

Propuneri de modificare ale AmCham România

privind implementarea Planului Național de Combatare a Cancerului

21 februarie 2022

Localizare în text	Articolul existent în Planul Național de Combatare a Cancerului	Articolul modificat corespunzător celui existent în Planul Național de Combatare a Cancerului	Motivația pentru modificările sau completările aduse
Obiectiv general nr 1. INTRODUCE REA TERAPIILOR INOVATIVE	Crearea unui fond de inovație în sănătate. Acest fond este veriga lipsă a sistemului de compensare din România.	Crearea unui fond de inovație în Sănătate și creșterea capacității Departamentului de evaluare a tehnologiilor medicale ANMDMR pentru scurtarea duratei procesului de rambursare.	Este necesară o abordare integrată pentru accesul la inovație a pacienților. Conform EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2020 Survey, România se afla pe primul loc în clasamentul țărilor cu cele mai mari întârzieri ale procesului de evaluare în vederea rambursării (883 zile) . Pentru un acces mai rapid, este nevoie atât de fondul de inovație cât și de măsuri care să reducă întârzierile și să fluidizeze procesul de acces al medicamentelor inovatoare în fond.
	b. Realizarea unui mecanism de decontare din Fondul de Inovație cu propunere ca acest lucru să se facă la un preț cu discount (de exemplu-50% față de prețul de producător din CANAMED).	b. Realizarea unui mecanism de decontare din Fondul de Inovație cu propunere ca acest lucru să se facă la un preț cu discount (de exemplu-50% față de prețul de producător din CANAMED) (în baza unor criterii și norme). Registrele electronice de tratament și monitorizare reprezintă o componentă esențială pentru buna desfășurare a fondului de inovație.	Propunem considerarea denumirii "fondul de acces accelerat la tratamente inovative" și eliminarea din proiect a procentului de discount, acesta urmând a fi stabilit în funcție de tipul de patologie oncologică (rară sau cu incidență crescută), de tipul de medicament, testările și investigațiile necesare, tipul de contractare și negociere cu producătorul, etc.
	e. Adoptarea de noi	e. Adoptarea de noi terapii țintă și dezvoltarea	Imagistica și genetica sunt componente cheie, care alături de partea software,

terapii țintă și dezvoltarea de noi tehnologii pentru screening, diagnostic, tratament combinate cu AI.	de noi tehnologii pentru screening, diagnostic, tratament combinate cu AI, imagistica de performanță și genetică	vor contribui masiv în următorii ani la inovarea în medicină.
f. Creșterea capacității administrative pentru implementarea și funcționalizarea Fondului de Inovație.	f. Creșterea capacității administrative pentru implementarea și funcționalizarea Fondului de Inovație și pentru scurtarea duratei procesului de rambursare.	A se vedea explicația de la punctul 1.
g. facilitarea accesului pacienților la tratamente de radioterapie inovative, personalizate și adaptate în timp real.	g. Facilitarea accesului pacienților la tratamente de radioterapie inovative, personalizate și adaptate în timp real (terapii de tip Linac/RM Linac sau radioterapia adaptativă bazată pe AI) și SRS (Stereotactic Radiosurgery) & SBRT (Stereotactic Body Radiotherapy) atât prin alocarea de fonduri pentru achiziția de echipamente ce pot oferi acest tipuri de tratament cât și prin revizuirea schemelor de decontare a serviciilor de radioterapie și includerea spre decontare a acestor tehnici.	Accesul tuturor pacienților la tratamente de radioterapie inovative necesită inclusiv un program de rambursare adecvat care să aibă în vedere decontarea pe tip de tratament și nu pe fracție (așa cum se procedează momentan), încurajând în acest fel avansul tehnologic. Totodată, includerea în parcursul terapeutic al pacientului oncologic al tratamentelor de radioterapie inovative permite, de asemenea, scurtarea timpilor de tratament, cu rezultate superioare tehnicilor aplicate în prezent, ceea ce va asigura o îmbunătățire a ratei de supraviețuire a pacienților cu cancer. În plus, o rată mai mare de supraviețuire înseamnă și reîntoarcerea pacientului la o viață relativ normală și reluarea activității profesionale, ceea ce va reduce cheltuielile suportate de sistemul de asigurări de sănătate, comparativ cu tehnicile de tratament actuale (spre exemplu: tratamentul cancerului de prostată cu tehnici inovative cu 1 până la 5 ședințe – maxim 1 săptămână de tratament, comparativ cu efectuarea până la 40 de ședințe, cu tehnicile utilizate în prezent – maxim 8 săptămâni). ¹
	Introducerea unui articol nou: Permiterea livrării la domiciliu, sub supervizarea unui furnizor de medicamente sau de servicii medicale, a medicamentelor	Aceste recomandări vin să susțină asigurarea accesului și a continuității la tratament a pacienților, în contextul măsurilor impuse de pandemia Covid-19.

¹ Referința: Studiu "Povara cancerului în România și impactul său asupra economiei" prezentat de Clara Volintiru, conferențiar universitar doctor, ASE București:

<https://cursdeguvernare.ro/cancerul-din-pib-3-doar-din-cohorta-de-pacienti-a-unui-singur-an-cifrele-socante-ale-oncologiei-in-romania.html>

		prescrise pentru asigurații cu boli oncologice nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară.	
<p>Obiectiv general 2.</p> <p>SERVICIILE DE PSIHO-ONCOLOGIE ȘI ONCONUTRIȚIE</p>	<p>Măsuri</p> <p>Indicatori</p> <ul style="list-style-type: none"> Numărul de pacienți oncologici sprijiniți atât în plan psihologic, cât și Onconutritiv. Numărul de contracte efectuate cu parteneri externi. 	<p>Acordarea consilierii psihologice adecvate, atât pentru pacienții cu cancer, cât și pentru aparținători. Stimularea dezvoltării de competențe și cariere în domeniul îngrijirii cancerului – navigator de pacienți, asistente specializate în oncologie, psiho-oncologi, onco-nutriționiști, manageri de caz, etc.</p> <p>Indicatori</p> <ul style="list-style-type: none"> Numărul de pacienți oncologici sprijiniți atât în plan psihologic, cât și Onconutritiv. Numărul de pacienți cu o creștere a calității vieții măsurată prin metode standardizate pornind de la ghidurile WHO și ESMO de evaluare a calității vieții. 	<p>Așa cum prevăd recomandările planului european de cancer și cum există și în planurile de cancer ale altor țări europene, un plan național de cancer trebuie structurat pe o abordare integrată a nevoilor pacientului de cancer-fizice, psihologice și sociale – ale supraviețuitorului de cancer, dar și ale celor apropiați (aparținătorilor). Numărul de contracte efectuate cu parteneri externi nu indică eficacitatea acțiunilor implementate. În schimb, numărul de pacienți cu o scădere a poverii bolii și o creștere a calității vieții poate fi cuantificat.</p> <p>The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)² este un manual ce descrie un set de instrumente de evaluare a calității vieții realizat de Grupul WHOQOL cu cincisprezece centre internaționale, simultan, în încercarea de a dezvolta o metoda de evaluare a calității vieții care să fie aplicabilă la nivel intercultural.</p>
<p>Obiectiv general 2.</p> <p>SERVICIILE DE PSIHO-ONCOLOGIE ȘI ONCONUTRIȚIE</p>	<p>Responsabili:</p> <p>Ministerul Sănătății</p>	<p>Responsabili:</p> <p>Ministerul Sănătății Colegiul Psihologilor din România Asociația Universităților de Medicină și Farmacie din România Colegiul Dieteticienilor din România</p>	<p>Măsurile enumerate presupun responsabilitate și acțiuni integrate din partea mai multor instituții cu expertiză.</p>
<p>Obiectiv general 3:</p> <p>REALIZAREA</p>	<p>d. Crearea unor Cancer Test Kits – autotestare pacienți.</p>	<p>d. Crearea unor Cancer Test Kits – autotestare pacienți cu implicarea medicilor de familie și a specialiștilor din ambulator, folosind tehnologii de testare autorizate</p>	<p>Realizarea acestor teste ar trebui să fie făcută sub stricta supraveghere medicală pentru a evita rezultate fals negative, utilizând doar furnizori certificați.</p>

