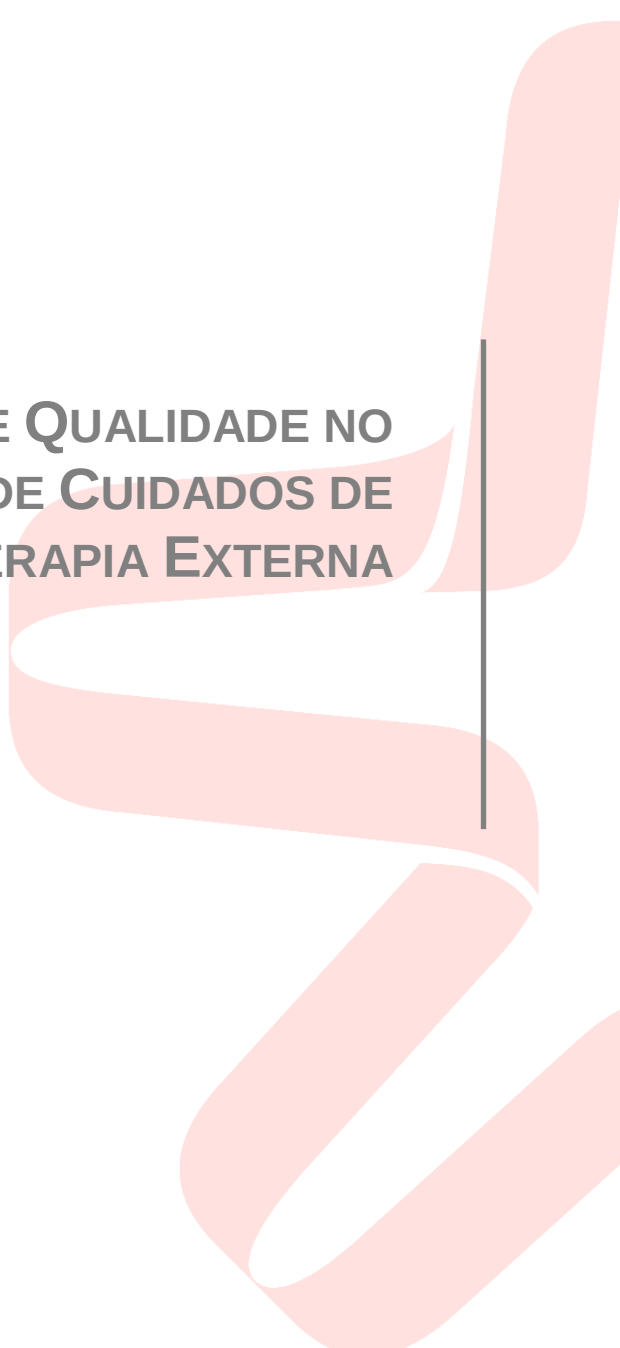




ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

ACESSO, CONCORRÊNCIA E QUALIDADE NO SETOR DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE DE RADIOTERAPIA EXTERNA



JULHO DE 2012

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 - 455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt

Índice

Sumário executivo	1
1. Introdução.....	11
1.1. Enquadramento legal e documentos técnicos.....	14
1.2. Incidência de doença oncológica em Portugal	25
1.2.1. Análise comparativa.....	25
2. Acesso dos utentes a cuidados de saúde de Radioterapia	31
2.1. Acesso aos cuidados de saúde como direito constitucionalmente reconhecido ...	31
2.2. Tempos de Resposta Garantidos.....	36
2.3. Análise do acesso dos utentes.....	41
2.3.1 Metodologia de análise	42
2.3.2. Descrição da oferta de cuidados de saúde de Radioterapia.....	45
2.3.3. Proximidade da rede de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia	49
2.3.4. Capacidade da rede de estabelecimentos de cuidados de saúde de Radioterapia	60
2.3.5. Análise temporal avaliada pelas respostas dos estabelecimentos de cuidados de saúde de Radioterapia.....	66
2.4. Referenciação de utentes	71
2.4.1. Rede de Referenciação de Oncologia.....	76
2.4.2. Protocolos celebrados entre o SNS e o setor privado	79
2.4.3. Análise das respostas relativas à referenciação.....	81
3. Concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia.....	93
3.1. Descrição da análise da concentração de mercado	95
3.1.1. Concentração de mercado por aceleradores lineares em funcionamento e por grupo de estabelecimentos.....	98
3.1.2. Estabelecimentos públicos e privados	105
3.2. Análise dos protocolos de prestação de cuidados de saúde de Radioterapia	108
4. Qualidade na prestação de cuidados de saúde de Radioterapia.....	117
4.1. Requisitos de qualidade.....	117
4.1.1. Elaboração de <i>ckeck list</i> e a recolha de dados.....	117
4.1.2. Resultados obtidos	118
4.2. Análise comparativa dos aceleradores lineares em funcionamento	119
4.3. Outros aspetos qualitativos atinentes à prestação de cuidados de saúde de Radioterapia	124
5. Conclusões.....	127

Anexo I – Minutas dos pedidos de elementos remetidos aos estabelecimentos	139
- do setor privado	139
- do setor público	143
Anexo II – <i>Check-List</i> utilizada nas fiscalizações dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de de Radioterapia.....	155

Índice de Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

CTH – Consulta a Tempo e Horas

CNDO – Coordenação Nacional de Doenças Oncológicas

COR – Comissão Oncológica Regional

CTN – Comissão Técnica Nacional

CVT – Comissão de Verificação Técnica

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ESTRO – European Society for Therapeutic Radiology and Oncology

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

JOUE – Jornal Oficial da União Europeia

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NUTS – Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

I&D – Investigação e Desenvolvimento

IHH – Índice de Herfindahl-Hirschmann

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

IPO – Instituto Português de Oncologia

RRH – Rede de Referência Hospitalar

ROR – Registo Oncológico Regional

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

SSNIP – *Small but Significant and Non-transitory Increase in Price*

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UE – União Europeia

Sumário executivo

O presente Estudo dá cumprimento à solicitação do Ministério da Saúde dirigida à Entidade Reguladora da Saúde (ERS), na qual foi realçada a necessidade de se analisar a atual situação da prestação de cuidados de saúde de Radioterapia, em Portugal Continental.

Nesse sentido, o presente documento avalia o acesso dos utentes aos cuidados de saúde de Radioterapia externa, a concorrência entre os estabelecimentos prestadores de tais cuidados de saúde, e procede à verificação das características que parametrizam a qualidade dos atos dos serviços prestados nesta especialidade.

Note-se que o âmbito objetivo (e subjetivo) de toda a análise concentra-se nos cuidados de saúde de Radioterapia externa e não considera os cuidados de Braquiterapia, porquanto a complexidade técnica e humana envolvidas em toda a temática exige uma reflexão profunda que se inicia com a Radioterapia externa. Acresce que é nesta mesma área que, com maior acuidade, se poderão revelar eventuais problemas respeitantes ao acesso dos utentes, à concorrência dos prestadores e à qualidade dos cuidados.

Num primeiro momento, é revisto o enquadramento normativo da prestação de cuidados de Radioterapia, aqui consideradas as sucessivas normas e outros documentos técnicos, designadamente o Programa de desenvolvimento do *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010*, do Alto Comissariado da Saúde, e o documento intitulado *Requisitos para a prestação de cuidados em Oncologia* de Dezembro de 2009, elaborado pela Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas, no âmbito do Alto Comissariado da Saúde. Dali resulta um conjunto de parâmetros dirigidos à qualidade da prestação, bem como a determinação quer de metas que, como se verá, foram consideradas ao longo dos anos, mormente no respeitante aos aceleradores lineares e demais recursos técnicos e humanos, quer ainda, de recomendações atinentes à revisão da rede de referenciação hospitalar (RHH) aprovada em 2002.

A respeito da temática da referenciação hospitalar, as determinações do *Plano Nacional* não foram implementadas na íntegra. As eventuais atualizações e modificações poderão servir para melhor delimitar e eventualmente acompanhar, a realidade observada pela ERS *in loco* no decurso das diligências encetadas, para que assim também a RHH possa concretizar os princípios constitucionais do direito de acesso aos cuidados desta natureza.

Ainda a este respeito, realce-se a relação de complementaridade entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o setor privado que obriga a questionar as condições em que a oferta de natureza privada é hoje chamada a responder às necessidades dos utentes do SNS. E tanto mais pertinente é esta premissa quanto mais o legislador reconhece a exigência de uma prática financeiramente sustentável pelo SNS na utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis, face ao contexto europeu e às exigências do Memorando de Entendimento. Aliás, nesse sentido, é igualmente mencionado o Despacho n.º 10430/2011, de 18 de agosto que, em suma, dá ênfase à internalização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e ao esgotamento da capacidade instalada do SNS, e atribui caráter excecional à subcontratação de entidades externas, do setor público e não público.

Assim, importará aqui questionar a legitimidade das obrigações assumidas por cada um dos estabelecimentos hospitalares integrados no SNS nos acordos e protocolos por si celebrados para além da RRH, face à capacidade de resposta atualmente existente no SNS, aos recursos já despendidos e investidos para tal propósito, à necessária deslocação dos utentes e ao financiamento entretanto exigido.

De seguida, é apresentada a situação atual por tipo de doença oncológica da população, em Portugal, aproveitando uma análise comparativa entre cada uma das administrações regionais de saúde (ARS) e entre o cenário nacional e aquele verificado nos países da União Europeia. Em termos globais, conclui-se que o nosso País apresenta uma taxa superior de incidência no cancro do cólon e do reto, da próstata e do estômago.

É apresentado também, o entendimento constitucional do direito à saúde e concretamente, do direito de acesso do utente, especialmente considerado o acesso em tempo útil aos cuidados tendentes à recuperação da condição física e emocional do doente, nos termos da legislação aplicável sobre os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) e demais orientações específicas para a prestação de cuidados de saúde de Radioterapia.

Como condição essencial para a elaboração e para a concreta análise de todas as vertentes, - acesso, concorrência e qualidade -, da prestação de cuidados de Radioterapia, foi feita a identificação de todos os estabelecimentos que atualmente prestam tais cuidados. Para esse efeito, foi utilizado como requisito determinante, o número de aceleradores lineares existentes em cada um dos estabelecimentos e, de entre aqueles, os equipamentos que efetivamente funcionam.

Em março de 2011 e em março de 2012, todos os preditos estabelecimentos foram notificados para responderem a diferentes questões dirigidas a cada um dos vértices da presente análise – acesso, concorrência e qualidade. Posteriormente, em maio de 2012, foram realizadas pela ERS, 23 ações de fiscalização tendo sido possível proceder ao levantamento *in loco* dos recursos técnicos e humanos instalados e efetivamente utilizados.

Após a recolha de toda a informação, foi realizada uma análise do acesso dos utentes aos cuidados de saúde de Radioterapia, da concorrência entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia, e da qualidade desses mesmos cuidados.

No que concerne à avaliação do acesso dos utentes aos cuidados de saúde de Radioterapia teve-se em consideração uma tripla análise na qual estão incluídas as dimensões de proximidade e de capacidade da rede dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia e, por último, uma dimensão temporal.

Num primeiro momento, foram identificados todos os estabelecimentos de saúde, do setor público e privado que prestam cuidados de Radioterapia externa, e foi incluído o número de aceleradores lineares detidos por cada prestador.

Em março de 2012 existiam 23 estabelecimentos naquelas condições, dos quais, sete estão localizados na ARS Norte, sendo três de natureza privada e quatro de natureza pública; dois na ARS Centro, ambos de natureza pública, 12 na ARS Lisboa e Vale do Tejo, dos quais oito são de natureza privada e quatro de natureza pública; um na ARS Alentejo de natureza pública; e um na ARS Algarve de natureza privada. Já no que respeita ao atual número de aceleradores lineares em funcionamento, identificou-se um total de 40 aceleradores lineares, dos quais 15 encontram-se na ARS Norte, cinco na ARS Centro, 17 na ARS Lisboa e Vale do Tejo, dois na ARS Alentejo e um na ARS Algarve.

As análises atinentes à proximidade da rede de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia fundamentaram-se em quatro cenários distintos com as redes de prestadores e aceleradores lineares existentes, representativas de circunstâncias temporais diversas que nortearam os pressupostos de análise adotados, a saber:

- a) a rede de oferta existente e os aceleradores lineares em funcionamento no mês de março de 2012 (data até à qual foram fornecidas as informações

solicitadas aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia aquando das fiscalizações realizadas em maio de 2012);

- b) a rede de março de 2012 tal como existente nessa data, à qual foram acrescentados os aceleradores lineares autorizados mas não instalados até então na ARS Norte (Maio Clinic e Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE), e na ARS Lisboa e Vale do Tejo (Hospital de Todos os Santos), conforme indicação da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas;
- c) a rede de março de 2012 tal como existente nessa data, à qual foram acrescentados os aceleradores lineares autorizados mas não instalados até então e descritos em b), e os aceleradores lineares adicionais previstos até 2017, no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década* do Alto Comissariado da Saúde e da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, com dois aceleradores lineares a instalar no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e dois aceleradores lineares a instalar no Centro Hospitalar Alto Ave, EPE; e
- d) a rede de março de 2012 tal como existente nessa data, à qual foram acrescentados os aceleradores lineares autorizados mas não instalados até àquela data e descritos em b), e os aceleradores lineares adicionais previstos até 2017 conforme no predito documento *Desenvolvimento Estratégico*, mas com dois aceleradores lineares a instalar no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, em alternativa ao Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.

