționată (2016-2018), fără a ști când au fost diagnosticați și ce alte servicii și resurse de sănătate au mai utilizat de la diagnosticare, nici cazuistica nedepistată în spital. Rambursările estimate pentru această cazuistică spitalizată nu includ sumele acordate spitalelor pentru mărirea salariilor personalului medical acordate din 2018 și nici nu reprezintă costurile înregistrate de spitale cu acești pacienți.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

În perioada 01.01.2016-31.12.2018 la nivel național au fost externăți 50.890 de pacienți diagnosticați cu cancer colorectal, care au totalizat 143.266 episoade de spitalizare (în medie 2,81 spitalizări de persoană) și un număr total de 968.624 de zile de spitalizare, rezultând o durată medie generală de spitalizare de 6,76 de zile (13). Iar numărul pacienților cu CCR și al spitalizărilor acestora este în creștere la nivel național.

Situația anuală sintetică a cazuisticii spitalizate cu CCR pe ultimii trei ani este prezentată în tabelul 1. →

Tabelul 1. Situația spitalizărilor pacienților cu CCR la nivel național, perioada 2016-2018

| Anul | Nr. pacienți | Nr. spitalizări | Pondere în total național spitalizări | Nr. zile de spitalizare | DMS (zile) |
|------|--------------|-----------------|---------------------------------------|-------------------------|------------|
| 2016 | 21.389 | 44.957 | 1,10% | 316.723 | 7,05 |
| 2017 | 22.212 | 47.986 | 1,17% | 322.707 | 6,73 |
| 2018 | 22.807 | 50.323 | 1,36% | 329.194 | 6,54 |

Sursa date: SNSPMPDSB, baza națională de date DRG (13)

În privința distribuției după județul de proveniență a pacientului, cele mai multe spitalizări aparțin bolnavilor cu CCR din Mun. București (4611 în medie pe an), județul Prahova (1980) și județul Cluj (1847), iar cele mai puține revin bolnavilor din județele Bistrița-Năsăud (497), Giurgiu (503) și Covasna (512).

Din punctul de vedere al stării la externare în perioada studiată – tabelul 2, se observă că 3,7%-4% din cazurile spitalizate suferind de cancer colorectal decedază în spital, 0,6-0,7% se agravează, aprox. 36% dintre pacienți pleacă staționar, cea mai mare parte (44-45%) se ameliorează și 14-15% se externează „vindecați” în raport cu diagnosticul principal la externare – respectiv cauza principală a episodului de spitalizare respectiv, nu cu CCR.

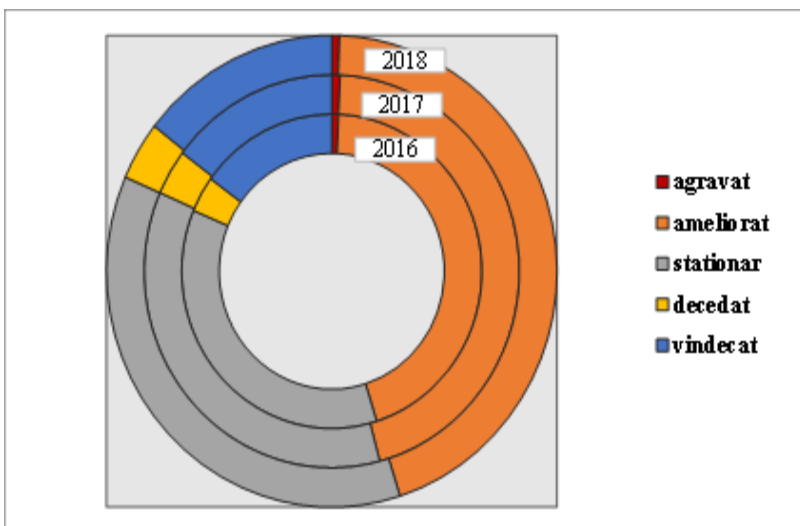
Tabelul 2. Distribuția după starea la externare a cazuisticii spitalizate diagnosticată cu cancer colorectal, la nivel național, 2016-2018

| Anul | Nr. externări vindecat* | Nr. externări ameliorat | Nr. externări staționar | Nr. externări agravat | Nr. externări decedat | Nr. total spitalizări |
|------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2016 | 6734 | 19974 | 16255 | 329 | 1665 | 44.957 |
| 2017 | 7045 | 21674 | 17119 | 342 | 1806 | 47.986 |
| 2018 | 7269 | 22416 | 18337 | 279 | 2022 | 50.323 |