² <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>

<p>UNEI STRATEGII NAȚIONALE DE PROMOVAREA A CONCEPTELOR DE PREVENȚIA NCDS</p>			
<p>Obiectiv general 4: REALIZAREA UNEI REȚELE INTERCONECTATE LA NIVEL NAȚIONAL ȘI SISTEMELE DE CONECTARE ÎN REȚEALE UE</p>	<p>B. Crearea unei rețele de comunicare funcțională între centrele de îngrijire</p>	<p>B. Crearea unei rețele de comunicare funcțională între centrele de îngrijire care să includă toate etapele prevăzute în Planul European de cancer: prevenție, screening, diagnostic, tratament și îngrijiri post-tratament.</p>	<p>Scopul Planului European de Cancer este reducerea îmbolnăvirilor precum și bunul management al celor care au devenit pacienți. Planul propune statelor membre să organizeze aceste centre care vor trebui să includă toate componentele: prevenție, screening, diagnostic, tratament, îngrijiri post-tratament. Organizarea colectării de date și comunicarea cu alte state membre pe toate componente de pe parcursul îngrijirii pacientului ar fi în concordanță cu Roadmap-ul Planului de Cancer și cu recomandările Misiunii pentru Cancer și ale BECA.³</p>
<p>6. REALIZAREA UNUI REGISTRU NAȚIONAL DE CANCER FUNCȚIONAL</p>	<p>2. Consimțământul informat standardizat național pentru pacienții cu Cancer Colo-rectal, pornind de la Registrul Național de Cancer.</p>	<p>2. Consimțământul informat standardizat național pentru pacienții cu Cancer ale căror date vor fi introduse în diverse registre, pornind de la Registrul Național de Cancer.</p>	<p>Consimțământul informat nu poate fi doar pentru pacienții cu cancer colo-rectal</p>

³ ["Set up a network of Comprehensive Cancer Infrastructures within and across all EU Member States to increase quality of research and care"](#)

L, CU SUB REGISTRE PENTRU TOATE LOCALIZĂRI LE			
7. PALIAȚIA		c. Stimularea dezvoltării (inclusiv prin aducerea la zi a tarifului) de secții/compartimente/centre de îngrijiri paliative.	Pentru toate tipurile de cancer.
9. TRASEUL PACIENTUL UI ONCOLOGI C	1. Realizarea unui traseu standardizat, elaborat de Ministerul Sănătății, în termen de 90 zile de la aprobarea Planului Național de Combatere a Cancerului.	Adăugare: d)realizarea unor trasee simple, schematice pentru pacienți.	Pe lângă traseele pacienților dezvoltate pentru clinicieni și comunitatea medicală , elaborarea unor trasee de pacienți tip infografic/ broșura educațională pentru pacienți cu sfaturi practice, pe înțelesul tuturor. Se poate porni de la ghidurile pentru pacienți dezvoltate de ESMO sau NCCN. Programe de promovare și identificarea mijloacelor prin care orice pacient diagnosticat să fie informat despre boală și pașii următori.
9.TRASEUL PACIENTUL UI ONCOLOGI C	Măsuri: a. Stabilirea resurselor necesare la nivel național pentru punerea unui diagnostic în maxim 30 zile. b. Activități de comunicare și training. c. Definirea rolului medicului de familie (va putea recomanda direct colonoscopia și/sau CT, etc.)	Măsuri: a. Stabilirea resurselor necesare la nivel național pentru punerea unui diagnostic în maxim 30 zile. b. Activități de comunicare și training. c. Definirea rolului medicului de familie (va putea recomanda direct investigații clinice și paraclinice, cum ar fi ecografii, imagistică avansată (RX, CT, IRM) și investigații exploratorii invazive (ex, dar a nu se limita la: bronhoscopie, colposcopie, EDS, colonoscopie, mamografie, etc.) d. Eliminarea necesității biletelor de trimitere succesive – un bilet inițial de CT/IRM/orice investigație să fie valabil	În prezent, pacienții oncologici, chiar dacă au indicație clară de repetare a imagisticii la intervale de timp clar specificate în ghiduri, de fiecare dată când trebuie să facă o investigație, trebuie să revină la medicul de familie, apoi la cel specialist pentru biletul de trimitere, apoi pot face investigația. Se decontează astfel, inutil, încă o consultație la specialist care este strict scriptica, fără ca pacientul să aibă vreun beneficiu. Pacientul revine constant după bilete de trimitere, chiar dacă nevoia de monitorizare este clară. Folosirea biletului inițial pentru decontare a investigațiilor de monitorizare la 2-3-6 luni (asemenea consultațiilor cu 3 controale decontabile pe baza aceluiași bilet) ar simplifica enorm traseul pacientului oncologic.

		<p>pentru toate viitoarele monitorizări ale pacientului oncologic ori de câte ori protocoalele terapeutice recomandă o monitorizare regulată de tipul respectiv.</p>	
<p>Obiectiv general 10. TUMOR BOARD</p>	<p>c. Specialiștii care vor lua parte la aceste întâlniri sunt: chirurgi, radiologi, oncologi medicali +/- radioterapeut, anatomopatologi (în viitor și specialist în biologie moleculară) și medicul curant, care prezintă pacientul.</p>	<p>c. Specialiștii care vor lua parte la aceste întâlniri sunt: chirurgi, radiologi, oncologi medicali +/- radioterapeut, anatomopatologi (în viitor și specialist în biologie moleculară), medic de paliative, farmaciști clinicieni și medicul curant, care prezintă pacientul.</p> <p>Echipa extinsă multidisciplinară trebuie să includă orici de câte ori este posibil și psiho-oncolog, navigatorul de pacienți, dietetician, fizio-kineto-terapeut.</p>	<p>Conform studiului "Multidisciplinary tumor board for improvement of oncology collaboration in advanced cancer patients." publicat in Journal of Clinical Oncology, un specialist în paliative a fost bine primit de către clinicieni în general. În acest fel a fost încurajată colaborarea interdisciplinară și s-a susținut gestionarea cuprinzătoare a durerii și a altor simptome.⁴</p> <p>Totodată, Hematology/Oncology Pharmacy Association (HOPA) punctează faptul ca farmacistul oncologic este adesea unul dintre puținii membri ai echipei care înțelege pe deplin siguranța, eficacitatea, componentele farmacologice și financiare ale îngrijirii pacienților cu cancer. Inovația în sănătate (de exemplu, terapii orale, terapii țintite, medicină personalizată) va sublinia necesitatea ca echipa de asistență medicală oncologică să includă un farmacist oncologic.⁵⁶</p> <p>Introducerea echipei extinse multidisciplinare a fost extrem de benefică, conform practicii din țările care au implementat consultul multidisciplinar.</p>
<p>Obiectiv general 10. TUMOR BOARD</p>		<p>Propunem introducerea unei noi litere g, astfel:</p> <p>g. Recomandarea este să se aibă în vedere constituirea Molecular Tumor Board (MTB) cu definirea cadrului de funcționare și profilurile de pacienți care să fie discutate în aceste MT".</p>	<p>Fiindcă rolul specialistului în biologie moleculară este foarte important în Molecular Tumor Board (MTB), ar trebui reglementată și existența acestor MTB pe viitor.</p>
<p>Obiectiv</p>	<p>Crearea unor politici de</p>	<p>Crearea unor politici de sănătate care să</p>	<p>Pentru a putea rezolva problema accesului la tratament oncologic</p>

⁴ https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2016.34.26_suppl.175

⁵ https://www.hoparx.org/images/hopa/advocacy/Access-to-pharmacists-care/HOPA_About_Hem_Onc_Pharmacist_Issue_Brief_FINAL.pdf