As análises assim realizadas foram definidas com base numa referência de tempo de viagem máximo de 60 minutos, julgado adequado para definir a duração da deslocação entre a residência (sendo sempre considerado para este efeito a sede do concelho) e o estabelecimento prestador de cuidados de saúde de Radioterapia. Por se julgar que uma análise desta natureza deve assumir diferentes cenários que sirvam como auxiliares mais adequados de uma decisão nesta temática, todos os resultados assim obtidos foram comparados com uma referência de tempo de viagem máximo de 45 minutos.

Tendo em conta as populações das áreas dos concelhos e pontos de referência dessas áreas, calcula-se que 8.301.478 de portugueses são cobertos pelas áreas de influência até 60 minutos de viagem em estrada entre a residência e o estabelecimento, ou seja, 83% da população de Portugal Continental. No entanto, se for considerada a distância de 45 minutos em estrada, constata-se que 6.947.673 de

portugueses são cobertos pelas áreas de influência até 45 minutos, ou seja, 69% da população de Portugal Continental.

A realidade entre as diferentes ARS é muito heterogénea e uma parte significativa da população residente no Alentejo e no Centro está localizada a mais de 60 minutos de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde com um serviço de Radioterapia. Mesmo que se proceda a uma análise de cenário com a inclusão de mais equipamentos, as conclusões evidenciam que tal planeamento não altera genericamente as condições de acesso tal como *supra* enquadradas.

Na análise da capacidade e no que concerne ao rácio do número de aceleradores lineares por milhão de habitantes, a nível nacional, verifica-se atualmente um rácio de 3,98. A nível regional esse rácio de 3,98 aceleradores lineares por milhão de habitantes é apenas ultrapassado pelas ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo. Ainda, a este respeito, importa recordar que o documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década* evidencia que o rácio adequado deveria ser igual ao verificado a nível europeu e que é atualmente de seis aceleradores lineares por milhão de habitantes. Ora, com a análise anteriormente apresentada, conclui-se que o rácio em Portugal Continental, bem como em todas as regiões de saúde fica aquém do referido rácio de seis aceleradores lineares por milhão de habitantes.

Foi ainda considerada a dimensão da capacidade de resposta dos estabelecimentos com base no rácio de recursos humanos (médicos, técnicos e físicos) por milhão de habitantes e por ARS.

Neste âmbito, constata-se que o rácio do número de médicos especialistas em Radioterapia, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes é mais elevado na ARS Lisboa e Vale do Tejo e menor na ARS Algarve. O mesmo ocorre relativamente ao rácio do número de técnicos de Radioterapia e Dosimetria, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes e ao número de físicos, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes.

Por último, avalia-se o acesso numa ótica temporal, e por cada uma das ARS, com base nos seguintes indicadores:

- a) tempo médio de sessões de tratamento relativo às técnicas mais usuais;
- b) número de horas semanais de funcionamento dos serviços de Radioterapia;
- c) número de horas semanais de funcionamento dos serviços de Radioterapia, em situações de emergência;

- d) número de doentes submetidos a cuidados de saúde de Radioterapia, cujo início do tratamento ocorreu após quatro semanas do momento do diagnóstico;
- e) número de doentes submetidos a cuidados de saúde de Radioterapia em situação de emergência oncológica e indicação das percentagens de doentes que tiveram um tempo de espera superior a oito horas (na compressão medular), 24 horas e 48 horas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com anotação do tempo máximo registado e por ARS;
- f) número de doentes submetidos a cuidados de saúde de Radioterapia paliativa, e percentagem deste número que teve um tempo de espera superior a duas semanas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com indicação do tempo máximo registado; e
- g) tempo médio observado, por diagnóstico, entre o momento da sua determinação e a realização da consulta de decisão multidisciplinar.

Quanto à especificidade temporal, realce-se que se concluiu, em suma, que o tempo máximo aceitável tal como constante do *Manual de Boas Práticas de Radioterapia*, publicado pela Direção-Geral da Saúde, é respeitado pela generalidade dos estabelecimentos na resposta aos utentes que aguardam tratamentos de Radioterapia. Além disso, também na prática de técnicas de Radioterapia paliativa, os estabelecimentos assumem procedimentos adequados ao estabelecido no referido Manual.

No que se refere à referenciação de utentes entre os diversos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia (públicos e privados), tal como identificada pelos mesmos quando comparada com a conhecida estrutura da RRH de Oncologia, conclui-se que nem sempre os IPO são hospitais de *último* destino dos demais estabelecimentos que se localizam no nível inferior (este nível deve ser o indicado para a RRH de Oncologia, ali melhor descrito e com as necessárias especificações para a Radioterapia), como acontece nos casos do Centro Hospitalar do São João, EPE que declarou receber um utente do IPO do Porto e do IPO de Lisboa que assumiu referenciar para o Hospital Espírito Santo de Évora, EPE e para o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE que, por sua vez, recebe utentes do IPO de Lisboa. Também o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE assumiu referenciar para o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE (*a pedido dos utentes por ser área próxima da residência ou de apoio familiar*).

Assim, no atual contexto económico, financeiro e social e, como visto, normativo, revela-se essencial a implementação efetiva de uma Rede de Referenciação

Hospitalar (RRH) de Oncologia, atendendo às necessidades dos utentes e que considere a capacidade do SNS e a já instalada capacidade de resposta do setor privado. Desta forma, compete ao SNS, aqui consideradas as distintas entidades com capacidade de decisão, avaliar a sua efetiva capacidade de resposta, decidir de forma fundamentada pela eventual necessidade de investir e financiar novos equipamentos e demais recursos técnicos e humanos, pela sua localização e/ou deslocalização, e ainda, monitorizar quer o cumprimento dos relevantes Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) e outros tempos máximos constantes, designadamente, do *Manual de Boas Práticas de Radioterapia*.

O presente Estudo é igualmente dedicado à análise da concorrência entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de Radioterapia.

Nessa medida, é avaliada a concentração de mercado, por aceleradores lineares em funcionamento e por grupo de prestadores. Numa primeira fase, considerou-se a oferta privada de serviços de saúde de Radioterapia, representada em termos de prestadores detentores de aceleradores lineares em funcionamento. Procedeu-se ao cálculo do Índice de Concentração dos três prestadores com maior número de aceleradores em funcionamento, e o Índice de *Herfindahl-Hirshman* (IHH) para o total de prestadores, e consequentemente do seu poder de mercado. Posteriormente, procedeu-se à obtenção da Curva de Lorenz, adaptada à realidade de distribuição de aceleradores lineares, e ao cálculo do Coeficiente de Gini.

Numa segunda fase, foi feita a mesma análise tendo por base a existência de grupos empresariais que atualmente são detentores de vários estabelecimentos e ainda, a instalação dos aceleradores lineares afetos a cada um desses estabelecimentos.

Em conclusão, constatou-se que o mercado de prestação de cuidados de saúde de Radioterapia, quando apenas considerados estabelecimentos privados individualmente, é um mercado pouco concentrado, sendo que o grau de concentração aumenta se forem considerados grupos de prestadores. Também revela um grau de concentração moderado quando é tida em consideração a quota de mercado (isto é, o número de doentes tratados).

No que concerne à análise de concorrência no território continental, tendo em consideração os prestadores públicos e privados, por cada ARS, e o número de aceleradores lineares como representativos de poder de mercado, constata-se que, a ARS Norte apresenta um índice de concentração elevado, a ARS Lisboa e Vale do Tejo revela uma concentração do mercado baixa, a ARS Centro apresenta uma elevada concentração, e nas ARS Alentejo e do Algarve existe apenas um

estabelecimento do sector público e do sector privado, respetivamente. Assim sendo, da análise a nível regional conclui-se que o mercado é muito concentrado, ainda que a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresente um nível de concentração baixo.

Numa terceira fase, e considerando a possibilidade de diferenças de produtividade entre os diferentes estabelecimentos privados de Radioterapia, não apreendidas através das análises anteriores, considerou-se a quota de mercado de cada um dos estabelecimentos, com referência à percentagem de doentes tratados.

Somente um estabelecimento localizado na ARS Norte apresentou uma percentagem de doentes tratados e financiados por seguradoras, ADSE e outras entidades particulares, superior à de doentes tratados pelo SNS. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo dois estabelecimentos evidenciaram uma percentagem de doentes tratados financiados pelas seguradoras, ADSE e outras entidades superior aos doentes tratados pelo SNS. Importa realçar que na ARS Centro e na ARS Alentejo não existe nenhum estabelecimento privado de Radioterapia.

Se se considerar como critério de análise, não o estabelecimento prestador de cuidados de saúde na área de Radioterapia externa, mas o grupo empresarial no qual o mesmo está inserido e que tem um contrato com uma entidade pública, constata-se que dos 14 protocolos existentes, 50% foram celebrados por dois grupos empresariais privados.

Por último, e considerando que a oferta privada presta igualmente cuidados de Radioterapia aos utentes do SNS ao abrigo de protocolos celebrados com os estabelecimentos públicos, foi realizada idêntica análise de concentração de mercado, com referência ao número de aceleradores lineares detidos, desta feita incluindo estabelecimentos públicos e privados.

Conforme se fará notar, o elemento distintivo entre todos os protocolos que foram trazidos ao conhecimento da ERS, prende-se com os preços praticados e ali acordados entre as partes. Ora, na análise realizada aos preços, conclui-se que é na ARS Algarve que os preços praticados são mais elevados. A este propósito recorda-se que nesta mesma região de saúde existe somente um estabelecimento privado, que é também o único que presta cuidados de saúde de Radioterapia. Verifica-se que na ARS Lisboa e Vale do Tejo são praticados preços médios mais elevados do que na ARS Norte, ainda que naquela região se localize um maior número de prestadores privados e que, por isso, poderiam concorrer entre si com a prática de preços mais baixos, podendo mesmo apresentar ao setor público uma proposta diferenciadora pelo preço.

No que concerne aos preços praticados pelos privados aos seus doentes constata-se que, de uma forma geral, é na ARS Lisboa e Vale do Tejo que os preços são mais elevados. Assim sendo, e não obstante aí se verificar a concentração de um maior número de estabelecimentos do setor privado, certo é que estes não concorrem entre si pelos preços praticados. No outro extremo encontra-se a ARS Norte que apresenta preços mais baixos quando comparadas as tabelas adotadas pelos estabelecimentos, havendo nesta região de saúde um maior grau de concorrência pelo preço.

Por último, e com o intuito de aferir se os tratamentos realizados internamente pelo SNS, e concretamente por cada um dos estabelecimentos públicos analisados no presente Estudo, são mais compensatórios ou mais prejudiciais em termos monetários, analisou-se o valor que aqueles recebem pelos utentes que são por si referenciados para os estabelecimentos do setor privado.

Ao fazer um simples exercício, tendo por base os preços médios praticados (calculados com base nos protocolos), e usando como exemplo, os preços praticados na ARS Norte, um doente que seja submetido a um planeamento simples, simulação simples e um tratamento simples, custa aproximadamente 373€ ao prestador público que decida referenciar esse mesmo doente para o privado. Tal estimativa permite concluir que este valor é superior ao financiado pelo SNS ao abrigo do Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) aplicável e, por isso, é superior ao valor que o SNS paga ao estabelecimento hospitalar. Note-se que, o valor reembolsado pelo SNS, em ambulatório, por cada doente submetido a tratamento de Radioterapia varia entre 203,87 € e 315,38 €.

Relativamente à vertente da qualidade, a ERS propôs-se analisar e aprofundar as questões referentes à avaliação da qualidade desta terapêutica, nomeadamente, através da observação do cumprimento das condições e requisitos de funcionamento dos serviços de Radioterapia, bem como a qualidade da prestação efetiva de cuidados de saúde aos utentes.

Para aferição do atual panorama nacional no que toca à qualidade dos serviços prestados a nível dos cuidados na Radioterapia, foi elaborada uma *check list* com base na legislação, literatura especializada e na realidade nacional. Foram considerados os fatores, Organização e Funcionamento, Recursos Humanos, Requisitos Técnicos/Especificações Técnicas.

Foram realizadas, com o concurso de médicos consultores externos à ERS, 23 fiscalizações durante o mês de maio de 2012, que permitiram concluir que os

estabelecimentos revelam constantes preocupações de atualização dos equipamentos utilizados, especialmente, dos aceleradores lineares, ao mesmo tempo que procuram atualizar conhecimento técnico e, em alguns casos, uma melhor gestão dos serviços ao abrigo de regras que se pretendem defensoras dos interesses dos utentes, da qualidade dos cuidados e dos serviços prestados, com intenções acrescidas de melhoria na qualidade do atendimento e acompanhamento de cada um dos utentes.

A respeito de outros requisitos de qualidade na prestação de cuidados de Radioterapia, foi possível concluir que, em regra, a obtenção de licença de funcionamento demora, em todas as ARS, mais de seis meses, ainda que muitos dos estabelecimentos tenham garantido não terem essa informação disponível.

No que concerne à implementação de procedimentos para recolha de informação, com a exceção de um prestador na ARS Norte e um prestador na ARS Lisboa e Vale do Tejo, todos os demais revelaram que recolhiam a informação junto dos doentes com vista à avaliação da qualidade da prestação de cuidados de saúde de Radioterapia.

1. Introdução

O setor da saúde é uma área de intervenção central nos diferentes desafios nacionais que atualmente se enfrentam e que se impõem especialmente na atuação e nas opções assumidas pelo Governo, competindo à Entidade Reguladora da Saúde (ERS), designadamente, a elaboração dos documentos que permitam apoiar tecnicamente as decisões de política de saúde a adotar.

O setor da Radioterapia é particularmente sensível pelas patologias que envolve, pelo desgaste físico e psicológico que se impõe no decurso de todo o processo de tratamento aos doentes, e às pessoas que lhes são mais próximas. Além do mais, revela-se particularmente dispendioso quando analisado na sua vertente financeira, na medida em que envolve montantes avultados de investimento por força dos constantes avanços médicos e tecnológicos. Assume-se igualmente como um setor permeável a programas de combate e de prevenção da doença para os quais contribui a implementação de campanhas de rastreio nas quais o Governo e a sociedade civil têm um papel essencial.