Sursa date: SNSPMPDSB, baza națională de date DRG (13)

* Starea “vindecat” este stabilită în raport cu diagnosticul principal, nu cu CCR

Figura 1. Distribuția după starea la externare a pacienților având (și) diagnosticul de cancer colorectal, la nivel național, 2016-2018



Este demonstrat faptul ca CCR este mai frecvent la bărbați. Și pentru cohorta noastră s-a înregistrat o predominanță masculină, raportul fiind de 1,32/1 în favoarea sexului masculin. Vârsta medie a lotului a fost de 68,23 ani la bărbați și respectiv 68,83 ani la femei. Deși în statisticile generale si, mai ales acolo unde există screening, vârsta pacienților cu CCR tinde să scadă, pentru populația noastră de studiu doar 6,24% au avut sub 50 de ani. Vârsta medie a pacienților cu CCR spitalizați a fost de 67,96 ani în anul 2016, crescând la 69,89 ani în 2017 și, respectiv scăzând la 68,97 de ani în anul 2018.

Având în vedere rapoartele demografice, am calculat o prevalență a morbidității spitalizate prin CCR de 108,24/100.000 locuitori în anul 2016, de 113,09/100.000 în anul 2017 și, respectiv, de 116,83/100.000 locuitori în 2018. Deoarece studiul nostru a început cu datele din anul 2016, nu putem afla numărul de cazuri noi din acel an, dar s-a calculat incidența cazurilor noi spitalizate de CCR din anul 2017 la 55,05/100.000 și din 2018 la 72,15/100.000 locuitori. Se observă că valoarea calculată pe baza morbidității spitalizate la nivel național în 2018 depășește estimarea GLOBOCAN a incidenței CCR pentru țara noastră, de 49,18/100.000, raport care oricum situa CCR pe locul al doilea atât la incidență cât și la mortalitatea prin cancer, după cel pulmonar.

Deși clasificarea clinică a cazuisticii studiate în sistemul DRG depășește anual 380 de grupe de diagnostice, cele mai frecvente grupe sunt prezentate în tabelul următor și reprezintă aprox. 79% din totalul acestor spitalizări. Dintre acestea se disting îndeosebi primele trei grupe DRG, care cumulează aprox.55% din cazuri, respectiv: Starea malignă digestivă cu și complicații catastrofale sau severe și Proceduri majore pe intestinul subțire și gros cu CC catastrofale (Tabelul 3) (Figura 2).

Din punctul de vedere al localizării, respectiv C18 Tumoră malignă a colonului, C19 Tumoră malignă a jonțiunii recto-sigmoidiene și C20 Tumoră malignă a rectului ca diagnostice principale, analiza datelor DRG privind această cazuistică spitalizată a indicat următoarea situație: (Tabelul 4)

Distribuția cazuisticii studiate pe sexe a indicat predominanță masculină și la nivelul celor trei localizări, astfel: 56,44% din pacienții spitalizați pentru C19, 57,07% dintre pacienții spitalizați pentru C18 și 58,16% în cazul pacienților cu C20, sunt bărbați. Iar vârsta medie a acestor pacienți spitalizați în perioada studiată a variat între 67,9 ani pentru C20, 67,95 ani pentru C18 și respectiv 70,99 în cazul C19.