<p>general 11. MEDICINA PERSONALI ZATĂ</p>	<p>sănătate care să faciliteze:</p> <ul style="list-style-type: none"> - folosirea secundară a datelor pentru cercetare în medicină; - ... 	<p>faciliteze: - folosirea secundară a datelor pentru cercetare în medicină;</p> <p>- ...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reglementarea cadrului legislativ pentru rambursarea tratamentelor ghidate prin profilare genomică moleculară (Molecular Guided Treatment Option). 	<p>personalizat este necesar un cadrul legislativ prin care pacienții cu modificări specifice genomice la nivelul tumorii să poată avea acces la tratament ghidat prin profilare genomică moleculară (Molecular Guided Treatment Option).</p> <p>În țări precum Croația, Elveția, Germania, sunt în curs de dezvoltare mecanisme de rambursare a tratamentelor ghidate prin profilare genomică moleculara.</p>
		<p>Introducerea unui nou articol: Crearea unui Plan național de terapii celulare</p>	<p>Terapiile celulare reprezintă o schimbare de paradigmă în tratamentul cancerului, aducând beneficii fără precedent pentru pacienți și familiile lor, dar și pentru sistemul de sănătate și societate, în ansamblu. De asemenea, terapiile celulare CAR-T reprezintă o schimbare radicală față de toate formele de tratament existente până în prezent, ele reprezentând cel mai înalt grad de personalizare a terapiei oncologice.</p> <p>În vederea asigurării accesului rapid și într-o manieră sustenabilă a pacienților la aceste terapii unice, sistemul de sănătate din România trebuie adaptat astfel încât să corespundă nevoilor științifice, logistice și medicale necesare administrării acestor terapii.</p> <p>Pentru a putea rezolva problema accesului la tratament oncologic personalizat este necesar un cadrul legislativ prin care pacienții cu modificări specifice genomice la nivelul tumorii să poată avea acces la tratament ghidat prin profilare genomică moleculară (Molecular Guided Treatment Option).</p> <p>În țări precum Croația, Elveția, Germania, sunt în curs de dezvoltare mecanisme de rambursare a tratamentelor ghidate prin profilare genomică moleculara.</p>

			<p>Terapiile celulare reprezintă o schimbare de paradigmă în tratamentul cancerului, aducând beneficii fără precedent pentru pacienți și familiile lor, dar și pentru sistemul de sănătate și societate, în ansamblu. De asemenea, terapiile celulare CAR-T reprezintă o schimbare radicală față de toate formele de tratament existente până în prezent, ele reprezentând cel mai înalt grad de personalizare a terapiei oncologice.</p> <p>În vederea asigurării accesului rapid și într-o manieră sustenabilă a pacienților la aceste terapii unice, sistemul de sănătate din România trebuie adaptat astfel încât să corespundă nevoilor științifice, logistice și medicale necesare administrării acestor terapii.</p> <ul style="list-style-type: none">• Finanțarea terapiilor avansate (la nivelul CNAS sau prin Fondul pentru Inovație), ținând cont de populația eligibilă și de analizele predictive asupra noilor indicații și a noilor terapii ce vor deveni disponibile pe termen mediu și lung, inclusiv planificarea bugetară multianuală• Implementarea unor modele de acces inovatoare pentru terapiile avansate, având în vedere specificitatea de cost-eficacitate a acestor medicamente.• Crearea infrastructurii necesare pentru producerea și administrarea terapiilor avansate, prin Programul Operațional Sănătate 2021-2027, prin înființarea unor centre dedicate, a unor echipe medicale complete și pregătite corespunzător și a unor sisteme de monitorizare a pacientului pre și post-tratament.• Susținerea din fonduri publice sau prin parteneriate public-private a unor programe educaționale pentru medicii din echipa multidisciplinară, dar și pentru pacienți și familiile acestora, precum și pentru asociațiile de pacienți cu privire la terapiile avansate.• Înființarea unui registru unic la nivel național pentru terapiile avansate sau aderarea la registrele europene• Promovarea serviciilor de telemedicină și decontarea serviciilor medicale prestate la domiciliul pacientului, precum și a altor mijloace digitale pentru monitorizarea pacienților astfel tratați, pe termen lung, vizând evaluarea stării de sănătate generale a pacientului, precum și colectarea de date din viața reală care să vină în sprijinul autorităților și comunității medicale în vederea optimizării pachetului de măsuri aferente administrării acestor terapii
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Înființarea sistemului inter-instituțional pentru aprobarea și administrarea terapilor avansate, în care să conlucreze toate autoritățile esențiale pentru buna derulare a acestui sistem, reunite în sprijinul pacienților cu patologii grave, pornind de la Agenția Națională a Medicamentului, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, sub coordonarea Ministerului Sănătății, alături de Consiliul Concurenței, Autoritatea Vamală Română, Agenția Națională de Transplant.
<p>Secțiunea A. Localizare colorectală</p> <p>Obiectiv General: Obiectivul 6</p> <p>Coloana Stadiul actual: Lipsa unor centre acreditate pentru tratamentul integrat al CCR.</p>	<p>Obiectiv secundar 1 - Crearea a 8 - 10 centre naționale, acreditate pentru tratamentul integrat al CCR: rezecțiile multiviscerale, exenterațiile pelvine (extinse), tratamentul chirurgical al metastazelor hepatice, al carcinomatozei peritoneale și al altor metastaze extra hepatice operabile.</p>	<p>Obiectiv secundar 1 - Crearea a 8 - 10 centre naționale, acreditate pentru tratamentul integrat al cancerului colorectal (CCR): rezecțiile multiviscerale, exenterațiile pelvine (extinse), tratamentul chirurgical al metastazelor hepatice, al carcinomatozei peritoneale și al altor metastaze extrahepatice operabile.</p>	<p>Pentru claritate text</p>
	<p>Măsuri:</p> <p>a. Crearea unei acțiuni prioritare care să asigure finanțarea suplimentară cu 20.000 Euro per pacient.</p> <p>b. Criteriile pentru acreditarea unor astfel de centre vor fi elaborate în primul an de către un grup coordonat de</p>	<p>Măsuri:</p> <p>a. Crearea unei acțiuni prioritare care să asigure finanțarea suplimentară cu 20.000 Euro per pacient.</p> <p>b. Criteriile pentru acreditarea unor astfel de centre vor fi elaborate în primul an de către un grup coordonat de Comisia de Chirurgie Generală a Ministerului Sănătății.</p> <p>c. Crearea unui protocol interinstituțional care să definească circuitul pacientului.</p> <p>d. Crearea unor acțiuni prioritare care să</p>	<p>Centrele pentru tratamentul integrat al cancerului colorectal trebuie să fie dotate cu tehnologii inovative pentru a oferi tratamente moderne conform standardelor internaționale</p>