O presente Estudo assenta na prestação de cuidados de saúde de Radioterapia externa que consistem no tratamento da doença oncológica por radiações a determinada distância, com recurso essencialmente a energia de fótons e eletrões. De entre as técnicas mais sofisticadas e já utilizadas no nosso País, estão a Radiocirurgia - que utiliza uma fração única de alta dose de radiação, com localização extereotáxica -, a Radioterapia de intensidade modelada - que permite modular o feixe, normalmente por imposição dinâmicas das lâminas dos colimadores por períodos de tempo diversos, e que visa uma melhor homogeneização e delimitação da área irradiada assim se conseguindo uma adequada irradiação do volume-alvo e melhor irradiação dos tecidos normais adjacentes -, a Radioterapia adaptada - que permite adaptar diariamente o plano dosimétrico inicialmente previsto em função das alterações morfo-estruturais do volume-alvo submetido a radiação e ainda a *Gating* - técnica que permite adaptar a irradiação aos desvios do volume-alvo motivados pelos movimentos orgânicos¹. Acrescente-se que a aplicação das doses radiológicas prescritas pelo profissional de saúde é feita por intermédio do acelerador linear que, por isso, é o equipamento específico para o tratamento a ministrar. Nesse sentido, as análises aqui

¹ As definições aqui apresentadas constam dos documentos técnicos que serão alvo de descrição e consideração no presente Estudo. As noções de Radioterapia externa, das técnicas em causa e da Braquiterapia têm como fonte o Manual de Boas Práticas de Radioterapia que faz parte integrante da Circular Informativa n.º 37/DGS/DQCO, de 16 de outubro de 2009, da DGS.

A Braquiterapia consiste “[...] no tratamento que recorre a fontes radioativas que são introduzidas no interior ou próximo do alvo seja em cavidades naturais seja pela inserção no volume ou leito tumoral.”.

encetadas terão em consideração a sua localização, a existência das respetivas licenças, bem como o funcionamento efetivo destes equipamentos que, no presente momento, se encontram instalados nos estabelecimentos envolvidos.

Na sequência da solicitação do Ministério da Saúde, esta Entidade Reguladora, ao abrigo das atribuições estabelecidas no n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, elaborou o presente estudo no qual se analisa a prestação de cuidados de saúde em Radioterapia, concretamente, as condições de acesso dos utentes, a atual estrutura de mercado e o comportamento de todos os estabelecimentos, bem como os parâmetros de qualidade dos cuidados assim prestados.

Com efeito, à ERS cumpre, nos termos do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, a tarefa de *velar pelo cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos, de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei, de garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes, de velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema e ainda, de defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado.*

No que respeita aos critérios de exercício da atividade, importa à ERS, conforme resulta do artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, fazer recomendações e pronunciar-se sobre os mesmos, quando julgados necessários, ao funcionamento dos estabelecimentos prestadores dos cuidados de saúde e velar pelo seu cumprimento e sancionar o seu incumprimento.

Ainda, incumbe à Entidade Reguladora, no âmbito dos direitos de acesso dos utentes, e nos termos das alíneas a) e d) do artigo 35.º do referido Decreto-Lei, *assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados e zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados.*

Ainda compete à ERS, e conforme as alíneas a) e b), ambas do artigo 38.º do mesmo diploma, *identificar os mercados relevantes que apresentam características específicas sectoriais, designadamente definir os mercados geográficos, em conformidade com os princípios do direito da concorrência;* devendo ademais, velar pelo respeito da concorrência nas atividades abertas ao mercado sujeitas à jurisdição.

Nesse sentido, o presente Estudo pretende ser instrumento de análise do direito de acesso dos utentes aos cuidados de Radioterapia, considerados, designadamente, os tempos de resposta dos estabelecimentos prestadores, a existência de eventuais listas de espera, o respeito pela prioridade clínica como único elemento diferenciador no

atendimento dos utentes. Note-se a este respeito que o mesmo direito de acesso só será garantido no caso de não verificação de desigualdades significativas no grau de acesso das populações das diversas regiões e, por isso, idealmente, a oferta de cuidados deverá adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas de cada região, assegurando um grau de acesso equitativo para todas as populações.

Importa identificar quais os estabelecimentos que atualmente prestam os cuidados de saúde de Radioterapia, a relação decorrente da diferente natureza pública e privada dos mesmos, a imposição das obrigações dirigidas ao cumprimento dos TMRG e da referenciação e da compatibilização destas últimas com a contratação pelo SNS de entidades privadas, atenta a alegada incapacidade de resposta aos utentes.

Finalmente, no respeitante à qualidade dos tratamentos prestados, a concretização dos poderes regulatórios da ERS, pressupõe a averiguação do cumprimento dos requisitos legais atinentes ao funcionamento e atividade dos estabelecimentos, da qualidade dos cuidados de saúde prestados e consequentemente da salvaguarda dos direitos dos utentes. Esta atribuição é concretizada através da garantia de adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde, que se concretiza pela verificação do cumprimento, por parte dos operadores, das normas de qualidade aplicáveis, a adoção e verificação de boas práticas no que respeita aos atos dos profissionais de saúde e avaliação dos padrões e indicadores de qualidade subjacentes aos cuidados de saúde prestados.

O presente Estudo está estruturado em 5 capítulos.

No capítulo 1, além do enquadramento legislativo e técnico dedicado ao longo dos anos, à doença oncológica, e ali considerados, designadamente, os requisitos da prestação dos cuidados na área oncológica pelos estabelecimentos e pelos profissionais de saúde, e as exigências concretas no plano do acesso, concorrência e qualidade, foram igualmente enunciados os números de incidência da doença por patologia, tal como verificada no nosso País, com especial ênfase em cada uma das ARS e comparados com os restantes países da União Europeia. Descreve-se, ainda, a metodologia de análise utilizada, aqui consideradas todas as diligências que serviram para recolha de elementos documentais e factuais necessários à elaboração do presente documento, designadamente, a consulta da informação constante no Sistema de Registo dos Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sobre os prestadores e estabelecimentos que prestam cuidados de Radioterapia, a consulta da informação constante do Portal da Saúde e dos sítios eletrónicos de cada um dos estabelecimentos envolvidos e as fiscalizações a todos os prestadores e

estabelecimentos do setor público e não público, ocorridas entre 3 e 30 de maio de 2012.

O capítulo 2 é dedicado ao acesso dos utentes, à descrição do seu conteúdo e à averiguação das condições em que atualmente o mesmo é verificado no território continental, considerados todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de Radioterapia externa. Foi realçada a pertinência do cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) aprovados pelo legislador e pelos profissionais de saúde especialistas na área em estudo, e encetada uma análise comparativa entre as diferentes ARS relativa à proximidade e à capacidade de todos os estabelecimentos ali localizados. Ainda foi descrita a realidade verificada junto de todos os estabelecimentos no processo de referenciação dos utentes ao abrigo da Rede de Referenciação Oncológica tal como aprovada pelo Ministério da Saúde e sob as relações contratuais entre o setor público e o privado que foram estabelecidas.

No capítulo 3 é caracterizada a atual oferta de serviços e avaliada em termos concorrenciais, considerados aqui quatro cenários distintos com base nos dados recolhidos entre março de 2011 e março de 2012 e ainda, os confirmados pelos próprios estabelecimentos e pela ERS aquando das fiscalizações realizados no mês de maio de 2012.

O capítulo 4 descreve a realidade tal como foi recolhida junto dos prestadores localizados no território continental e relativa à qualidade dos serviços prestados. Para tanto, foram consideradas as respostas aos pedidos de elementos da ERS e demais informação complementar por aqueles fornecidas, bem como a situação verificada no decurso das fiscalizações.

Finalmente, o capítulo 5 é dedicado às considerações e conclusões finais sobre a temática analisada no decurso do presente Estudo.

1.1. Enquadramento legal e documentos técnicos

Num contexto nacional, o tema da Oncologia e especificamente o da Radioterapia são mencionados em diversos documentos emitidos sucessivamente por distintas entidades e que, conforme melhor se verá, contribuem na sua essência, para a determinação das condições de acesso, de procedimentos de atuação e de resposta dos prestadores, bem como de parâmetros de qualidade dos atos e serviços médicos prestados aos doentes oncológicos.

Para melhor análise e entendimento da sucessão de diplomas legais em vigor e outros documentos técnicos, serão os mesmos aqui apresentados, aqueles por ordem de publicação e estes por data de divulgação.

a) Portaria n.º 35/88, de 16 de janeiro

A Portaria n.º 35/88, de 16 de janeiro² reflete a necessidade de todos os prestadores de cuidados de saúde serem envolvidos na “[...] *prevenção, tratamento e seguimento a longo prazo* [...]” do doente oncológico, e a sua participação “[...] *no planeamento comunitário, regional e nacional visando a melhoria dos cuidados de saúde, através da colheita sistematizada de dados e da sua análise e interpretação*.”. Para tanto, foi reconhecida a importância dos registos oncológicos regionais (ROR), e criados os de Lisboa, do Porto e de Coimbra, em cada um dos então centros regionais do Instituto Português de Oncologia (IPO)³. A estes competiria “[...] *a colheita de dados sobre doentes oncológicos e a sua análise e interpretação* [...]” e a elaboração de um relatório anual. Além do mais, e conforme § 6.º da Portaria foi determinada a criação, em cada hospital, de um registo oncológico a ser coordenado por um profissional médico preferencialmente com formação oncológica, para reunião dos dados do doente.

b) Portaria n.º 420/90 de 8 de junho

A Portaria n.º 420/90, de 8 de junho surge como resposta à recomendação do Conselho de Oncologia e cria a Comissão de Coordenação Oncológica em cada hospital. Pretende garantir uma ação concertada dos diferentes serviços de diagnóstico e terapêutica da doença oncológica e, conseqüentemente, de implementação gradual e equilibrada de um plano nacional de controlo do cancro. Cada comissão passa a figurar no regulamento interno de cada hospital, com as atribuições de apoiar tecnicamente o hospital e, nessa medida, de coadjuvar os órgãos de administração ou de gestão e de direção técnica, pronunciando-se, por si ou quando solicitado, sobre as matérias da sua competência.

² A Portaria n.º 35/88, de 16 de janeiro, refere-se, no seu preâmbulo, à integração do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, no SNS, e à oportunidade para promoção da necessária colheita e registo dos dados oncológicos tal como aliás, propostos no diploma de integração (o Decreto-Lei n.º 445/85, de 24 de outubro).

³ Em dezembro de 2002, os centros regionais (que detinham a natureza de I.P. integrados no SPA) passaram a ser designados por SA e, em junho de 2005, por EPE, todos com a designação de Institutos de Oncologia.

c) Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro

O Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro⁴ pretendeu fixar genericamente os “[...] *requisitos que as unidades de saúde que utilizem radiações ionizantes, ultra-sons ou campos magnéticos devem observar quanto a instalações, organização e funcionamento, dando início a uma nova fase de atividade que representa um assinalável contributo para a garantia técnica e assistencial no funcionamento daqueles estabelecimentos.*”. O diploma refere ainda a necessidade de aprovação do Manual de Boas Práticas por despacho do Ministro da Saúde, que deve permitir a acreditação das unidades de saúde, integrando-se no sistema de qualidade da saúde. Até à data dessa aprovação, foram definidos por este diploma legislativo os parâmetros a respeitar para controlo da qualidade dos preditos serviços – artigo 7.º do diploma.

Conforme o disposto no artigo 9.º, o funcionamento de uma qualquer unidade de saúde depende da obtenção de uma licença a conceder pelo Ministério da Saúde para a instalação dos recursos necessários à prática da Radioterapia externa e da Braquiterapia. Além disso, cria a Comissão Técnica Nacional (CTN) e as Comissões de Verificação Técnica (CVT) e determina as atribuições de cada uma no que concretamente respeita à atribuição de licenças e necessárias vistorias e inspeções. Ainda nas valências em análise, o n.º 2 do artigo 23.º refere que para os efeitos de funcionamento e obtenção de respetiva licença podem aquelas ser desenvolvidas, e são pelas mesmas responsáveis os médicos especialistas em Radioterapia inscritos que devem ser assessorados por um físico especialista na área quanto “[...] *à dose a aplicar ao doente, à dosimetria básica, à dosimetria clínica, ao desenvolvimento e utilização de técnicas e à otimização e garantia da qualidade.*”.

d) Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto

O Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto, em integral respeito pela Diretiva n.º 97/43/EURATOM, do Conselho de 30 de junho, estabeleceu algumas das normas básicas de segurança relativas à proteção e à saúde, dos trabalhadores e da população em geral, contra os perigos resultantes das radiações ionizantes utilizadas para fins terapêuticos e de diagnóstico. Nesse sentido, estabeleceu “os *critérios de aceitabilidade que as instalações radiológicas devem observar quanto a planeamento,*

⁴ Resulta do artigo 1.º que o diploma aprova o “[...] *regime jurídico do licenciamento e da fiscalização do exercício das atividades desenvolvidas em unidades de saúde privadas [...], sendo que as “[...] unidades do sector público e do sector social regem-se pelas regras de qualidade e segurança previstas neste diploma.*”.

organização e funcionamento.” – cfr. artigo 1.º do diploma. Delimitou a sua aplicabilidade a todas as instalações radiológicas dos estabelecimentos públicos ou privados, que “[...] *desenvolvam práticas de radiodiagnóstico, de Radioterapia, e medicina nuclear*” – cfr. n.º 3 do artigo 3.º do diploma.