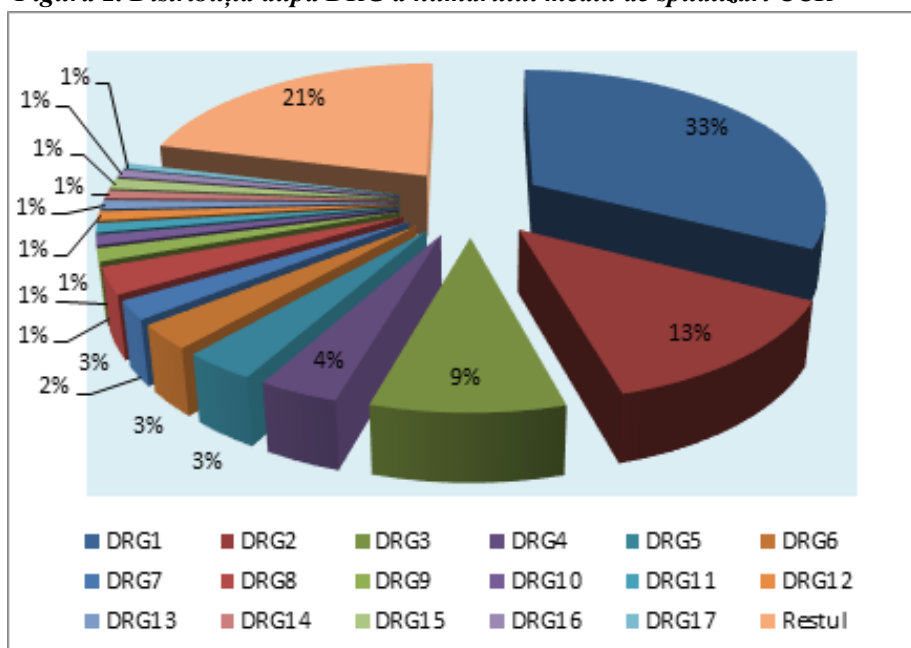
În ceea ce privește efectul financiar al episoadelor de spitalizare continuă înregistrate de pacienții diagnosticați cu cancer colorectal la nivel național în perioada studiată, în primul rând s-a calculat indicele anual de complexitate (ICM) corespondent acestor cazuri, pe baza valorii relative a fiecărui grup de diagnostice (DRG) în care s-au clasificat cazurile identificate după diagnosticul de cancer colorectal, conform normelor de aplicare a Contractului cadru. Ținând cont de

Tabelul 3. Cele mai frecvente grupe de diagnostice (DRG) în care s-a clasificat cazuistica studiată

| Nr | Denumire DRG | Tip DRG | Valoare relativă | Nr. cazuri 2016 | Nr. cazuri 2017 | Nr. cazuri 2018 |
|----|---|---------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1 | Stare malignă digestivă cu CC cat/severe | M | 0,9766 | 13557 | 15341 | 17754 |
| 2 | Stare malignă digestivă fără CC cat/severe | M | 0,5041 | 6903 | 6486 | 5413 |
| 3 | Proceduri majore pe intestinul subțire și gros cu CC catastrofale | C | 4,4356 | 4031 | 4280 | 4341 |
| 4 | Proceduri majore pe intestinul subțire și gros fără CC catastrofale | C | 2,1359 | 1779 | 1776 | 1698 |
| 5 | Rezecție rectală cu CC catastrofale | C | 4,6940 | 1501 | 1603 | 1680 |
| 6 | Alte colonoscopii cu CC catastrofale/severe | A | 1,5437 | 1340 | 1367 | 1350 |
| 7 | Rezecție rectală fără CC catastrofale | C | 2,6841 | 1063 | 1066 | 942 |
| 8 | Alte tulburări neoplazice cu CC | M | 1,1656 | 1050 | 1488 | 1831 |
| 9 | Alte colonoscopii fără CC catastrofale/severe | A | 0,6364 | 753 | 683 | 662 |
| 10 | Stare malignă a sist. hepatobiliar și pancreasului (vârsta >69 fără CC cat/severe) sau fără CC cat. | M | 0,6301 | 543 | 600 | 461 |
| 11 | Perturbare nutrițională severă | M | 2,3060 | 496 | 542 | 470 |
| 12 | Tulburări ale ficatului, cu excepția stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/severe | M | 1,4996 | 471 | 542 | 544 |
| 13 | Aderențe peritoneale vârsta >49 cu CC | C | 2,8920 | 428 | 473 | 530 |
| 14 | Ocluzie intestinală cu CC | M | 0,9703 | 406 | 449 | 451 |
| 15 | Stare malignă a sist. hepatobiliar și pancreasului (vârsta >69 cu CC cat/severe) sau cu CC cat. | M | 1,3987 | 397 | 586 | 723 |
| 16 | Gastroscopie complexă cu CC catastrofale/severe | A | 1,8335 | 386 | 437 | 404 |
| 17 | Proceduri minore pe intestinul subțire și gros cu CC | C | 1,9532 | 281 | 314 | 345 |

Sursa date: SNSPMPDSB, baza națională de date DRG (13)

Figura 2. Distribuția după DRG a numărului mediu de spitalizări CCR



mecanismul de finanțare bazată pe tipul de caz ponderat a spitalelor pentru pacienții de tip acut, respectiv sistemul DRG la tariful mediu național pe caz ponderat, în valoare de 1475 lei valabil pentru perioada analizată [14], au rezultat sumele prezentate în tabelul 5.