	Comisia de Chirurgie Generală a Ministerului Sănătății. c. Crearea unui protocol interinstituțional care să definească circuitul pacientului.	asigure finanțarea dotării Centrelor pentru tratamentul integrat al cancerului colorectal cu tehnologii inovative pentru îndeplinirea măsurilor prevăzute la acest obiectiv.	
<p>Sectiunea A. Localizare colorectala</p> <p>Obiectiv General: Obiectivul 6</p> <p>Coloana Stadiul Actual: Rată foarte mică de implementare a chirurgiei minim invazive</p>	<p>Subiect / stadiul actual Rată foarte mică de implementare a chirurgiei minim invazive</p> <p>Rezechția chirurgicală laparoscopică trebuie oferită pacienților, la nivel național, până la proporția de 60% din toate rezechțiile pe parcursul următorilor 4-5 ani. Abordul laparoscopic ar trebui finanțat printr-o acțiune prioritară, având în vedere costurile necesare pentru tehnologia de înaltă performanță (aproximativ 5000 Eur/procedură) aparent mari, dar care vor aduce o economie la bugetul FNUASS precum și la cel de stat.</p>	<p>Subiect / stadiul actual Rată foarte mică de implementare a chirurgiei minim invazive</p> <p>Rezechția chirurgicală laparoscopică, chirurgia minim invazivă și chirurgia robotică sau chirurgia robotică asistată laparoscopic trebuie oferită pacienților, la nivel național, până la proporția de 60% din toate rezechțiile pe parcursul următorilor 4-5 ani. Abordul laparoscopic chirurgia minim invazivă și chirurgia robotică sau chirurgia robotică asistată laparoscopic ar trebui finanțate printr-o acțiune prioritară, având în vedere costurile decontate pentru tehnologia de înaltă performanță (aproximativ minim 5000 Eur/procedură chirurgicală robotică cu posibilitatea de majorare în dinamică) și care vor aduce o economie la bugetul FNUASS precum și la cel de Stat.</p>	<p>Utilizarea chirurgiei minim invazive robotice aduce, datorita tehnologiei inovative, rezultate clinice superioare celorlalte tipuri de chirurgii</p> <p>Progresele chirurgiei minim invazive robotice din ultimii 20 ani au permis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Împingerea barierei inoperabilității cancerelor digestive. Astfel, prezența metastazelor sincrone hepatice, pulmonare sau peritoneale nu mai este astăzi un criteriu de inoperabilitate, ceea ce a dus la creșterea speranței de viață de la 0 la 1 an pentru metastazele hepatice la 50% la 5 ani. Sau de la 0 la 1 an pentru metastazele peritoneale la 50% la 5 ani prin intervențiile de tip hipec. 2. Introducerea chirurgiei minim invazive asistate robotic în tratamentul cancerului are ca rezultat scurtarea duratei de spitalizare și o recuperare rapidă pentru pacienți. Chirurgia robotică a însemnat un pas înainte în tratamentul minim invaziv al cancerului, după cancerul de prostata robotică aducând beneficii substanțiale în tratamentul cancerelor eso-gastrice, rectale, pancreatice. 3. Cooperarea cu oncologia medicală și dezvoltarea „conceptului onco-chirurgical”, ce a permis ca fiecare caz să fie discutat în echipe multidisciplinare și să beneficieze de cel mai bun tratament raportat la stadiul bolii. 4. Folosirea tehnologiilor și instrumentelor avansate oferite de chirurgia robotică, a scurtat durata intervențiilor, a adăugat siguranța actului chirurgical, a scăzut numărul de complicații și a contribuit substanțial la ameliorarea calității vieții pacienților oncologici care au beneficiat de intervenții reconstructive.
	Obiectiv: Creșterea ratei de	Obiectiv: Creșterea ratei de implementare a chirurgiei	Utilizarea chirurgiei minim invazive robotice aduce, datorită tehnologiei inovative, rezultate clinice superioare celorlalte tipuri de chirurgii

	implementare a chirurgiei minim invazive la 60% din cazuri, în maxim 20 de centre	minim invazive în tratamentul cancerului colorectal și chirurgiei robotice sau chirurgiei robotice asistată laparoscopic la minim 60% din cazuri, în maxim 20 de centre	
	Măsura: Crearea unei acțiuni prioritare care să asigure finanțarea suplimentară cu 5.000 Euro	Măsură: Crearea unei acțiuni prioritare care să asigure finanțarea suplimentară cu minim 5.000 Euro per pacient pentru o intervenție efectuată prin chirurgie robotică sau chirurgie robotică asistată laparoscopic, cu posibilitatea de majorare în dinamică	Utilizarea chirurgiei minim invazive robotice aduce, datorită tehnologiei inovative, rezultate clinice superioare celorlalte tipuri de chirurgii
A. LOCALIZAR EA COLORECTA LĂ	Screeningul CCR se poate face prin următoarele metode: <ul style="list-style-type: none"> • administrarea testelor de depistare a sângerărilor oculte din scaun; • rectosigmoidoscopia asociată cu prima metodă; • irigoscopia cu dublu contrast (rar utilizată); • colonoscopia totală (metoda esențială de diagnostic, dar costisitoare); • colonoscopia virtuală, utilizată în situații particulare; <ul style="list-style-type: none"> • administrarea capsulei endoscopice (metoda mai ușor acceptată de către pacienți, dar cu costuri crescute și rata mică de detecție pentru polipii mici) 	Screeningul CCR se poate face prin următoarele metode: <ul style="list-style-type: none"> • administrarea testelor de depistare a sângerărilor oculte din scaun; • rectosigmoidoscopia asociată cu prima metodă; • irigoscopia cu dublu contrast (rar utilizată); • colonoscopia totală (metoda esențială de diagnostic, dar costisitoare); • colonoscopia virtuală (Colono-CT), utilizată în situații particulare; • entero-RM – ul, pentru diagnostic diferențial al bolilor inflamatorii cu suspiciuni tumorale • administrarea capsulei endoscopice (metoda mai ușor acceptată de către pacienți, dar cu costuri crescute și rata mică de detecție pentru polipii mici și fără posibilitatea de excizie sau biopsie); • efectuarea testelor genetice în cazul rudelor pacienților care suferă de anumite sindroame genetice cu risc crescut pentru apariția cancerului colorectal. (panel complet ce 	Denumire comună a colonoscopiei virtuale.

	<p>și fără posibilitatea de excizie sau biopsie);</p> <ul style="list-style-type: none"> • efectuarea testelor genetice în cazul rudelor pacienților care suferă de anumite sindroame genetice cu risc crescut pentru apariția cancerului colorectal. 	<p>poate fi upgradat oricând pe baza noilor descoperiri, având minim APC AXIN2 BMPR1A CDH1 CHEK2 EPCAM GREM1 MLH1 MSH2 MSH3 MSH6 MUTYH NTHL1 PMS2 POLD1 POLE PTEN SMAD4 STK11 TP53)</p>	<p>Panel complet de gene pentru CCR</p>
<p>LOCALIZAR EA COLORECTA LĂ</p> <p>Obiectiv 4 - Testarea genetică, decontarea acestor testări în situații clar stabilite.</p>	<p>Obiective</p> <p>1. Decontarea testării genetice pentru MSI, a genelor APC, MUTYH, STK11, BMPR1A și SMAD 4.</p>	<p>Decontarea testării genetice pentru MSI, a genelor (panel complet ce poate fi upgradat oricând pe baza noilor descoperiri, având minim APC AXIN2 BMPR1A CDH1 CHEK2 EPCAM GREM1 MLH1 MSH2 MSH3 MSH6 MUTYH NTHL1 PMS2 POLD1 POLE PTEN SMAD4 STK11 TP53)</p>	<p>Panel complet de gene pentru CCR</p>
<p>Obiectiv specific B. Cancerul de san Obiectiv 1</p>	<p>h) Standardizarea examenului HP, cu includerea IHC examenelor FISH/CISH.</p>	<p>h) Standardizarea examenului HP, cu includerea IHC (cu urmatorii markeri HER2 (inclusiv HER2 low), ER/PR, PDL1) și a examenelor FISH/CISH/SISH.</p>	<p>Conform ghidului ESMO de diagnostic, stadializarea și tratamentul pacienților cu cancer de sân metastatic, markerii enumerați (ER/PR, HER2 (inclusiv HER2 low), PDL1) sunt necesari pentru a determina corect terapia necesară pacientului.</p>
<p>Obiectiv general nr.5 MĂSURARE A FACTORILOR DE RISC ASOCIAȚI CU</p>	<p>1. Cuantificarea exactă a celor mai frecvenți factori de risc și favorizanți asociați cu apariția cancerelor.</p>	<p>Cuantificarea tuturor factorilor de risc și favorizanți asociați cu apariția cancerelor.</p>	