No concreto plano da Radioterapia, é ali feita referência por remissão, às condições do meio físico, das instalações e às normas genéricas de construção do espaço físico, devendo ademais considerar-se como requisitos de proteção os indicados nos artigos 50.º a 53.º - cfr. artigo 49.º do Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto⁵.

A cada uma das ARS é atribuída a competência de fiscalização dos requisitos através de uma CVT nomeada por Despacho do Ministro da Saúde, a qual deve verificar com regularidade as condições de segurança radiológica. Tal verificação não pode ocorrer em momento posterior a metade do prazo de validade da licença de funcionamento concedida à concreta instalação, e deve aquela Comissão, quando considerar pertinente e possua informação que o justifique, diligenciar junto dos interessados no sentido de garantir a observância das regras e normas, como seja o reconhecimento do cumprimento das instruções constantes do manual de boas práticas e avaliar da implantação dos programas de controlo de qualidade no que se refere aos procedimentos adotados quanto aos exames de diagnóstico ou das terapias.

e) *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a próxima década*

Em novembro de 2008 foi publicado o documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a próxima década*, elaborado pela Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas, no âmbito do Alto Comissariado da Saúde, cuja intenção foi, em suma, o de apresentar um breve relatório da “*situação e reflexão sobre o Futuro da Radioterapia no nosso País.*”. Num primeiro momento e após refletir sobre o retrato das doenças oncológicas na União Europeia, conclui que, na realidade, o nosso País não possui “[...] *uma estratégia de equipamento e de formação de recursos humanos a nível nacional* [...]”. Nesse sentido, ali se reconhece a relevância de assegurar (i) aos doentes oncológicos portugueses um acesso adequado e

⁵ Ainda, porque relevante, importa referir que conforme o anexo II do Decreto-Lei, o número mínimo de pessoas no setor da física de um serviço de Radioterapia deve ser calculado de acordo com variáveis que assentam, designadamente, na existência de acelerador linear, na prática da radioterapia convencional, no sistema de planeamento computadorizado em Radioterapia externa e na quantidade de doentes por ano. O anexo V refere-se ao cálculo do dimensionamento das barreiras de proteção em instalações de Radioterapia externa e testes de aceitabilidade de equipamentos de Radioterapia externa e, finalmente, do anexo VII consta o formulário para pedido de licenciamento e instalação de Radioterapia.

equitativo equiparável aos países desenvolvidos da União Europeia; (ii) uma prescrição terapêutica baseada numa evidência científica que, por sua vez, assenta em utilização de técnicas em requisitos de qualidade e em cumprimento dos tempos de espera adequados; (iii) a formação de recursos humanos e (iv) uma política de investimento adequado com cumprimento dos rácios europeus de 6 aceleradores lineares por milhão de habitantes. Ali foi feita a apresentação da situação à data existente, em termos de equipamentos e recursos humanos, por regiões de saúde, do setor público e do setor privado, com a previsão nesses mesmos termos da *Expansão do parque tecnológico de Radioterapia até 2017* baseada nas recomendações europeias da ESTRO (*European Society for Therapeutic Radiology and Oncology*) atenta o aumento da “[...] incidência do cancro, a esperança de vida dos portugueses, a crescente complexidade tecnológica e a distribuição geográfica”, onde é proposta uma distribuição por NUTS III. Em conclusão, refere que importa permitir a coexistência de centros de referência e centros de menor dimensão, com articulação entre estes e os grandes centros, de forma a não ignorar as vantagens duma prestação de cuidados de proximidade. Nos centros de referência deve ocorrer, designadamente, uma concentração de recursos tecnológicos e humanos com preocupações de formação com elevados padrões nacionais e internacionais para todos os profissionais envolvidos e aproximação progressiva ao cumprimento dos tempos de espera ótimos em Radioterapia. Finalmente, é ali realçada, e recorde-se, no ano de 2008, a necessidade de substituição imediata de 15 unidades de categoria II e III, a dotação de 64 unidades segundo a distribuição ali proposta e ainda, o desenvolvimento de estratégia de formação que reflita “[...] pelo menos, a duplicação dos profissionais atualmente em exercício.”.

f) Programa de desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007/2010

O Programa de desenvolvimento publicado no ano de 2009, do *Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007/2010*⁶ do Alto Comissariado da Saúde veio “[...] definir objetivos a atingir no período abrangido pelo Plano, nas diferentes áreas de intervenção, concretizando as orientações programáticas estabelecidas”.

⁶ Note-se que será feita referência indistintamente ao *Plano Nacional de Previsão e Controle das Doenças Oncológicas de 2007/2010* e ao seu Programa de Desenvolvimento publicado no ano de 2009 que pretendeu definir os objetivos a atingir no período abrangido pelo referido Plano, nas diferentes áreas de intervenção.

A primeira área de intervenção traduz-se numa “*estratégia de longo prazo com melhor custo-eficácia para o controlo do cancro*” e, em total coincidência com as orientações do Código Europeu contra o Cancro⁷, assume preocupações de natureza preventiva e de combate às doenças oncológicas. Para tanto, alerta para a necessidade de adotar estilos de vida saudável e para o combate ao tabagismo e implementação de planos de educação nutricional. Ainda, julga essencial uma articulação entre todas as entidades públicas e privadas, como as próprias autarquias e a sociedade civil e a implementação de uma forte aposta na informação e comunicação ao cidadão.

É realçado o papel dos ROR (recorde-se que a sua criação tinha já sido ordenada por Portaria n.º 35/88 de 16 de janeiro) na vigilância epidemiológica do cancro a nível nacional. Agora são definidos “[...] *objetivos que globalmente visavam a demonstração da melhoria da exaustividade e qualidade do registo, a rentabilização dos recursos materiais e humanos e a promoção da visibilidade da atividade de registo entre os envolvidos no processo.*”. Também a intercooperação entre os três ROR é vista como indispensável para a otimização de recursos e a partilha da informação de forma segura e fiável, na medida em que passariam a ser uma plataforma de recolha de dados e de produção de relatórios, com o intuito de harmonizar procedimentos e garantir a comparabilidade de dados, bem como aumentar a exaustividade e validade dos registos efetuados em cada um dos ROR. Como objetivo para o ano de 2009, o Programa refere a publicação de dados de âmbito nacional, incluindo indicadores de qualidade e avaliação comparativa entre regiões e, para o ano de 2010, a publicação de dados de sobrevivência de âmbito nacional aos cinco anos, para doentes diagnosticados no período de 2001-2003.

Uma outra área de intervenção assenta nos programas de rastreio de cancro do colo do útero, do cancro da mama, bem como do cancro do cólon e reto, consideradas as recomendações da UE sobre o rastreio (2003/878/CE⁸) e a necessidade de implementar e alargar tais programas. Mais uma vez é dada relevância à necessidade de existirem ferramentas informáticas de apoio à monitorização e avaliação periódica, com capacidade transversal às Comissões Oncológicas Regionais (COR) e a cada uma das ARS respetivas. Às Comissões competiria a direção e a avaliação dos programas de rastreio das preditas patologias, em sintonia com cada uma das ARS que serão competentes para o rastreio, a monitorização e avaliação dos programas.

⁷ Pode ser consultado em http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cancer/index_pt.htm.

⁸ A Recomendação foi aprovada por Conselho de 2 de dezembro de 2003 e pode ser consultada no JOUE, L 327/34, de 16.12.2003.

Foi ainda ali reconhecida a importância de rede de referência integrada de Oncologia (note-se, a última foi aprovada em 2002) e que assegurasse as condições de qualidade assistencial e de acesso equitativo aos diferentes níveis de cuidados. Nela poderiam ser incluídas diversas instituições prestadoras do setor privado, com graus de competência diferenciada ainda que com caráter complementar ou supletivo face ao setor público. Essencial era que as relações entre os diferentes estabelecimentos, e que assentavam num sistema de diferentes níveis baseados na localização e capacidade técnica e humana, assegurassem a multidisciplinaridade e a continuidade de cuidados prestados a cada um dos utentes. Para tanto, impunha-se a promoção de um diagnóstico célere, a equidade no acesso, a promoção dos cuidados psi-oncológicos como parte integrante da assistência do doente, a garantia da continuidade dos cuidados e o envolvimento da sociedade civil.

O desenho ali proposto envolveria, num primeiro momento, o levantamento dos recursos existentes e a sua distribuição territorial, de forma a permitir a posterior definição de critérios para atribuição e reconhecimento de competências específicas de cada um dos prestadores. Nesse seguimento, competiria à Coordenação Nacional de Doenças Oncológicas (CNDO) a avaliação das instituições envolvidas no tratamento de doentes oncológicos, estruturação e desenvolvimento dos meios técnicos e humanos capazes de dotar os serviços da capacidade de resposta adequada às necessidades.

Ainda, é realçada a relevância de um acesso ao correto diagnóstico e que o seu posterior tratamento ocorra em tempo julgado útil e adequado à sua recuperação e à melhoria física e mental. Para tanto, importa promover, por um lado, ações de formação ao nível dos cuidados primários, dirigidas ao diagnóstico atempado da doença e, por outro, a monitorização dos tempos de espera. A este respeito, é ali definido que a resposta deve ser *imediata* para doentes com doença oncológica conhecida ou suspeita em que há risco de vida, *urgente* para uma situação de progressão rápida sem risco imediato mas com possibilidade de evolução a curto prazo e ainda, *distinta* para outras neoplasias não enquadráveis na anterior categoria e neoplasia indolente. É feita igualmente uma referência aos cuidados paliativos e reconhecidas as diferentes necessidades sentidas pelos utentes em todo o percurso da doença.

Novamente, é aqui realçada a formação e o desenvolvimento de competências dos profissionais cujo papel é essencial no controlo da doença e também do controlo sintomático, bem como no apoio psicológico básico e de comunicação com o doente e com a família. Nessa medida, aos hospitais, ali designados como de *maior peso*

oncológico, cabe desenvolver equipas multidisciplinares capazes de oferecer cuidados paliativos aos seus doentes, com articulação entre diferentes tipos e níveis de cuidados (primários, hospitalares e continuados). As metas traçadas para 2010 passavam pela divulgação e implementação dos instrumentos de avaliação de sintomas e qualidade de vida, na criação de equipa ou unidade de cuidados paliativos em todos os hospitais da rede de referência e publicação de recomendações para cuidados de suporte e paliativos de doentes oncológicos.

Ainda, ao nível da formação, ali se reconhece o papel essencial e central dos profissionais no tratamento do doente oncológico, designadamente no que respeita à especialização dos cirurgiões face à evolução tecnológica e à função de acompanhamento permanente durante todo o tratamento com radiações, dos doentes e dos seus familiares. Note-se que, nesta área, a meta estipulada para 2009 era de reforço das vagas nacionais de internato, de 15 vagas/ano, para formação de radioterapeutas nos cinco anos seguintes.

No respeitante à investigação, é referida a sua essencialidade no combate ao cancro, apesar de ser ali igualmente assumida a falta de planeamento estratégico e de coordenação entre os diferentes centros nacionais de investigação na área de Oncologia.

g) Manual de Boas Práticas em Radioterapia

Em outubro de 2009, foi aprovado o *Manual de Boas Práticas em Radioterapia* por Despacho de 1 de julho, da Ministra da Saúde, e que faz parte integrante da Circular Informativa n.º 37/DGS/DQCO, de 16 de outubro de 2009, da DGS, com a participação do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos constituído por diversos especialistas de Radioterapia e dirigiu-se a todos os prestadores de cuidados de saúde na área de Radioterapia oncológica.

O documento pretendeu enunciar os critérios de definição da qualidade em Radioterapia de forma a assegurar “[...] *a melhor otimização deste tratamento e simultaneamente, a maior proteção radiológica quer do doente quer dos profissionais envolvidos na terapêutica com radiações.*”. Define-se ademais como elemento orientador para todas as unidades de prestação de cuidados existentes e para as criadas no futuro. Para tanto, determina os critérios de qualidade de Radioterapia, bem como os critérios exigidos para “[...] *um programa de garantia e controlo de qualidade devendo a sua elaboração reger-se pelas normas nacionais e/ou internacionais atualizadas.*”. Pressupõe uma revisão de cinco em cinco anos a contar da data da

publicação, “[...] ou prazos menores se as inovações tecnológicas ou a legislação assim o determinarem, sob pena de a sua desatualização resultar, na prática quotidiana, numa falta de rigor e de exigência.”.