Tabelul 4. Distribuția numărului bolnavilor și al spitalizărilor acestora după localizarea CCR (C18, C19, C20), ca diagnostic principal, 2016-2018

| Denumire indicator | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------------|-------|------|-------|
| C18 număr pacienți | 8421 | 4299 | 5955 |
| C18 număr spitalizări | 16700 | 6380 | 10537 |
| C19 număr pacienți | 1792 | 4190 | 1189 |
| C19 număr spitalizări | 838 | 1305 | 2352 |
| C20 număr pacienți | 4767 | 1932 | 3480 |
| C20 număr spitalizări | 11816 | 2879 | 6513 |

Sursa date: SNSPMPDSB, baza națională de date DRG (13)

Atât numărul pacienților diagnosticați cu CCR spitalizați, cât și numărul episoadelor lor de spitalizare și complexitatea acestora au crescut în ultimii trei ani, ceea ce se reflectă și asupra sumelor decontate. Valoarea ICM corespondent cazuisticii spitalizate cu CCR depășește media națională (de exemplu, în 2018 a fost de 1,7044 față de valoarea medie națională realizată de 1,3852).

Se observă valorile mici ale sumei medii per episod de spitalizare estimate pentru rambursarea acestei cazuistici conform mecanismului de finanțare în vigoare, în fiecare dintre cei trei ani de studiu. Trebuie menționat faptul că, în lucrarea de față au fost estimate sumele rambursate spitalelor de către casele de asigurări sociale de sănătate pentru aceste cazuri, în timp ce cheltuielile înregistrate efectiv de spitale cu aceste spitalizări nu ne sunt cunoscute, fiind de așteptat ca acestea să depășească sumele primite conform mecanismului actual de finanțare DRG în vigoare, în condițiile în care TCP ale spitalelor nu s-au modificat de mai mulți ani deși o serie de costuri au crescut. Pe de altă parte, spitalele care tratează și operează cazuistica studiată au, de regulă, tarife pe caz ponderat superioare mediei naționale, un alt motiv pentru care este foarte probabil ca sumele decontate spitalelor pentru această cazuistică să fie mai mari. La momentul actual, 156 de spitale orășenești, municipale și clinice sunt finanțate la valoarea TCP național de 147 lei pentru cazuistica de tip acut spitalizată, raportată și validată. În același timp,

creșterile salariale semnificative acordate personalului medical din spitale în anul 2018 se plătesc separat de sumele decontate pentru serviciile medicale acordate de spitale, deși ar trebui să se reflecte în tarife întrucât reprezintă un cost

Tabelul 5. Estimarea sumelor rambursate pentru serviciile acordate în regim de spitalizare continuă pacienților cu cancer colorectal la nivel național, 2016-2018

| Anul | Nr. spitale zări | ICM calculat | Suma estimată - lei | Suma estimată - Euro** | Suma medie pe pacient - lei | Suma medie pe episod sp. - lei |
|------|------------------|--------------|---------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 2016 | 44.957 | 1,6850 | 111.735.003,9 | 24.880.868,4 | 5224,0 | 2485,4 |
| 2017 | 47.986 | 1,7008 | 120.381.518,5 | 26.352.645,2 | 5419,7 | 2508,7 |
| 2018 | 50.323 | 1,7044 | 126.511.518,8 | 27.186.315,4 | 5547,1 | 2514,0 |

Sursa date: SNSPMPDSB, baza națională de date DRG (13); Norme CoCa (14)

** Sumele au fost calculate la cursul de schimb mediu anual publicat de BNR

direct foarte important al oricărui spital. Pe lângă aceste aspecte, ar mai trebui să se țină cont și de contribuția autorităților publice locale la finanțarea spitalelor care se află în administrarea lor, îndeosebi prin investiții și plata unor utilități.

Pentru a completa estimarea financiară a sumelor decontate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru acest tip de pacienți, la aceste sume ar trebui să se adauge și valorile rambursate spitalelor pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi.