APARIȚIA CANCERUL UI.			
		<p>Măsuri: e. Introducerea în școli, licee, universități a materialelor informative asupra infecției cu virusul papiloma uman (HPV).</p> <p>Indicatori: E. Numărul de fete/baieti și adolescente/adolescenți informate într-un interval de timp determinat.</p>	<p>Eliminarea cancerului de col uterin este o ambiție, atât în domeniul medical, cât și la nivelul întregii societăți.</p> <p>Comunicarea țintită este extrem de importantă, și la fel și educația pentru sănătate.</p>
<p>Obiectiv specific B. Localizare sân Obiectiv 4 - Monitorizarea pacientului cu cancer de sân și conservarea fertilității</p>	<p>b. La inițierea tratamentului sistemic se va realiza o investigație imagistică de tip ecocord cu măsurarea fracției de ejecție.</p>	<p>b. La inițierea tratamentului sistemic se va realiza o investigație imagistică de tip ecocord cu măsurarea fracției de ejecție.</p> <p>De asemenea, măsurarea fracției de ejecție pe perioada tratamentului se va realiza conform recomandărilor ghidurilor internaționale și ale RCP-urilor (la 3 luni).</p>	<p>Este necesară completarea cu măsurarea fracției de ejecție pe perioada tratamentului conform recomandărilor ghidurilor internaționale și ale RCP-urilor (la 3 luni).</p>

<p>Obiectiv general nr. 9 TRASEUL PACIENTUL UI ONCOLOGI C</p>	<p>1. Realizarea unui traseu standardizat, elaborat de Ministerul Sănătății, în termen de 90 zile de la aprobarea Planului Național de Combatere a Cancerului.</p>	<p>Introducerea și integrarea în sistem a navigatorului de pacienți. Problemele cheie de abordat includ: - dezvoltarea standardelor educaționale adecvate - asigurarea sprijinului din partea părților cheie interesate - punerea în aplicare a finanțării pe termen lung pentru a asigura sustenabilitatea programelor de navigator al pacienților.</p>	<p>Conform unei analize publicate în Ianuarie 2022 a <i>European Observatory on Health Systems and Policies</i>⁷, programele de navigare a pacienților sunt asociate cu rezultate pozitive în ceea ce privește creșterea accesului la îngrijire, inclusiv reducerea timpilor de așteptare pentru diagnostic și tratament și creșterea gradului de utilizare a screening-ului.</p>
<p>Obiectiv specific C. Localizarea Col Uterin Obiectiv 1 - Mortalitatea</p>	<p>Stadiu actual: 1805 decese/an datorate cancerului de col uterin. Obiectiv: Scădere cu 15%</p>	<p>Se propune adăugarea unui obiectiv suplimentar: Eliminarea Cancerului de Col Uterin prin prevenție, screening, diagnostic, tratament (obiectiv care ar trebui să fie inclus și în viitoarea Strategie Națională de Sănătate).</p>	<p>Introducerea strategiei pentru eliminarea Cancerului de Col Uterin în România ca problema de sănătate publică, în acord cu Planul European pentru Combaterea Cancerului și Misiunea Europeană pentru Cancer</p> <p>Argumente generale:</p> <p>* Planul European pentru Combaterea cancerului (Europe's beating Cancer Plan) și Misiunea Europeană pentru Cancer (Cancer Mission de la DG RESEARCH and INNOVATION) au elemente cheie în programul lor care pledează pentru introducerea de către statele membre a unor strategii și măsuri care să conducă la eliminarea cancerului cervical. Aceste măsuri sunt convergente cu strategia globală a OMS de eliminare a cancerului cervical ca problema de sănătate publică (incidență sub 4/100.000 loc).</p> <p>*Toate acțiunile viitoare care vor viza finanțarea măsurilor concrete de eliminare a cancerului cervical în România pot fi eligibile pentru finanțare cu fonduri europene ca de exemplu: Programul Operațional Sănătate, Horizon Europe (Cancer Mission) și Eu4Health.</p>

⁷ <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/what-are-patient-navigators-and-how-can-they-improve-integration-of-care>

			<p>Argumente specifice:</p> <p>*Comunicarea Comisiei Europene către Parlamentul European și Consiliul European – Europe’s Beating Cancer Plan 03.02.2021/ Capitolul 3: Salvarea de vieți prin acțiuni sustenabile de preventive a cancerului / Sub-capitol 3.7: Prevenirea cancerelor cauzate de infecții /Acțiunea de referința nr.3:</p> <p>“Cu fonduri dedicate din programul de finantare Eu4Health si alte instrumente financiare, Europe’s Beating Cancer Plan va susține eforturile Statelor Membre pentru a extinde vaccinarea împotriva virusului papilloma uman pentru fete și băieți – în vederea eliminării cancerului cervical și a altor cancere cauzate de virusul papilloma uman. Obiectivul este de a vaccina cel puțin 90% din populația target de fete de la nivelul Uniunii Europene si pentru a crește semnificativ vaccinarea băieților până în anul 2030. Statele Membre vor avea o importanta critica in atingerea acestei ținte.”</p> <p>Pe baza celor trei piloni cheie ai strategiei globale, OMS recomandă un set de obiective sau etape pe care fiecare țară ar trebui să le îndeplinească până în 2030 pentru a merge pe calea eliminării cancerului de col uterin în decursul acestui secol.⁸</p> <p>(1) 90% dintre fete vaccinate complet cu vaccinul HPV până la vârsta de 15 ani; (2) 70% dintre femeile au fost testate cu ajutorul unui test de înaltă performanță până la vârsta de 35 de ani și din nou până la vârsta de 45 de ani; (3) 90% dintre femeile identificate cu boală de col uterin să primească tratament (90% dintre femeile cu leziuni pre-canceroase tratate și 90% dintre femeile cu cancer invaziv gestionate corespunzător).</p> <p>Capitolul 4: Îmbunătățirea depistării precoce cancerului/Acțiunea de referința nr.4: Europe’s Beating Cancer Plan va prezenta o Noua Schema de Screening pentru Cancer susținută de UE pentru a ajuta Statele Membre să se</p>
--	--	--	--

⁸ <https://www.who.int/news/item/19-08-2020-world-health-assembly-adopts-global-strategy-to-accelerate-cervical-cancer-elimination>

			<p>asigure ca 90% din populația UE care se califică pentru screening pentru cancer de col uterin, sân și colo rectal vor trece prin screening până în anul 2025. Schema va fi susținută prin finanțare cu fonduri UE și va avea în target îmbunătățirea următoarelor trei arii: acces, calitate si diagnostic.</p> <p>Actiuni de referinta pentru detectia precoce: Dezvoltarea unei Noi Scheme de Screening pentru Cancer pentru a ne asigura că până în anul 2025, 90% din populația țintă este supusă screening-ului pentru cancer de col uterin, sân și colon - 2021-2025.</p> <p>Alte acțiuni: (1) Actualizarea și explorarea expansiunii recomandărilor Consiliului cu privire la screening – 2022; (2) Dezvoltarea de noi ghiduri și scheme de asigurare a calității pentru screening, diagnostic, tratament, reabilitare, follow-up si îngrijiri paliative pentru cancerul colo rectal si cancerul cervical, incluzând programe de acreditar și certificare, în același timp actualizând în mod continuu actualele ghiduri pentru cancer de sân - 2021-2022; (3) Actualizarea Sistemului European de Informații pentru Cancer pentru monitorizarea si evaluarea programelor de screening pentru cancer - 2021-2022.</p> <p>Planul European pentru Combaterea Cancerului: noi acțiuni pentru creșterea accesului la prevenirea cancerului, depistarea precoce, tratament și îngrijire 02.02.2022⁹: Planul European pentru Combaterea Cancerului: Foaia de parcurs pentru implementare (Roadmap)¹⁰-Eliminarea cancerelor cauzate de infectia HPV:</p> <p>Comisia lansează patru noi acțiuni ale Planului UE de combatere a cancerului pentru a sprijini statele membre în abordarea inegalităților, îmbunătățirea screening-ului și a vaccinării împotriva HPV și pentru sprijinirea persoanelor care au suferit de cancer: (1) Un apel de screening pentru cancer va fi utilizat pentru a actualiza Recomandarea Consiliului din 2003 privind screening-ul. Aceasta face parte din obiectivul Planului pentru cancer de a se asigura că</p>
--	--	--	--

⁹ https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

¹⁰ https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-01/2021-2025_cancer-roadmap1_en_0.pdf