Sumariamente refira-se que o *Manual de Boas Práticas* estabelece as obrigações e as responsabilidades dos diversos profissionais envolvidos, como seja, o médico especialista em Radioterapia, o físico qualificado em física médica, e o enfermeiro. Estabelece além do mais as regras para o controlo da qualidade e faz referência expressa à obrigatoriedade de implementação de um programa de garantia de qualidade a controlar e a rever por uma Comissão de Garantia e Controlo de Qualidade. São contemplados os procedimentos operacionais técnicos e físicos para os cuidados de saúde de Radioterapia e Braquiterapia. Quanto a este aspeto, em geral, refira-se que o carácter multidisciplinar da Oncologia determina que a melhor terapêutica deverá ser realizada após o diagnóstico em consultas de grupo na qual deverão estar presentes, no mínimo, especialistas de Radioterapia e Oncologia Médica, e ainda o especialista da patologia em causa. É ainda feita menção às exigências dos equipamentos de reanimação, ao armazenamento e segurança dos consumíveis e, finalmente, ao relatório anual de atividades no qual deve constar a estatística da atividade assistencial.

h) Requisitos para a prestação de cuidados em Oncologia

Em dezembro de 2009, foi publicado, sob a responsabilidade do Alto Comissariado da Saúde e da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, o documento designado por *Requisitos para a prestação de cuidados em Oncologia*. Ali foi estabelecida “[...] a matriz de avaliação das instituições e serviços que prestam cuidados a doentes oncológicos.”, em resposta, ao já mencionado *Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Oncológicas* que estabeleceu a necessidade de uma reorganização de rede de referência hospitalar de Oncologia⁹. O documento pretende coadjuvar o “Ministério da Saúde e as Administrações Regionais de Saúde [para que] possam orientar o investimento nos recursos físicos e humanos necessários”, no sentido de manter assegurada a formação de equipas e a capacidade de resposta do SNS. Ali estabelece os parâmetros a verificar a título de requisitos gerais e específicos e, nesse sentido, assume a necessidade de, designadamente, (i)

⁹ Note-se que a exigência de criação de uma Rede de Referência de Oncologia decorreu do Plano Nacional de Oncologia de 2001-2005. Surge como rede por aprovação ministerial no ano de 2002. A este respeito, recorde-se o entendimento da ERS a propósito das RRH e que será melhor considerado no presente Estudo.

existir um circuito de comunicação entre as diferentes instituições prestadoras de cuidados, (ii) incluir na rede os estabelecimentos prestadores de cuidados primários e hospitalares, os IPO e os estabelecimentos privados que trabalhem em regime de complementaridade com o SNS, (iii) definir adequadamente os requisitos de competência para a prestação de diferentes modalidades de cuidados oncológicos com garantia de que o desempenho do prestador está ao nível dos padrões de qualidade indispensáveis, (iv) contemplar a prestação de cuidados psico-oncológicos como componente integrante da assistência aos doentes e, ainda, (v) monitorizar e avaliar o desenvolvimento da rede através das Coordenações Regionais a criar junto de cada ARS.

São ademais estabelecidos os requisitos gerais e específicos da prestação de cuidados em Oncologia, estes últimos para a cirurgia, para a Radioterapia e Oncologia Médica. A respeito da Radioterapia, é feita referência à obrigatoriedade das reuniões de orientação multidisciplinar e a presença de, pelo menos, um Radioterapeuta no decurso dos tratamentos. Ainda, revela ser essencial a possibilidade de referenciação do utente para outro centro oncológico, sempre que não exista disponibilidade no prestador, do sector público ou privado. Finalmente, cada centro de Radioterapia deve dispor de, pelo menos, duas unidades de radiação externa, com tratamento de, pelo menos, 600 doentes/ano, com respeito pelos tempos máximos estabelecidos.

i) Resolução da Assembleia da República n.º 44/2010, de 8 de abril

Em maio de 2010 é publicada a Resolução da Assembleia da República n.º 44/2010, aprovada em 8 de abril, que recomendou ao Governo a adoção de “[...] *medidas urgentes que diminuíssem os tempos de espera para consulta e cirurgia oncológica e que melhorem a qualidade e o acesso aos tratamentos oncológicos*”. Nesse sentido, foi designadamente considerada, e nalgumas situações, reiterada, a relevância de:

- (i) promover a “[...] *contratualização devidamente protocolada e monitorizada com os sectores social e privado*.”;
- (ii) implementar rastreios sistemáticos dos tipos de cancro com maior incidência na população portuguesa;
- (iii) criar um Registo Oncológico Nacional “[...] *com emissão de dados em tempo real que permitam a incidência das neoplasias malignas e a sobrevivência aos cinco anos*”, que assegure a referenciação adequada de doentes com neoplasias malignas, bem como a “[...] *projeção e o*

planeamento das necessidades a médio e longo prazo, no território nacional, em matéria de recursos humanos e equipamentos necessários [...] e assegure equipas multidisciplinares que possam contemplar a vertente da prevenção e rastreio ao tratamento curativo e paliativo [...]”;

(iv) criar Centros de Elevada Diferenciação e Centros de Tratamento nos termos da Circular Normativa 14/DSCS/DGID, de 31 de julho de 2008, da DGS;

(v) divulgar normas de orientação clínica para diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas “[...] nomeadamente quanto ao tempo máximos de espera, por parte do Departamento da Qualidade na Saúde, criado pela Portaria n.º 155/2009, de 10 de fevereiro”;

(vi) determinar o aumento de formação de especialistas de Oncologia Médica, Radioterapia e Anatomia Patológica de forma a garantir a qualidade e a acessibilidade dos cuidados; e

(vii) reforçar a investigação clínica para melhoria da qualidade do processo assistencial, formativo e organizativo das instituições.

j) Decreto-Lei n.º 72/2011, de 16 de junho

O Decreto-Lei n.º 72/2011, de 16 de junho (que altera o já referido Decreto Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto) reconhece a qualificação de físico a todos os profissionais que exerçam funções à data de entrada em vigor do diploma, desde que detentor de licenciatura em Física ou Engenharia Física ou ainda licenciatura adequada e de formação em “[...] *física das radiações ou em tecnologia das radiações nos termos da legislação relativa ao ramo de física hospitalar, da carreira técnica superior de saúde, ou com formação equivalente àquela.*” Para tanto, importa que o profissional comprove a sua habilitação com o grau de especialidade do ramo hospitalar e experiência profissional na área da física médica não inferior a três anos ou não inferior a cinco anos na área de física médica obtida em unidades de saúde reconhecidas pelo Ministério da Saúde.

k) Auditoria do Tribunal de Contas¹⁰

Recentemente, foi publicado o Relatório n.º 14/2012 da 2.ª Secção do Tribunal de Contas relativo às práticas de gestão dos IPO de Lisboa, Coimbra e Porto que havia sido iniciada em 2011 e transitada para o ano de 2012. O “[...] *âmbito temporal da auditoria é o triénio 2008-2010 [e] teve como objetivos gerais [...]*” verificar se as decisões de gestão do órgão executivo de cada um dos estabelecimentos auditados “[...] *foram suportadas em Análises Custo-Benefício ou equivalente*”, avaliar “[...] *a eficiência e eficácia da atividade e da gestão [...]*”, analisar comparativamente a situação económica e, finalmente, verificar “[...] *se foram implementadas as recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção*”.

Além destes, o Tribunal teve como objetivos específicos, designadamente, os de aferir da eficiência da utilização de recursos, e apuramento da sua evolução, avaliar do cumprimento dos TMRG, analisar os custos médios unitários de produção em Radioterapia da estrutura de custos e evolução do desempenho da situação jurídico-financeira.

De acordo com aquela instância judicial, há necessariamente prejuízo na equidade do atendimento, no conforto e tratamento dos utentes atenta as distintas condições físicas, os recursos técnicos e as demais técnicas existentes em cada um daqueles estabelecimentos.

1.2. Incidência de doença oncológica em Portugal

1.2.1. Análise comparativa

A Comissão Europeia revela que todos os anos são diagnosticados na Europa, 3,2 milhões de novos casos de cancro, essencialmente cancro da mama, cólon e reto e do pulmão ^{11 12}.

¹⁰ Refira-se que o seu teor não corresponde necessariamente à finalidade que a ERS se propôs atingir no presente enquadramento, pelo que aqui apenas é feita esta breve referência e o seu teor será oportunamente considerado, mormente na parte respeitante aos protocolos celebrados entre o SNS e os estabelecimentos privados.

¹¹ A respeito das estimativas apresentadas pela Agência Internacional de Investigação do Cancro, de acordo com a Globocan, apresentado em 2008, as projeções apontam para que até ao ano de 2030, em Portugal, surjam 55.783 novos casos de cancro todos os anos. Já o número de mortes estimadas pelas projeções deste relatório aponta para cerca de 32.693 mortes por ano. Vide <http://globocan.iarc.fr>. Conforme consta da página inicial de apresentação do projeto da GLOBOCAN, “[...] *The aim of the project is to provide contemporary estimates of the incidence of, mortality and prevalence from major type of cancers, at national level, for 184 countries of the world. The GLOBOCAN estimates are presented for 2008, separately for each sex and, for incidence and mortality data, for ten age groups. 1-, 3- and 5-year prevalence data are available for the adult population only (ages 15 and over).*” Não obstante note-se que as estimativas realizadas baseiam-se em dados disponíveis na Agência Internacional de Investigação do

Na realidade, e não obstante todos os esforços da UE dedicados à I&D¹³ no setor e da constante preocupação de implementar medidas de melhoria da qualidade de vida dos doentes que buscam o aumento da sua esperança de vida, a doença oncológica continua a ser sentida como um grave problema de saúde pública. Nas instâncias europeias têm sido adotadas medidas de forma concertada entre os Estados Membros que passam pela promoção de estilos de vida e comportamentos mais saudáveis¹⁴, e pela implementação de programas de rastreio eficazes tendentes ao diagnóstico e ao tratamento precoces. É genericamente considerado que estas medidas são capazes de prevenir o aparecimento de certos tipos de cancro e melhorar a saúde da população.

Em Portugal, de acordo com o *European Cancer Observatory*¹⁵ (2008), o cancro do cólon e do reto é o mais frequente, com uma incidência de 16% relativamente ao total de cancros mais frequentes, seguido pelo cancro da mama e da próstata com a incidência de 12% cada, do pulmão com 8%, do estômago com 7%, da bexiga e da cavidade oral e faringe com 4%, do linfoma *não-hodgkin* com 3%. Os outros tipos de cancro evidenciaram uma incidência de 34% relativamente ao total de cancros mais frequentes.

Cancro e na demais informação disponível na internet, tanto mais que “[...] *the sources of data are continuously improving in quality and extent, estimates may not be truly comparable overtime and care should be taken when comparing these estimates with those published earlier. The observed differences may be the result of a change in the methodology and should not be interpreted as a time trend effect.*”.

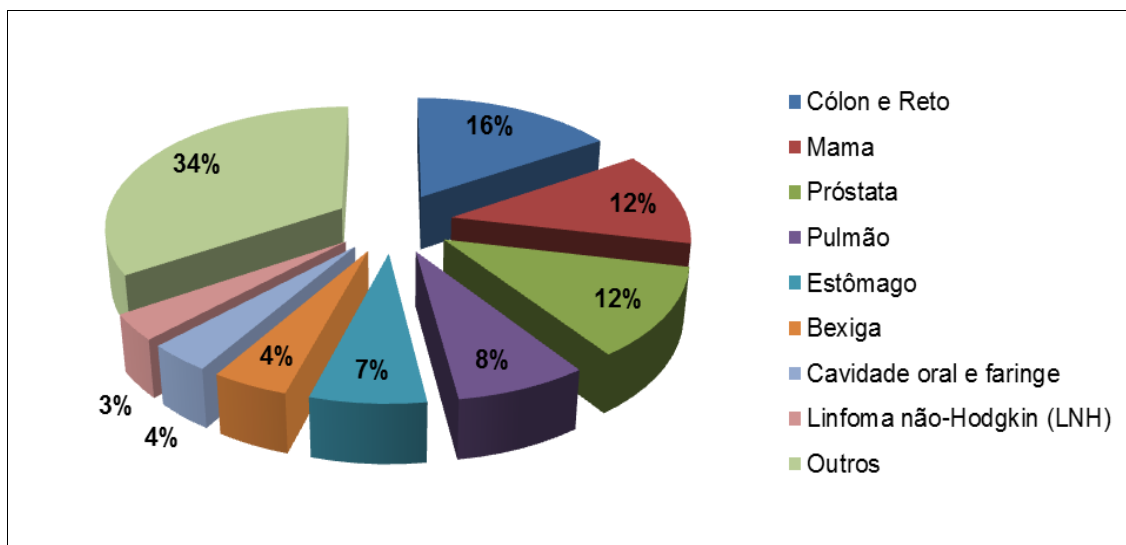
¹² Vide http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cancer/index_pt.htm.

¹³ Vide Correia de Campos, A. e Simões, Jorge (2012), “O Percurso da Saúde: Portugal na Europa”, Almedina.

¹⁴ Vide Código Europeu contra o Cancro em http://ec.europa.eu/health-eu/doc/cancercode_pt.pdf.

¹⁵ Vide <http://eu-cancer.iarc.fr/country-930--european-union-27.html.en>.

Gráfico 1 – Incidência da doença oncológica mais frequente, em Portugal, em 2008¹⁶

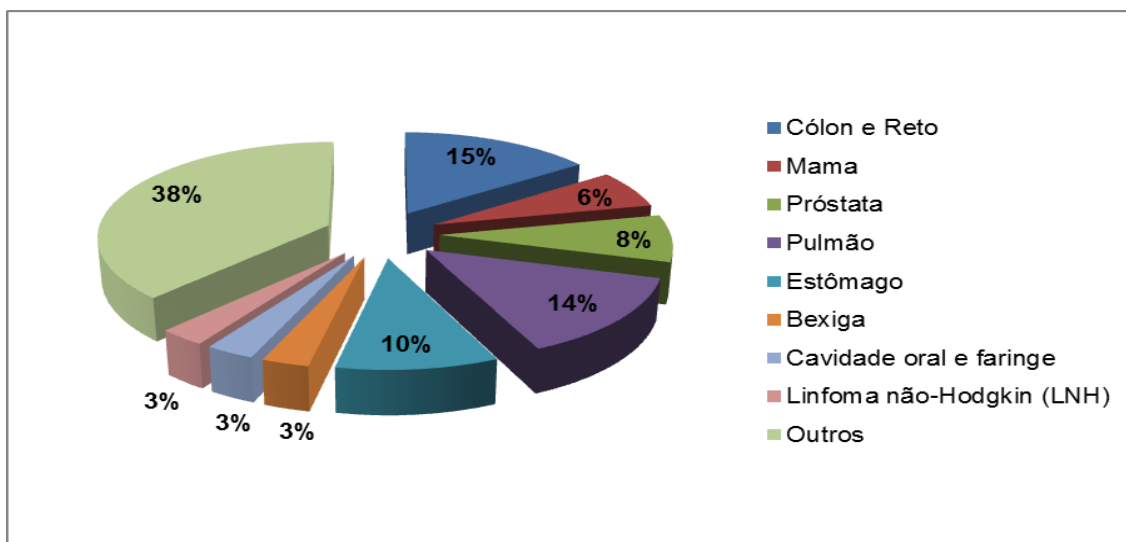


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do *European Cancer Observatory*.