CONCLUZII

Cancerul constituie o preocupare majoră și o prioritate pentru politicile de sănătate publică la nivelul Uniunii Europene, datorită frecvenței, poverii generale și impactului acestei boli asupra populației. Deși în România nu există date recente privind prevalența și povara acestei boli, estimările experților WHO indică niveluri ridicate ale incidenței și ale mortalității prin cancer colorectal, respectiv locul al doilea ca număr de cazuri noi și ca decese înregistrate prin cancer. Din analiza datelor DRG de morbiditate spitalizată la nivel național, a rezultat o incidență de 72,15/100.000 locuitori a CCR în anul 2018, semnificativ mai ridicată decât estimarea de 49,18/100.000 din raportul Globocan pentru același an. Cele mai frecvente tipuri de cazuri spitalizate cu CCR după grupa de diagnostice (DRG) la nivel național, însumând aproape 60% din episoade, sunt: Starea malignă digestivă cu și fără complicații catastrofale/severe, respectiv Proceduri majore pe intestinul subțire și gros cu și fără complicații catastrofale.

Dată fiind importanța și gravitatea acestei probleme de sănătate, considerăm că ar fi necesare o serie de măsuri: înființarea Registrului Național de CCR; revizuirea și actualizarea periodică a ghidurilor clinice referitoare la cancerul de colon, cancerul de rect și cancerul colorectal adoptate în țara noastră prin ordine de ministru, ținând seama de recomandările bazate pe dovezi științifice ale experților la nivel european și internațional; introducerea, implementarea și finanțarea unui program național de screening și supraveghere a cancerului colorectal, dat fiind că această recomandare a fost făcută României încă din anul 2010; asigurarea accesului populației țintă la screeningul de specialitate, efectuat la timp; implicarea medicilor de familie în depistarea precoce și supravegherea cazurilor diagnosticate cu CCR; studierea principalilor determinanți ai CCR la nivelul populației din țara noastră;

realizarea unor campanii IEC (de informare - educare - comunicare) privind CCR, care să determine sensibilizarea și conștientizarea populației generale cu privire la frecvența ridicată și în creștere a acestei boli grave, principalii factori de risc asociați și, mai ales, măsurile preventive dovedite drept eficiente.

Bibliografie

- Johnson CM, Wei C. *Meta analyses of colorectal cancer risk factors*. Cancer Causes Control 24: 1207-1222, 2013
- Segnan N, Von Karsa L. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis* - First edition, Publications Office of the European Union, 2010
- Hewitson P, Glasziou P, Watson E. *Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): An update*. Am. J. Gastroenterol. 103: 1541-1549, 2008
- Scholefield J.H, Moss S.M, Mangham C.M. *Nottingham trial of faecal occult blood testing for colorectal cancer: A 20-year follow-up*. Gut 61: 1036-1040, 2012
- Shaukat A, Mongin S.J, Geisser, M.S. *Long-term mortality after screening for colorectal cancer*. N. Engl. J. Med. 369: 1106-1114, 2013
- Benard F, Barkun A.N, Martel M. *Systematic review of colorectal cancer screening guidelines for average-risk adults: Summarizing the current global recommendations*. World J. Gastroenterol. 24: 124-138, 2018
- Schreuders E.H, Ruco A, Rabeneck L. *Colorectal cancer screening: A global overview of existing programmes*. Gut 64: 1637-1649, 2015
- Ferlay J, Ervik M, et al. *GLOBOCAN 2012, vol.2 Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base 11*, International Agency for Research on Cancer, 2015
- Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I. *Global and Regional Estimates of the Incidence and Mortality for 38 Cancers: GLOBOCAN 2018*. Lyon: International Agency for Research on Cancer/World Health Organization, 2018
- Altobelli E, Rapacchieta L. *Differences in colorectal cancer surveillance epidemiology and screening in the WHO European Region*. Oncology Letters 17: 2531-2542, 2019
- Ferlay J, Colombet M. *Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018*. Eur J Cancer. 103:356-387, 2018
- Comisia Europeană, *Raportul 584/2014 al Comisiei către Parlamentul European, Consiliul, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor, Punerea în aplicare a comunicării privind lupta împotriva cancerului: un parteneriat european* □ al celui de-al doilea raport de punere în aplicare a Recomandării Consiliului 2003/878/CE privind Screeningul în vederea depistării cancerului, Bruxelles, 23.9.2014, disponibil la <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0584&from=EN>
- SNSPMPDSB, Centrul de Cercetare și Evaluare a Serviciilor de Sănătate. *Raport al interogării bazei naționale de date DRG privind spitalizările continue ale pacienților diagnosticați cu cancer colorectal, la nivel național, în perioada 2016-2018*
- ***Ordinul MS-CNAS nr.397-836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a HG nr.140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate pentru anii 2018-2019, Anexa 23 A, Anexa 23 B II.