			<p>90% din populația UE care se califică pentru screening-uri pentru cancerul de sân, de col uterin și colorectal va fi oferită până în 2025. (2) O acțiune comună privind vaccinarea HPV va sprijini statele membre să sporească înțelegerea și conștientizarea publicului cu privire la HPV și să promoveze adoptarea vaccinării. Această acțiune va contribui la un obiectiv-cheie al Planului pentru cancer: eliminarea cancerului de col uterin prin vaccinarea împotriva HPV a cel puțin 90% din populația țintă de fete din UE și creșterea semnificativă a vaccinării băieților până în 2030.</p> <p>The European response to the WHO call to eliminate cervical cancer as a public health problem¹¹: "Implementarea screening-ului bazat pe HPV, așa cum este recomandat în Ghidurile UE, inclusiv oferirea femeilor care nu au fost supuse screening-ului posibilitatea de a alege auto-eșantionarea (self sampling), în combinație cu vaccinarea HPV a fetelor și vaccinarea băieților, dacă resursele permit, ar putea atinge obiectivul OMS în țările europene până în 2050 - 2065, în funcție de povara actuală și de strategiile alese.(...) La inițiativa Organizației Europene pentru Cancer (ECCO) și a Societății Europene de Oncologie Ginecologică (ESGO), o rezoluție a fost adoptată propunând o serie de obiective și acțiuni care să se întreprindă pentru a sprijini atingerea obiectivului OMS în Europa. Următoarele organizații au aprobat această propunere de acțiuni europene: ESGO, ECCO și Federația Europeană pentru Colposcopie. La inițiativa ESGO, rezoluția a fost extinsă la o platformă de experți și reprezentanți din alte societăți implicate și instituții de cancer și agenții."¹²</p>
<p>Sectiunea C: Localizarea Col Uterin</p>	<p>Nu există un articol în Planul Național de Combatere a Cancerului.</p>	<p>Introducerea Obiectivului General 4: Centre acreditate pentru tratamentul cancerului de col uterin</p>	<p>Conform studiului Globocan, leziunea malignă localizată la nivelul colului uterin ocupă primul loc, atât în ceea ce privește incidența, cât și rata de mortalitate. Din păcate, la nivel european, România se află pe primele locuri, acest fapt fiind explicat prin deficiențe în derularea programului de screening și de depistare precoce, dar și de lipsa tehnologiilor inovative care să ofere metode de tratament moderne, conform standardelor internaționale</p>

¹¹ <https://eurohealthnet.eu/publication/joint-statement-on-priorities-for-eliminating-cervical-cancer-as-a-public-health-problem-in-europe/>

¹² Arbyn M, Gultekin M, Morice P, et al. The European response to the WHO call to eliminate cervical cancer as a public health problem. Int. J. Cancer. 2021;148: 277–284. <https://doi.org/10.1002/ijc.33189>

	Nu există un articol în Planul Național de Combatere a Cancerului.	Introducerea Subiect / stadiul actual 1. Lipsa unor centre acreditate pentru tratamentul chirurgical al cancerului de col uterin.	Centrele pentru tratamentul integrat al cancerului de col uterin trebuie să fie dotate cu tehnologii inovative pentru a oferi tratamente modern, conform standardelor internaționale
	Nu există un articol în Planul Național de Combatere a Cancerului.	Introducerea Obiectiv 1. Crearea a 3-5 centre naționale, acreditate pentru tratamentul integrat al cancerului de col uterin.	Centrele pentru tratamentul integrat al cancerului de col uterin trebuie să fie dotate cu tehnologii inovative pentru a oferi tratamente modern, conform standardelor internaționale
	Nu există un articol în Planul Național de Combatere a Cancerului.	Introducerea următoarelor măsuri: a. Crearea unor acțiuni prioritare care să asigure finanțarea suplimentară cu 10.000 Euro per pacient. b. Criteriile pentru acreditarea unor astfel de centre vor fi elaborate în primul an de către un grup coordonat de comisia de specialitate a MS. c. Crearea unui protocol interinstituțional care să definească circuitul pacientului.	Chirurgia ginecologică oncologică, ca specialitate chirurgicală interdisciplinară, are un rol important în diagnosticul și tratamentul leziunilor oncologice ginecologice. Prezintă o ofertă largă de proceduri chirurgicale, efectuate prin chirurgie deschisă sau prin chirurgie minim invazivă. Acest tip de chirurgie impune intervenții cu caracter radical, cu excizii tisulare întinse, cu limfadenectomii situate la diferite niveluri (pelvin, lombo-aortic). În unele cazuri, în special în cancerul ovarian, sunt necesare rezecții viscerale multiple, care impun dotare tehnică și materială deosebite. Chirurgia conservatoare câștigă tot mai mult teren, cu beneficii evidente pentru prognosticul funcțional și social al pacientelor. Nu în ultimul rând, chirurgia oferă materialul biologic util pentru diagnosticul histopatologic, precum și pentru caracterizarea moleculară și genetică a cancerelor ginecologice, având ca rezultat un plan terapeutic personalizat, individualizat. Detectarea ganglionului santinelă, folosind metoda cu radioizotop sau metoda cu colorant vital, permite detectarea primului ganglion de drenaj limfatic regional și, astfel, un mai corect management al stațiilor ganglionare respective cât și aprecierea oportunității continuării sau extensiei intervenției. Examenul histopatologic extemporaneu este util pentru evaluarea histologică ganglionului santinelă și evaluarea marginii de rezecție în cazul trahelectomiei radicale pentru conservarea fertilității. Odată cu dezvoltarea chirurgiei robotice și cu îmbunătățirea abilităților operatorilor, chirurgia minim invazivă asistată robotic devine tot mai utilizată, printre avantajele numărându-se reducerea duratei de spitalizare, evitarea cicatricilor postoperatorii întinse, adeseori inestetice. Toate progresele tehnologice vin cu costuri suplimentare consistente, care nu

			sunt acoperite decât în procente mici (sub 15 %) de către sumele decontate, în mod uzual, de CNAS, prin sistemul DRG . Din acest motiv se impune o majorare consistentă a investițiilor materiale în tratamentul chirurgical al pacientelor cu o formă de cancer ginecologic. Beneficiile sunt evidente : asigurarea unui tratament modern, conform standardelor internaționale din domeniul respectiv.
Sectiunea C: Localizarea Col Uterin	Nu există un articol în Planul Național de Combatere a Cancerului.	Introducerea Subiect/ stadiul actual: Rată foarte mică de implementare a chirurgiei minim invazive.	Utilizarea chirurgiei minim invazive robotice aduce, datorita tehnologiei inovative, rezultate clinice superioare celorlalte tipuri de chirurgii.
	Nu există un articol în Planul Național de Combatere a Cancerului.	Introducerea Obiectiv 2: Creșterea ratei de implementare a chirurgiei minim invazive și chirurgiei robotice sau chirurgiei robotice asistată laparoscopic.	Utilizarea chirurgiei minim invazive robotice aduce, datorita tehnologiei inovative, rezultate clinice superioare celorlalte tipuri de chirurgii.
	Nu există un articol în Planul Național de Combatere a Cancerului.	Introducere măsuri: a. Crearea unei acțiuni prioritare care să asigure finanțarea suplimentară cu minim 5.000 Euro per pacient pentru o intervenție efectuată prin chirurgie robotica sau chirurgie robotica asistată laparoscopic, cu posibilitatea de majorare în dinamică b. Criteriile pentru acreditarea unor astfel de centre vor fi elaborate de către un grup coordonat de comisia de specialitate din cadrul MS. c. Crearea unui protocol interinstituțional care să definească circuitul pacientului cu cancer de col uterin.	Explicațiile de mai sus rămân valabile.
D. LOCALIZAR EA BRONHOP	Obiectiv 4: Decontarea testării imunohistochimice și genetice pentru identificarea corectă a tipului histopatologic	Obiectiv 4: Decontarea testării imunohistochimice și genetice pentru identificarea corectă a tipului histopatologic tumoral și a mutațiilor genetice: EGFR (toți cei 4 exoni de la 18 la 21), ALK, BRAF, ROS, PD-L1,	Pentru instituirea corectă a tratamentului personalizat în funcție de stadializare, tip histopatologic și mutații genetice.