Relativamente à taxa de mortalidade dos cancros mais frequentes, refere o Observatório que, no nosso País, o cancro do cólon e do reto apresenta a taxa de mortalidade mais elevada, com 15% relativamente ao total verificado para os demais cancros mais frequentes, seguido pelo cancro do pulmão com 14%, do estômago com 10%, da próstata com 8%, da mama com 6%, da bexiga, da cavidade oral e faringe e do linfoma *não-hodgkin* que representam cada um, uma taxa de 3%, e os outros tipos de cancro evidenciaram uma taxa de mortalidade de 38% relativamente ao total de mortes dos cancros mais frequentes.

¹⁶ Vide European Cancer Observatory em <http://eu-cancer.iarc.fr/?lang=2>.

Gráfico 2 - Mortalidade por doença oncológica mais frequente, em Portugal, em 2008¹⁷



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do *European Cancer Observatory*.

Resulta de uma análise comparativa entre Portugal e a União Europeia relativamente aos cancros mais frequentes, que, no nosso País, existe uma maior incidência do cancro do cólon, do reto e do estômago, e uma menor incidência do cancro da mama, próstata, pulmão, bexiga e outros tipos de cancro (ver Tabela 1).

Tabela 1 - Incidência da doença oncológica mais frequente, em Portugal e na União Europeia, em 2008

Tipo de Cancro	Portugal	UE27	Variação em p.p.
Cólon e Reto	15,99%	13,60%	2,39%
Mama	12,45%	13,50%	-1,05%
Próstata	11,78%	13,80%	-2,02%
Pulmão	7,59%	11,70%	-4,11%
Estômago	6,66%	3,40%	3,26%
Bexiga	4,42%	4,50%	-0,08%
Cavidade oral e faringe	3,66%	N/D	N/D
Linfoma não-Hodgkin (LNH)	3,43%	N/D	N/D
Outros	34,02%	39,50%	-5,48%
Total	100%	100%	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do *European Cancer Observatory*.

¹⁷ Vide *European Cancer Observatory* em <http://eu-cancer.iarc.fr/?lang=2>.

Já no que respeita à taxa de mortalidade dos cancros mais frequentes, constata-se que Portugal apresenta uma taxa superior no cancro do cólon e do reto, da próstata e do estômago relativamente ao conjunto de países que constituem a União Europeia. Em contrapartida, apresentou uma taxa de mortalidade inferior no cancro da mama, pulmão, bexiga e outros tipos de cancro (ver Tabela 2).

Tabela 2 – Taxa de mortalidade por doença oncológica, mais frequente para Portugal e para a União Europeia, em 2008

Tipo de cancro	Portugal	UE27	Variação em p.p.
Cólon e Reto	15,16%	12,10%	3,06%
Mama	6,41%	7,30%	-0,89%
Próstata	7,97%	5,80%	2,17%
Pulmão	13,74%	20,50%	-6,76%
Estômago	9,98%	5,00%	4,98%
Bexiga	2,92%	3,10%	-0,18%
Cavidade oral e faringe	3,01%	N/D	N/D
Linfoma não-Hodgkin (LNH)	2,90%	N/D	N/D
Outros	37,92%	46,30%	-8,38%
Total	100%	100%	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do *European Cancer Observatory*.

De acordo com um estudo¹⁸ publicado na *Annals Oncology*, estimava-se que, para 2012 e para a União Europeia, a mortalidade por tumores cancerígenos seria, para o sexo masculino, de cerca de 138,7 mortes por cem mil habitantes, e, para o sexo feminino, de 84,67 por cem mil habitantes. Se compararmos estes dados com os ali indicados para o ano de 2007, constata-se uma descida de 153,5 mortes por cem mil habitantes e de 90,64 mortes por cem mil habitantes, no caso dos homens e no caso das mulheres, respetivamente. As exceções a tais resultados são verificadas apenas no cancro do pâncreas para ambos os géneros e no cancro de pulmão para as mulheres.

O estudo evidencia como principais causas da diminuição da mortalidade na União Europeia, a diminuição do consumo de tabaco, e o progresso contínuo na prevenção, na deteção precoce dos casos e na melhoria dos cuidados médicos.

Para Portugal, aqui considerada cada uma das ARS, a análise que a seguir se apresenta assente na prevalência de cancro maligno na população, fundamentou-se

¹⁸ Vide Malvezzi, M. et. al., (2012), “European cancer mortality predictions for the year 2012”, em *Annals Oncology*.

nos resultados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/2006¹⁹. Conforme realçado na Tabela 3 constata-se uma percentagem superior de prevalência de tumor maligno/cancro na ARS do Norte, enquanto que, em cada uma das restantes regiões, com exceção da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, a percentagem é inferior à de 1,9% verificada para Portugal Continental.

Tabela 3 – Percentagem da população residente por tipo de doença crónica existente, por ARS, INS 2005/2006

ARS	Tumor maligno/ cancro
Continente	1,90%
Norte	2,20%
Centro	1,60%
Lisboa e Vale do Tejo	1,90%
Alentejo	1,80%
Algarve	1,50%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Instituto INSA/INE – INS 05/06.

¹⁹ Até à presente data, foram publicados quatro inquéritos nacionais de saúde, sendo feita referência no presente Estudo ao último publicado.

2. Acesso dos utentes a cuidados de saúde de Radioterapia

2.1. Acesso aos cuidados de saúde como direito constitucionalmente reconhecido

O acesso aos cuidados de saúde implica a consequente obrigação de os prestadores de cuidados de saúde assegurarem aos utentes os serviços que se dirijam à prevenção, à promoção, ao restabelecimento ou à manutenção da sua saúde, bem como ao diagnóstico, ao tratamento/terapêutica e à sua reabilitação, e que visem atingir e garantir uma situação de ausência de doença e/ou um estado de bem-estar físico e mental.

Nessa medida, o direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde impõe-se:

- (i) a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que estejam integrados no SNS e que, nesse caso, deverão garanti-lo em respeito pelos princípios da generalidade, da universalidade e da gratuitidade tendencial;
- (ii) a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde convencionados ou em regime livre, integrados num dado subsistema (público ou privado) de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal subsistema e nos termos definidos por este último;
- (iii) a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso haja sido contratado pelo utente uma tal cobertura do risco de doença e nos termos acordados com a entidade seguradora; e
- (iv) a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde privados e com ou sem fins lucrativos, mediante a contraprestação acordada com o concreto prestador livremente escolhido.

O direito constitucional de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde concretiza-se no direito a proteção à saúde e, nesse sentido, assenta no respeito pelos princípios

fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial, alargando-se a toda a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde^{20 21}.

A característica da universalidade assenta na atribuição a “*todos*” do direito à proteção da saúde. Nessa medida, deve ser assegurado a todos os cidadãos o direito de acesso aos serviços de saúde integrados no SNS “[...] *independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação*”. Assim, em suma, a universalidade pressupõe que todos os cidadãos, sem exceção, estejam cobertos pelas políticas de promoção e proteção da saúde e possam aceder aos serviços prestadores de cuidados de saúde.

É também com base neste princípio que é concedido a todos os cidadãos portugueses o direito de recorrer ao SNS, sejam eles residentes em Portugal ou no estrangeiro, mas também aos “[...] *cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias, nos termos das normas comunitárias aplicáveis*”; aos “[...] *cidadãos estrangeiros residentes em Portugal*”; e aos “[...] *cidadãos apátridas residentes em Portugal*” - cfr. Base XXV da Lei de Bases da Saúde (LSB)²².

Intimamente ligada à universalidade do SNS está a característica da generalidade que se prende com a determinação do tipo de cuidados de saúde que devem ser abrangidos pelo SNS, impondo-se que garanta, com maior ou menor grau, uma prestação integrada de cuidados globais de saúde aos seus beneficiários. O princípio da generalidade aponta para o direito dos cidadãos a obter todo o tipo de cuidados de saúde, pelo que o Estado, com o intuito de assegurar a realização do direito à proteção da saúde, deverá “*garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde*” - cfr. alínea b) do n.º 3 do artigo 64º da CRP.

Conforme resulta da alínea b) da Base XXIV da LBS, o cidadão tem o direito a que lhe sejam prestados integralmente todos os cuidados de saúde, sejam primários, secundários, continuados ou paliativos, aqui importando realçar que o permanente cumprimento das características de universalidade e generalidade do SNS implica a existência de regras (desde logo de referenciação) que garantam que um qualquer

²⁰ Conforme o disposto no n.º 4 da Base XIII da Lei de Bases da Saúde, a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde abrange o SNS, os estabelecimentos privados, bem com os profissionais liberais com quem o Estado tenha celebrado contratos de prestação de cuidados aos utentes do SNS.

²¹ Conforme disposto na Base XXIV da Lei de Bases da Saúde, o Sistema Nacional de Saúde deve “[...] a) *Ser universal quanto à população abrangida;*
b) *Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;*
c) *Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;*
d) *Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados [...]*”.

²² A Lei de Bases da Saúde foi publicada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

utente obterá, junto do SNS e em qualquer situação, os cuidados de saúde que efetivamente necessite.

Neste sentido, o SNS deverá “*abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e prestações médicas*”, traduzindo, assim, o princípio da generalidade, a “*necessidade de integração de todos os serviços e prestações de saúde*”.

A LBS determina na sua Base XXIV que o SNS deve prestar aos utentes, de forma integrada, “*cuidados globais ou garantir a sua prestação [...]*”. Nesse pressuposto, o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários que devem situar-se junto das comunidades (n.º 1 da Base XIII da LBS), devendo ser promovida a intensa circulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes (cfr. n.º 2 da Base XIII da LBS). Desta forma, veio o legislador impor um sistema de saúde estratificado no qual os serviços e unidades de saúde se devem estruturar, funcionar e articular entre si, em favor dos interesses dos utentes que devem, em condições de igualdade, aceder aos cuidados de saúde.

Visa-se, portanto, um SNS que “*prest[e] integradamente cuidados globais ou garant[a] a sua prestação*” (alínea b) e d) da Base XXIV da LBS), e que possibilite ao utente o acesso com carácter de equidade “[...] *com o objetivo de minimizar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados*” – cfr. alínea b) e d) da Base XXIV da LBS. Portanto, a estruturação do atual sistema de saúde assenta em níveis diferenciados de prestação de cuidados (primários, secundários ou hospitalares, continuados e domiciliários).

A característica da generalidade manifesta-se na necessidade de se garantir uma correta referenciação de cuidados de saúde entre os diversos estabelecimentos neles integrados. Este aspeto está em tudo relacionado com as redes de referenciação hospitalar (RRH) que se definem como sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições dos cuidados primários e hospitalares, sustentado num sistema integrado de informação institucional. Ou seja, a definição, implementação e respeito pelas redes de referenciação implica que sejam estruturadas de forma a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades de prestadores de cuidados de saúde, e orientar-se numa lógica centrada na população e com base em critérios de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos.

Finalmente, a gratuidade tendencial prevista na alínea c) da Base XXIV da LBS, determina que a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS tende a ser gratuita, pelo que será admissível a cobrança de determinados valores que possuam uma função de moderação do consumo de cuidados de saúde, tal como prosseguido pelas taxas moderadoras, e desde que não seja vedado o acesso aos cuidados de saúde, por razões económicas. Constitui uma diretriz da política de saúde o objetivo fundamental de “[...] obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (cfr. alínea b) do n.º 1 da Base II LBS)²³.

Ainda, refira-se que a alínea d) da Base XXIV da LBS apela a uma aplicação integrada de todos os princípios fundamentais estabelecidos para o SNS, e avalia o acesso aos cuidados de saúde, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber, económica, temporal, qualitativa e geográfica:

- (i) numa perspetiva económica, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido seja qual for a condição económica do utente, de onde se fundamenta o quadro conformador da mera moderação no acesso aos cuidados de saúde decorrente das taxas moderadoras;
- (ii) numa perspetiva temporal, o acesso implica a obtenção de cuidados de saúde de forma não discriminatória e em tempo útil. Sendo atualmente o

²³ Importa rememorar que a Constituição da República Portuguesa, no seu texto originário, dispunha que o direito à proteção da saúde seria realizado “[...] pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”. Pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro (que tinha natureza de lei de bases), denominada “Lei do Serviço Nacional de Saúde”, a Assembleia da República determinou que, e conforme o artigo 7.º, o acesso ao SNS seria gratuito, não obstante a possível cobrança de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização dos serviços públicos de saúde. No seguimento do previsto daquele dispositivo, o Governo aprovou o Decreto-lei n.º 57/86, de 20 de março, que regulamentou as condições de exercício do direito de acesso aos cuidados de saúde. Nesse diploma eram fixadas taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde, com exceção dos internamentos hospitalares, na Radioterapia e exames histológicos, nos cuidados prestados nos serviços de urgência ou nos serviços de atendimento permanente (SAP) dos Centros de Saúde e nos cuidados de saúde prestados a doadores de sangue benévolos e habituais.

Posteriormente, a Lei Constitucional n.º 1/89 alterou a redação do n.º 2 artigo 64.º da CRP, passando a prever na sua alínea a) que a realização do direito à proteção da saúde é feita “através de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta a condição económica e social dos cidadãos, tendencialmente gratuito” – destaque nosso. Tal como tinha acontecido ao abrigo da versão constitucional anterior, o legislador ordinário, em cumprimento da imposição constitucional, agora contida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP, aprovou uma LBS, na qual incluiu, na alínea c) da Base XXIV, entre as características essenciais do SNS, e como já visto, o “ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”. Em face da clarificação resultante da alteração ao preceito constitucional, que deixou de impor a gratuidade do SNS, por contraposição à gratuidade tendencial, o legislador estabeleceu no n.º 1 da Base XXXIV da LBS a possibilidade de “com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde”, poderem ser cobradas taxas moderadoras, as quais constituiriam “receita do Serviço Nacional de Saúde”.

Contudo, a LBS estabelece, desde logo, uma ressalva na aplicação das taxas moderadoras, uma vez que as mesmas não poderão ser cobradas quer àqueles cidadãos que estejam sujeitos a maiores riscos, quer àqueles financeiramente mais desfavorecidos, os quais ficarão isentos do seu pagamento, nos termos a determinar na Lei (vd. n.º 2 da Base XXXIV da LBS).

conceito mais consensual de equidade de utilização de serviços de saúde o conceito de equidade horizontal, ou seja, igual tratamento para igual necessidade ou ainda, tratamento distribuído de acordo com as necessidades e independentemente da fonte de financiamento. Assim, existe, por um lado uma equidade “temporal” de imposição de atendimento, para satisfação de iguais necessidades, por ordem de solicitação da prestação dos serviços, e ao mesmo tempo, uma satisfação das necessidades de cuidados de saúde em tempo útil e adequado;

(iii) numa perspetiva qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser compreendido como o acesso aos cuidados que, efetivamente, são necessários e adequados à recuperação física e mental do utente, caso contrário, existirá um desfasamento entre a procura e a oferta na satisfação das necessidades;

(iv) numa perspetiva geográfica, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam e, por isso, não pode ser coartado por limitações geográficas de acesso.

O direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde impõe-se igualmente aos prestadores, do setor privado ou social, e com os quais tenham sido celebradas convenções ou acordos destinados a esse fim. Neste âmbito, o n.º 3 da Base XII da LSB determina que o “*Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso*”. Nestes casos, os cuidados de saúde são prestados ao abrigo de acordos específicos, pelos quais o Estado incumbe essas entidades da missão de interesse público inerente à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, passando essas instituições a fazer parte do conjunto de operadores, públicos e privados, que garantem a imposição constitucional de prestação de cuidados públicos de saúde. Também o Estatuto do SNS aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, se aplica “[...] às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articuladas com o Serviço Nacional de Saúde.” – cfr. artigo 2.º do Estatuto do SNS. Pelo que, constitui dever daquelas entidades receber e cuidar dos utentes, em função do grau de urgência, nos termos dos contratos que hajam celebrado, bem como, nos termos do n.º 2 do artigo 37.º do mesmo diploma “*cuidar dos doentes com oportunidade e de forma adequada à situação*”, isto é, de forma pronta e não discriminatória. No mesmo

sentido, prevê o artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril que as convenções se destinam a contribuir para “a necessária prontidão, continuidade e qualidade na prestação de cuidados de saúde” e “a equidade do acesso dos utentes aos cuidados de saúde”.

Por outro lado, a alínea b) do n.º 2 do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, relativo aos direitos e deveres das entidades convencionadas, estabelece que os operadores convencionados estão obrigados a “prestar cuidados de saúde de qualidade aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, e a não estabelecer qualquer tipo de discriminação”.

2.2. Tempos de Resposta Garantidos

A Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, aprovou “[...] os termos a que deve obedecer a redação e publicação pelo Ministério da Saúde da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde [...]”, e pretendeu “[...] garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente [...]” - cfr. artigo 1.º e n.º 1 do artigo 2.º.

Enquanto instrumentos de concretização de tal desiderato, prevê-se a definição e estabelecimento de TMRG²⁴, bem como o reconhecimento do *direito dos utentes à informação sobre esses tempos* (cfr. n.º 2 do artigo 2.º). Este último é garantido por via da definição e imposição do conjunto de deveres de informação previstos no artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, que os estabelecimentos do SNS e do sector convencionado devem cumprir.

A predita Lei conforma e concretiza o direito de acesso aos cuidados de saúde, e, para tanto, prevê a sua regulamentação de forma a objetivar, mediante regras concretas, definidas e perfeitamente identificadoras, de como se há-de garantir e prover, em cada situação, um tal direito fundamental de acesso²⁵.

²⁴ Os TMRG serão estabelecidos anualmente, por Portaria do Ministério da Saúde, para todo o tipo de prestações sem carácter de urgência, nomeadamente ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada, devendo, gradualmente, ser discriminados por patologia ou grupos de patologia (cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007). Por seu turno, cada estabelecimento do SNS fixará anualmente, dentro dos limites máximos estabelecidos a nível nacional por via da referida Portaria, os seus tempos de resposta garantidos por tipo de prestação e por patologia ou grupo de patologias, que igualmente deverão constar dos respetivos planos de atividades e contratos-programa (cfr. n.º 3 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007).

²⁵ O direito dos utentes à informação é garantido por via da definição e imposição do conjunto de deveres de informação previsto no artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, e concretamente:

Nesse seguimento e num primeiro momento, é publicada a Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho que aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH). Foram assim estabelecidas as regras de organização e procedimentos, a serem implementados em calendarização determinada na Portaria que permitiram a constituição de um sistema integrado de acesso²⁶.

“De forma a garantir o direito dos utentes à informação, previsto no artigo 2.º da presente lei, os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e do sector convencionado são obrigados a:

- a) Afixar em locais de fácil acesso e consulta pelos utentes a informação atualizada relativa aos tempos máximos de resposta garantidos por patologia ou grupos de patologias, para os diversos tipos de prestações;*
- b) Informar os utentes no ato de marcação, mediante registo ou impresso próprio, sobre o tempo máximo de resposta garantido para prestação dos cuidados de que necessita;*
- c) Informar os utentes, sempre que for necessário acionar o mecanismo de referência entre os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, sobre o tempo máximo de resposta garantido para lhe serem prestados os respetivos cuidados no estabelecimento de referência, nos termos previstos na alínea anterior;*
- d) Informar os utentes, sempre que a capacidade de resposta dos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde estiver esgotada e for necessário proceder à referência para os estabelecimentos de saúde do sector privado, nos termos previstos na alínea b);*
- e) Manter disponível no seu sítio da Internet informação atualizada sobre os tempos máximos de resposta garantidos nas diversas modalidades de prestação de cuidados; [...].”*

²⁶ Tal regulamentação surgiu no seguimento do reconhecimento da “[...] existência de insuficiências ao nível do sistema de gestão do acesso à primeira consulta hospitalar, [que levou à identificação da] necessidade de adoção de medidas de gestão, nomeadamente em matéria de regulação, normalização e controlo, que permitam uma monitorização eficaz da capacidade de resposta das instituições hospitalares do SNS, pelo que se justifica a criação de um programa específico” – cfr. preâmbulo da referida Portaria. Foram assim estabelecidas as regras de organização e procedimentos do sistema CTH, o qual “[...] estabelece o regime de referência e de gestão do acesso às primeiras consultas de especialidade hospitalar, com origem nas unidades prestadoras de cuidados de saúde primários [...] tendo por base critérios de prioridade clínica e de antiguidade do registo do pedido de consulta”.

De fora deste sistema ficaram as situações que requerem intervenção no serviço de urgência, bem como as consultas subsequentes (que são da responsabilidade do profissional de saúde que realiza a primeira consulta hospitalar), e ainda os pedidos de MCDT (que tradicionalmente eram remetidos para o sector privado, via convenção, mas que atualmente, por exemplo no caso das Unidades Locais de Saúde (ULS) já começam a ser realizadas com mais frequência nas unidades hospitalares do SNS, via implementação de procedimento de internalização entre os Centros de Saúde e os Hospitais).

Este sistema visa, desde logo, garantir a “[...] transparência dos procedimentos e a responsabilização das instituições do SNS e dos utentes na marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar, tendo em conta o nível de urgência definido pelo médico assistente e a prioridade clínica de atendimento atribuída pelo profissional responsável pela triagem dos pedidos” (ponto 2.2 do Regulamento do CTH).

Quanto à forma como se processa o sistema refira-se que “O pedido de primeira consulta de especialidade pelo médico assistente para a instituição de destino, bem como os procedimentos relacionados com o seu registo até à efetiva realização dessa consulta, realizam-se exclusivamente através do sistema informático da CTH e de forma integrada com a aplicação informática utilizada no agendamento e na gestão da marcação de consultas de cada hospital.”, sendo intervenientes no sistema “[...] os médicos, os enfermeiros e outros profissionais de saúde com responsabilidades assistenciais, especificamente identificados, nomeados e responsabilizados para o efeito pelo órgão de gestão da instituição prestadora de cuidados de saúde, bem como os administrativos das unidades de cuidados de saúde primários e dos hospitais do SNS responsáveis pelo circuito administrativo do pedido de primeira consulta até à conclusão do respetivo processo.” (pontos 3.1. e 3.2. do Regulamento do CTH).

Já no que se refere ao funcionamento do sistema o Regulamento do CTH estabelece que “[...] é adotado um sistema informático centralizado e integrado que estabelece a comunicação eletrónica entre o médico da unidade de cuidados de saúde primários, adiante designado por médico assistente, e o médico, o enfermeiro ou outro profissional de saúde com responsabilidades assistenciais, designado [...] por triador, para inscrição dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar e de monitorização do processo, desde a data da sua solicitação até à data da sua realização ou à data de cessação do pedido.” (ponto 3.3. do Regulamento do CTH).

E mais tarde, a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro veio, efetivamente, definir “[...] ao abrigo do n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007” (cfr. preâmbulo da Portaria), os TMRG a serem respeitados pelos estabelecimentos do SNS e igualmente pelos prestadores privados convencionados com o SNS. Ou seja, esta última Portaria procedeu à fixação, “a nível nacional, [dos] tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência e que constam do anexo n.º 1 [da referida Portaria]”.

Assim, para a prestação de cuidados de saúde, e concretamente, para os cuidados oncológicos, foram estabelecidos os seguintes TMRG:

2 — Hospitais do SNS:	
2.2 — Primeira consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada.....	Variável em função do nível de prioridade — v. n.º 3.3 das notas técnicas.
2.5. — Cirurgia Programada na doença oncológica	Variável em função do nível de prioridade — v. n.ºs 3.4 e 3.5. das notas técnicas.

Fonte: Anexo I da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro.

De acordo com a referida nota técnica 3.3., o prazo máximo estipulado para a realização de primeira consulta dependerá da prioridade atribuída à situação clínica, considerando que:

- Prioridade de nível 4 – o doente é admitido pelo serviço de urgência;
- Prioridade de nível 3 – 7 dias seguidos;
- Prioridade de nível 2 – 15 dias seguidos; e
- Prioridade de nível 1 – 30 dias seguidos.

Refira-se, por último, que o sistema CTH, possui ainda subjacente “[...] a avaliação especializada dos registos inscritos, a identificação da prioridade de atendimento e a marcação de primeiras consultas com base nessa prioridade, permitindo a monitorização de todos os pedidos de consulta com identificação clara dos intervenientes e respetivo desempenho em termos de tempo de resposta e dos atos associados.” (ponto 3.5. do Regulamento do CTH).

Já no que respeita à cirurgia programada, as notas técnicas 3.4. e 3.5. determinam que os prazos máximos para a realização do ato são, no caso de

Prioridade de nível 4 – setenta e duas horas;

Prioridade de nível 3 – 15 dias seguidos;

Prioridade de nível 2 – 45 dias seguidos; e

Prioridade de nível 1 – 60 dias seguidos, excetuando-se a situação de cirurgia para correção morfológica em resultado de cirurgia oncológica anterior que poderá realizar-se até 270 dias.

Ainda, na sua nota técnica 3.6., aquele diploma refere que as modalidades de tratamento não cirúrgico da doença oncológica deverão observar os tempos de resposta considerados clinicamente adequados de acordo com o estado da arte. Não obstante, refere que o início do tratamento não poderá ultrapassar os 45 dias seguidos após a indicação terapêutica, e nas modalidades de tratamento combinadas, os 30 dias, salvo situações fundamentadas clinicamente.

Finalmente, na nota 3.8. é referido que *“os institutos de oncologia, por não disporem de urgência aberta, devem garantir um serviço de atendimento permanente não programado, que garanta a observação atempada de todos os utentes referenciados com o nível de prioridade 3 e 4.”*²⁷.