ULMONAR Ă	tumoral și a mutațiilor genetice: EGFR, ALK, BRAF, ROS, PD-L1, KRAS, MET, RET, FGFR1, FGFR2, FGFR3, NRG1, NTRK1, NTRK2, NTRK3.	KRAS, MET, RET, FGFR1, FGFR2, FGFR3, NRG1, NTRK1, NTRK2, NTRK3, T790M.	
Sectiunea D. Localizare Bronhopul monara Obiectivul 6 - Centre acreditate pentru tratamentul integrat, abordul minim invaziv, rezecții complexe, etc.	Nu există un articol în Planul Național de Combatere a Cancerului.	De adaugat Obiectiv: <i>Creșterea ratei de implementare a chirurgiei minim invazive și chirurgiei robotice sau chirurgiei robotice asistată laparoscopic.</i> a. Crearea unei acțiuni prioritare care să asigure finanțarea suplimentară cu minim 5.000 Euro per pacient pentru o intervenție efectuată prin chirurgie robotică sau chirurgie robotica asistată laparoscopic, cu posibilitatea de majorare în dinamică b. Criteriile pentru acreditarea unor astfel de centre vor fi elaborate de către un grup coordonat de comisia de specialitate din cadrul MS. c. Crearea unui protocol interinstituțional care să definească circuitul pacientului cu cancer bronhopulmonar. d. Crearea unei acțiuni prioritare care să asigure finanțarea dotării Centrelor pentru tratamentul integrat al cancerului bronhopulmonar cu tehnologii inovative pentru îndeplinirea măsurilor prevăzute la acest obiectiv.	În prezent, există o rată foarte mică de implementare a chirurgiei minim invazive. Utilizarea chirurgiei minim invazive robotice aduce, datorită tehnologiei inovative, rezultate clinice superioare celorlalte tipuri de chirurgii. <i>Chirurgia toracică</i> , ca specialitate chirurgicală distinctă joacă un rol primordial în tratamentul afecțiunilor oncologice toracice, diagnosticul precoce și rezecția chirurgicală radicală și completă a tumorii, prin tehnici chirurgicale minim invazive (VATS, chirurgie robotica), fiind singura cale de vindecare la pacienții cu cancer pulmonar. În plus, chirurgia oferă și baza diagnosticului histopatologic precum și caracterizarea moleculară și genetică a tumorilor toracice, în scopul construirii unui plan terapeutic personalizat. Chirurgia radicală a cancerului pulmonar trebuie să ofere pacienților o calitate a vieții cvasinormală după operație, pentru că nu reprezintă niciun beneficiu supraviețuirea prelungită în condițiile existenței unor sechele postoperatorii respiratorii invalidante. <i>Chirurgia toracică videoasistată</i> , minim invazivă și chirurgie robotică toracică, introduse în arsenalul terapeutic în ultimele decenii au permis un avans extraordinar al calității actului chirurgical radical și mari beneficii pacienților cu privire la calitatea vieții după operația pentru cancer pulmonar. În sistemele medicale ale țărilor membre ale Uniunii Europene, rezecțiile pulmonare videoasistate și robotic se practică de rutină de peste 20 ani, cu rezultate solide, consistente și cuantificabile prin numeroase studii și statistici publicate în literatura de specialitate. Aceeași situație o întâlnim și în privința utilizării sistemelor robotice în chirurgia cancerului pulmonar, metoda introdusa în practica chirurgicala toracică acum 10 ani și care a cunoscut o dezvoltare explozivă, datorita avantajelor evidente pe care le oferă, pe de o parte pacienților (trauma operatorie minimă, rată scăzută a complicațiilor comparativ cu chirurgia deschisă, spitalizare de foarte scurtă durată,

			reintegrare rapidă în viața personală și profesională), și pe de altă parte chirurgilor (vedere tridimensională de înaltă rezoluție, stabilitate deosebită a camerei, filtrarea tremurului, 7 grade de mobilitate ale instrumentelor robotice, precizie maximă a gestului chirurgical, acuratețe deosebită a disecției).
E. LOCALIZAR E PROSTATĂ	Obiectiv 4 - Introducerea testării genetice, decontarea acestor testări în situații clar stabilite.	Obiectiv 4 - Introducerea testării genetice și a unor investigații paraclinice, decontarea acestor testări în situații clar stabilite. Adaugare punct c): Decontarea testării genetice pentru genele BRCA 1 și 2 în vederea administrării tratamentului personalizat Adaugare punct d): Decontarea rezonanței magnetice multi parametrică (IRMmp)	Pentru instituirea corectă a tratamentului personalizat Recomandată pentru diagnosticarea acurată a pacienților cu neoplasm de prostată
Sectiunea E. Localizare Prostata Obiectiv 5 - Monitorizarea pacientului cu cancer de prostată Coloana Stadiul actual/ subiect: 1) In prezent in timpul tratamentului oncologic	Măsuri: a. Programarea fără întârzieri și finanțarea prioritară, a tuturor investigațiilor necesare monitorizării pacienților cu cancer prostatic, conform obiectivelor propuse.	Măsuri: a. Programarea fără întârziere și finanțarea prioritară, a tuturor dotărilor cu echipamente medicale inovative și a investigațiilor necesare monitorizării pacienților cu cancer prostatic, conform obiectivelor propuse.	Pentru a ne asigura că investigațiile necesare pentru atingerea obiectivelor sunt fezabile și se pot realiza. În prezent, centrele de oncologie nu sunt echipate cu toate tehnologiile necesare efectuării acestor investigații propuse în obiective.

<p>evaluările imagistice se fac la 6 luni.</p>			
<p>Sectiunea E. Localizare Prostata</p> <p>Obiectivul 6 - Centre acreditate pentru tratamentul cancerului de prostată. Subiect / Stadiul actual 1. Lipsa unor centre acreditate pentru tratamentul chirurgical al cancerului prostatic (CP).</p>	<p>Măsuri: a. Crearea unei acțiuni prioritare care să asigure finanțarea suplimentară cu 5.000 Euro per pacient. b. Criteriile pentru acreditarea unor astfel de centre vor fi elaborate de către un grup coordonat de comisia de specialitate din cadrul MS. c. Crearea unui protocol interinstituțional care să definească circuitul pacientului cu cancer de prostată.</p>	<p>Măsuri: a. Crearea unei acțiuni prioritare care să asigure finanțarea suplimentară cu minim 5.000 Euro per pacient pentru o intervenție efectuată prin chirurgie robotică sau chirurgie robotică asistată laparoscopic, cu posibilitatea de majorare în dinamică b. Criteriile pentru acreditarea unor astfel de centre vor fi elaborate de către un grup coordonat de comisia de specialitate din cadrul MS. c. Crearea unui protocol interinstituțional care să definească circuitul pacientului cu cancer de prostată.</p>	<p>Centrele pentru tratamentul integrat al cancerului de prostată trebuie să fie dotate cu tehnologii inovative pentru a oferi tratamente moderne, conform standardelor internaționale.</p>
<p>Sectiunea E. Localizare Prostata</p>	<p>Obiective: a. În timpul tratamentului oncologic evaluări imagistice (CT+/- SC pentru 3 regiuni sau RMN+/- SC</p>	<p>Obiective: a. În timpul tratamentului oncologic evaluări imagistice (CT+/- SC pentru 3 regiuni sau RMN+/- SC pentru 1 sau 2 regiuni) și a evaluărilor de biopsie prin fuziune decontate</p>	<p>Oferă o localizare clară și precisă a imaginii, ajutând medicul să ofere un tratament în stage 1 sau stage 2, rapid și la timp. Se va trata exact în zona/ suprafața afectată, generând optimizarea și eficiența costurilor.</p>

<p>Obiectiv 5 - Monitorizarea pacientului cu cancer de prostată</p> <p>Coloana Stadiul actual/ subiect: 1)</p> <p>În prezent în timpul tratamentului oncologic evaluările imagistice se fac la 6 luni.</p>	<p>pentru 1 sau 2 regiuni) decontate de CNAS la diagnostic și ulterior la 3 luni.</p>	<p>de CNAS la diagnostic și ulterior la 3 luni.</p>	
<p>Sectiunea E. Localizare Prostata</p> <p>Obiectiv 5 - Monitorizarea pacientului cu cancer de prostată</p> <p>Coloana Stadiul actual/ subiect: 1)</p>	<p>Obiective:</p> <p>b. Respectarea indicațiilor de tratament curativ sau adjuvant - tratament chirurgical, radioterapie, hormonoterapie sau chimioterapie în funcție de indicația terapeutică.</p>	<p>Obiective:</p> <p>b. Respectarea indicațiilor de tratament curativ sau adjuvant - tratament chirurgical, tratament noninvasiv cu folosirea de high intensiv focus ultrasound, radioterapie, hormonoterapie sau chimioterapie în funcție de indicația terapeutică</p>	<p>Este nevoie și de metode noninvasive, având în vedere că există un tratament pentru cancerul de prostată în ambulatoriu mult mai eficient și fără costuri suplimentare, des utilizat în toate centrele de oncologie ambulatorii. Oferă recuperare rapidă și întoarcere la viața activă/ muncă a pacienților și fără să necesite costuri suplimentare pentru tratarea altor efecte secundare a cancerului de prostata.</p>

<p>In prezent in timpul tratamentul ui oncologic evaluările imagistice se fac la 6 luni.</p>			
<p>Sectiunea E. Localizare Prostata</p> <p>Obiectivul 6 - Centre acreditate pentru tratamentul cancerului de prostată. Subiect / Stadiul actual 2. Rată foarte mică de implementare a chirurgiei minim invazive.</p>	<p>Măsuri: a. Crearea unei acțiuni prioritare care să asigure finanțarea suplimentară cu 5.000 Euro per pacient. b. Criteriile pentru acreditarea unor astfel de centre vor fi elaborate de către un grup coordonat de comisia de specialitate din cadrul MS. c. Crearea unui protocol interinstituțional care să definească circuitul pacientului cu cancer de prostată.</p>	<p>Măsuri: a. Crearea unei acțiuni prioritare care să asigure finanțarea suplimentară cu 5.000 Euro per pacient pentru o intervenție efectuată prin chirurgie robotică sau chirurgie robotică asistată laparoscopic. b. Criteriile pentru acreditarea unor astfel de centre vor fi elaborate de către un grup coordonat de comisia de specialitate din cadrul MS. c. Crearea unui protocol interinstituțional care să definească circuitul pacientului cu cancer de prostată.</p>	<p>Utilizarea chirurgiei minim invazive robotice aduce, datorita tehnologiei inovative, rezultate clinice superioare celorlalte tipuri de chirurgii.</p>
<p>Sectiunea E.</p>	<p>Măsuri: a. Programarea fără</p>	<p>Măsuri: a. Programarea fără întârzieri și finanțarea</p>	<p>Pentru a ne asigura că investigațiile necesare pentru atingerea obiectivelor sunt fezabile și se pot realiza. În prezent, centrele de oncologie nu sunt</p>

<p>Localizare Prostata</p> <p>Obiectiv 5 - Monitorizarea pacientului cu cancer de prostată</p> <p>Coloana Stadiul actual/ subiect: 1) In prezent in timpul tratamentul ui oncologic evaluările imagistice se fac la 6 luni.</p>	<p>întârzieri și finanțarea prioritară, a tuturor investigațiilor necesare monitorizării pacienților cu cancer prostatic, conform obiectivelor propuse.</p>	<p>prioritară, a tuturor dotărilor cu echipamente medicale inovative și a investigațiilor necesare monitorizării pacienților cu cancer prostatic, conform obiectivelor propuse.</p>	<p>echipate cu toate tehnologiile necesare efectuării acestor investigații propuse în obiective.</p>
<p>Obiective specifice F. CANCERELE HEMATOLOGICE</p>	<p>Obiectiv 1 - Centre regionale de diagnostic și tratament al leucemiilor acute pentru adulți și copii.</p>	<p>Adăugare obiectiv de decontare a testării similar cu cel de la tumorile solide:</p> <p>Extinderea rețelei de unități publice ce derulează subprogramul național de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți, precum și extensia unui subprogram similar pentru indicațiile: LMC, LLC, și MM</p>	<p>Pentru o adresabilitate la nivel național, este necesară extinderea numărului actual de unități care derulează subprogramul CNAS (București, Timișoara, Cluj, Iași și Târgu Mureș). Aceste investigații au rol esențial în stratificarea pacienților pe categorii de risc prognostic și citogenetic, permițând alegerea conduitei terapeutice viitoare.</p> <p>Având în vedere povara bolii leucemiei limfatice cronice (cea mai frecventă afecțiune din sfera de hemato-oncologie) – propunem ca testările de imunofenotipare și genetice să fie decontate în cadrul unui program de testare similar cu cel din tumorile solide.</p>

		<p>Decontarea imunofenotipării prin citometrie în flux și testărilor genetice: del17p13 (FISH), secvențiere TP53 (NGS), hipermutație somatică IGHV.</p> <p>Realizarea unui subprogram în cadrul Programului Național de Oncologie pentru finanțarea testării genetice și imunohistochimice și a testării genomice comprehensive și prin identificarea unui mecanism prin care DAPP, individual sau grup, pentru medicamentele "personalizate" incluse necondiționat sau condiționat în Listă, să participe la finanțarea subprogramului de testare genetică, imunohistochimică și a testării genomice comprehensive, care va permite inițierea tratamentului cu acel medicament care corespunde fenotipului identificat, în condițiile în care resursele FNUASS sunt limitate.</p>	
		<p>Includerea unui articol nou: Decontarea următoarelor investigații paraclinice:</p> <p>Decontarea următoarelor investigații paraclinice:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. teste de tip IGRA (interferongamma release assays): QuantiFERON TB Gold sau testul cutanat la tuberculină (TCT) 2. testarea calprotectinei fecale 3. Electroforeza proteine serice cu determinarea nivelului de component monoclonal 4. Electroforeza cu imunofixare serica 5. Dozare cantitativa lanțuri κ urina 6. Dozare cantitativa lanțuri λ urina 7. Raport κ/λ din ser 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se facilitează accesul pacienților la tratament în cel mai scurt timp 2. Pentru diagnosticul bolilor cronice intestinale este necesară existența criteriilor biologice" printre care și calprotectina 3. Necesare pentru evaluarea răspunsului la tratament al mielomului multiplu conform ghidurilor si protocolelor terapeutice 4. Idem 3 5. Idem 3 6. Idem 3 7. Idem 3 8. Idem 3 9. Idem 3 10. Idem 3 11. Stabilirea diagnosticului de certitudine de leucemie limfocitara cronica (LLC) 12. Determinare profilului cytogenetic al pacientului si a prognosticului LLC 13. Idem 12

		<p>8. Electroforeza proteine urinare cu imunofixare</p> <p>9. Biopsie de maduva osoasa cu imunohistochimie</p> <p>10. Medulograma (mielograma) din aspirat medular</p> <p>11. Imunofenotipare (prin flowcitometrie) pentru diagnostic CD 20, 5, 19, 23</p> <p>12. Test FISH pentru detectarea deleției 17p</p> <p>13. Secvențiere PCR pentru detectarea mutatiei TP53</p> <p>14. Secvențiere PCR pentru detectarea statusului IgHV</p> <p>15. Testarea măduvei osoase prin aspirat medular cu efectuarea de imunofenotipare</p> <p>16. Testarea măduvei osoase prin biopsie osteomedulara cu efectuarea de imunohistochimie</p>	<p>14. Idem 12</p> <p>15. Stabilirea diagnosticului de certitudine de mielom multiplu 16. Idem15</p>
--	--	---	--