Ainda a respeito dos tempos máximos de resposta à doença oncológica, o Programa de desenvolvimento publicado em junho de 2009, *do Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007/2010*, quando se refere ao tratamento integrado, em concreto à rede de referência integrada em Oncologia e à gestão de espera em todo o processo clínico, faz notar que:

(i) no que respeita ao tempo de referência de caso suspeito/confirmado pelo Médico de Família ao Centro de Referência (CR), o processo de referência deve incluir o relatório clínico do doente com história clínica e

²⁷ Refira-se, sumariamente, que a Portaria publicou ainda a “*Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde*”, que contém, de entre o elenco de direitos reconhecidos aos utentes do SNS, o direito à prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde e ao registo imediato em sistema de informação do seu pedido de consulta, exame médico ou tratamento e a posterior agendamento da prestação de cuidados de acordo com a prioridade da sua situação e ainda, a reclamar para a ERS caso os TMRG não sejam cumpridos, podendo ainda, no caso de se tratar de um estabelecimento do SNS, reclamar através do Sistema Sim-Cidadão. Dali decorre igualmente o direito do utente do SNS a ser, designadamente informado em cada momento sobre a sua posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde que aguarda, bem como a ser informado pela instituição prestadora de cuidados quando esta não tenha capacidade para dar resposta dentro do TMRG aplicável à sua situação clínica e de que lhe é assegurado serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referência para outra entidade do SNS ou para uma entidade do sector privado convencionado.

exame físico e/ou exames complementares efetuados. Caso necessário deverá ser feita avaliação complementar localmente antes de se encaminhar o doente sem que atrase o processo de referenciação;

(ii) quanto ao tempo de resposta do CR ao Médico de Família, é ali referido que ao primeiro compete o planeamento dos MCD para confirmação do diagnóstico a realizar desejavelmente, no mesmo dia de consulta. A data da consulta e dos exames planeados deve ser comunicada ao Médico de Família. No caso de impossibilidade de o CR poder efetuar um estudo ou prestar os cuidados ao doente (carência de recursos técnicos ou situação que requer cuidados mais diferenciados) deverá ser o utente orientado de imediato para um outro centro especializado;

(iii) já quanto ao tempo para realização de estudos diagnósticos e estadiamento, na consulta de especialidade devem ser efetuados ou marcados os exames necessários para confirmação e/ou estadiamento da doença. Devem para tanto ser criadas linhas prioritárias para atendimento do doente oncológico, tanto mais que não podem estes ser realizados pelo Médico de Família e caso não tenha capacidade para o efeito, o CR deve requisitá-los a outras entidades, do sector público ou privado;

(iv) finalmente, o tempo para realização/início de tratamento deve ser contado desde o dia em que o doente está pronto para o tratamento que em princípio será a data da reunião de decisão multidisciplinar, salvo razões médicas ou próprias do doente. O tratamento terá de ser realizado em função do nível de prioridade. Ainda, é ali determinado que deve ser estabelecida uma data provisória em reunião para o início de tratamentos e o doente deverá ter sempre informação clara sobre quem é o médico que o acompanha e o assiste e a quem poderá recorrer em situação de necessidade.

Ainda a este respeito, o *Programa* definia como metas a atingir para o ano de 2010, e para os casos de doenças oncológicas com maior incidência (carcinoma de mama e do cólon e reto), o prazo máximo de 60 dias de resposta, a contar da data de referenciação para o CR até ao tratamento e o de 30 dias contabilizados desde a data de consulta de decisão multidisciplinar ao tratamento.

O *Manual de Boas Práticas*, aprovado no ano de 2009 e, note-se, em data posterior a toda a legislação e às orientações do Programa de desenvolvimento, recorda a relevância do respeito pelos prazos máximos no início do tratamento de Radioterapia, tanto mais que várias “[...] *linhas diferentes de evidência têm demonstrado que os*

atrasos no início da Radioterapia podem afetar adversamente os resultados desta terapêutica com diminuição do controlo local e aumento da probabilidade de disseminação do cancro para além do volume alvo tratado.”. Nesse sentido, são considerados como recomendação de boa prática, os seguintes prazos:

Radioterapia nas emergências oncológicas	Boa prática: 8 horas na compressão medular e 24 horas noutras situações Máximo aceitável: 48 horas
Radioterapia paliativa	Boa prática: 48 horas de acordo com a severidade dos sintomas
Radioterapia radical	Máximo aceitável: 2 semanas para sintomas mais severos Boa prática: 2 semanas após o diagnóstico histológico
Radioterapia neo-adjuvante e adjuvante	Máximo aceitável: 4 semanas se forem indispensáveis procedimentos adicionais de estadiamento. Máximo aceitável: 4 semanas ou menos no caso de a Radioterapia adjuvante de quimioterapia.

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos técnicos.

2.3. Análise do acesso dos utentes

Desde a inicial conformação do SNS que claramente foi assumido que a sua organização deveria, sem prejuízo da *superintendência ou tutela do Ministro da Saúde*, assentar na estruturação que melhor serviria a identificação dos cuidados de saúde necessários à recuperação do bem estar físico e mental e à garantia do acesso dos utentes onde quer que estes vivam.

Com efeito, o SNS deve prestar “*integradamente cuidados globais ou garant[ir] a sua prestação*” e que possibilite ao utente o acesso, com carácter “*de equidade e de forma*

integrada, [a] todos os cuidados globais, com o objetivo de minimizar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”.
– cfr. alíneas b) e d) da Base XXIV da LBS.

Nessa medida, e conforme visto, cada uma das ARS desempenha um papel fundamental na estruturação e organização da resposta do SNS nas áreas sob sua influência.

No concreto âmbito dos cuidados de saúde de Radioterapia, importa notar que, de acordo com o documento intitulado *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a próxima década*, publicado em novembro de 2008, a doença oncológica representa a segunda causa de morte da UE, a seguir às doenças cardiovasculares. Nesse sentido, torna-se fundamental avaliar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde de Radioterapia externa com o fim de identificar possíveis problemas que possam impedir o acesso a tais cuidados de saúde.

2.3.1 Metodologia de análise

Num primeiro momento, foram identificados todos os estabelecimentos, do setor público e não público, que prestam cuidados de Radioterapia externa, e sejam detentores de aceleradores lineares. Será considerada: i) a evolução desde 2008 até março de 2012, e os aceleradores lineares em funcionamento; e ii) a evolução desde 2008 até março de 2012, e os aceleradores lineares descritos pelos prestadores mas que não se encontram em funcionamento. Note-se, porém, que os dados referentes ao ano de 2008 pretendem tão somente servir de ponto de partida para uma análise comparativa e evolutiva dos recursos tecnológicos. Aliás, refira-se que esta mesma análise será evidenciada no capítulo 4, dedicado à qualidade da prestação dos cuidados e na qual será feita uma verificação quantitativa dos equipamentos em funcionamento, em 2008 e em 2012.

Num segundo momento, foram delimitadas as populações abrangidas por áreas de influência. Estas foram definidas com base numa referência de tempo de viagem máximo de 60 minutos, julgado adequado para definir a duração da deslocação entre a residência (sendo sempre considerado para este efeito a sede do concelho) e o estabelecimento prestador de cuidados de saúde de Radioterapia²⁸. Ademais, e por se

²⁸ Recorde-se que a ERS no *Estudo para a Carta Hospitalar* definiu como limite máximo admissível em todas as áreas de influência primárias, um tempo de viagem para qualquer residente até ao hospital, de 90 minutos (no caso de situações não urgentes/emergentes, como seja para consultas externas, internamentos e cirurgias). Já no caso dos atendimentos de urgência, está definido como referência o máximo de 60 minutos de viagem (*vide* Despacho n.º 727/2007, de 18 de dezembro de 2006, publicado

julgar que uma análise desta natureza deve assumir diferentes cenários que sirvam como auxiliares de uma decisão diligente e adequada nesta temática, todos os resultados assim obtidos foram comparados com o tempo de viagem máximo de 45 minutos. Note-se que esta referência foi considerada por se entender que é capaz de melhor salvaguardar os naturais sacrifícios impostos aos utentes que recorrem diariamente, pelo menos, durante quatro a cinco semanas, aos tratamentos de Radioterapia²⁹.

As análises atinentes à proximidade da rede de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia fundamentaram-se em quatro cenários distintos com as redes de prestadores e aceleradores lineares existentes, representativas de circunstâncias temporais diversas que nortearam os pressupostos de análise adotados, a saber:

- a) a rede de oferta existente e os aceleradores lineares em funcionamento no mês de março de 2012 (data até à qual foram fornecidas as informações solicitadas aos estabelecimentos aquando das fiscalizações realizadas em maio de 2012);
- b) a rede de março de 2012 tal como existente nessa data, à qual foram acrescentados os aceleradores lineares autorizados não instalados até então na ARS Norte (Maio Clinic e Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE), e na ARS Lisboa e Vale do Tejo (Hospital de Todos os Santos³⁰), conforme indicação da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas;
- c) a rede de março de 2012 tal como existente nessa data, à qual foram acrescentados os aceleradores lineares autorizados mas não instalados até então e descritos em b), e os aceleradores lineares adicionais previstos até 2017, no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década* do Alto Comissariado da Saúde e da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, com dois aceleradores lineares

no Diário da República, 2.ª série, n.º 10, de 15 de janeiro de 2007, relativo às características da rede de serviços de urgência).

²⁹ Note que o tempo de viagem de 45 minutos é considerado com adequado pelos doentes oncológicos no Estudo “Radiotherapy: developing a world class service for England – Report to Ministers from National Radiotherapy Advisory Group”, publicado no ano de 2007 e disponível no sítio eletrónico em http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074575. Assume-se aqui para efeitos de análise e apresentação dos resultados em diferentes cenários. Importa realçar que os tratamentos de Radioterapia, pela sua natureza exigem a diária deslocação do utente ao local do estabelecimento, pelo que o natural sacrifício que lhe é imposto também deverá ser debelado com o menor tempo possível de viagem.

³⁰ Importa notar, que não obstante a Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas fazer referência ao Hospital de Todos os Santos e aí prever a instalação de dois aceleradores lineares, não foi ainda tomada a decisão definitiva quanto à sua construção, pelo que não é de prever, num curto espaço de tempo, que tais aceleradores lineares possam estar em funcionamento, pelo menos naquela localização.

instalados no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar Alto Ave, EPE; e

- d) a rede de março de 2012 tal como existente nessa data, à qual foram acrescentados os aceleradores lineares autorizados mas não instalados até então e descritos em b), e os aceleradores lineares adicionais previstos até 2017 conforme no predito documento Desenvolvimento Estratégico, mas com dois aceleradores instalados no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, em alternativa ao Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.

De seguida, foi avaliada a dimensão da capacidade, considerados os seguintes indicadores por milhão de habitantes, analisados por cada ARS:

- o rácio de aceleradores lineares: i) atualmente em funcionamento; ii) os aceleradores lineares descritos pelos prestadores mas que não se encontram em funcionamento; e iii) os diferentes pressupostos apresentados para cada um dos quatro cenários, já descritos *supra* na avaliação da proximidade;
- o rácio de médicos especialistas em Radioterapia a tempo inteiro;
- o rácio de médicos especialistas em Radioterapia a tempo inteiro e a tempo parcial;
- o rácio de técnicos de Radioterapia e Dosimetria a tempo inteiro;
- o rácio de técnicos de Radioterapia e Dosimetria a tempo inteiro e a tempo parcial;
- o rácio de físicos a tempo inteiro; e
- o rácio de físicos a tempo inteiro e a tempo parcial.

Num quarto momento, avalia-se o acesso numa ótica temporal, e por cada uma das ARS, com base nos seguintes indicadores:

- a) tempo médio de sessões de tratamento relativo às técnicas mais usuais;
- b) número de horas semanais de funcionamento dos serviços de Radioterapia;
- c) número de horas semanais de funcionamento dos serviços de Radioterapia, em situações de emergência;
- d) número de doentes submetidos a cuidados de saúde de Radioterapia, cujo início do tratamento ocorreu após quatro semanas do momento do diagnóstico;
- e) número de doentes submetidos a cuidados de saúde de Radioterapia em situação de emergência oncológica e indicação das percentagens de doentes que tiveram um tempo de espera superior a oito horas (na compressão

medular), 24 horas e 48 horas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com anotação do tempo máximo registado e por ARS;

- f) número de doentes submetidos a cuidados de saúde de Radioterapia paliativa, e percentagem deste número que teve um tempo de espera superior a duas semanas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com indicação do tempo máximo registado; e
- g) tempo médio observado, por diagnóstico, entre o momento da sua determinação e a realização da consulta de decisão multidisciplinar.

Ora, uma vez que as ARS têm a missão de estruturação e organização da resposta do SNS nas áreas sob sua influência, a intenção da análise de tais rácios por cada uma daquelas ARS permite caracterizar e comparar a oferta na vertente tecnológica e na vertente de recursos humanos por regiões de influência.

2.3.2. Descrição da oferta de cuidados de saúde de Radioterapia

No que concerne à descrição atual da oferta, constata-se que, em Portugal Continental, encontram-se em funcionamento 23 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia.

Conforme se pode observar na Figura 1, e considerada a natureza pública e privada da oferta, sete estão localizados na ARS Norte dos quais três são de natureza privada e quatro de natureza pública, dois na ARS Centro, ambos de natureza pública, 12 na ARS Lisboa e Vale do Tejo dos quais oito são de natureza privada e quatro de natureza pública, um na ARS Alentejo de natureza pública e um na ARS Algarve de natureza privada.³¹

³¹ Refira-se que a designação e distinção da natureza da oferta tal como considerada no presente Estudo reflete não a natureza jurídica do estabelecimento prestador de saúde mas apenas a sua relação com o SNS. Nessa medida, e a título de exemplo, os Serviços/Departamentos de Oncologia do Hospital Espírito Santo de Évora, EPE e do Hospital de Santarém, EPE são considerados oferta de natureza pública não obstante a existência de um contrato entre o SNS e as entidades de natureza privada que laboram em cada um daqueles estabelecimentos.

Figura 1 – Estabelecimentos de cuidados de cuidados de saúde de Radioterapia externa por natureza e por ARS, em março 2012



Fonte: Elaboração própria com base na aplicação MapPoint.

Relativamente ao atual número de aceleradores lineares em funcionamento³², constata-se um total de 40 aceleradores lineares, dos quais 15 encontram-se na ARS

³² Importa notar que foram considerados os aceleradores lineares em funcionamento e que, às datas consideradas na presente análise, realizam efetivamente tratamentos de Radioterapia externa convencional. A este propósito refira-se que:

- (i) o Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE, destacou que possuía oito aceleradores lineares, mas um acelerador linear estava dedicado apenas à Radioterapia intraoperatória;
- (ii) o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE evidenciou que possuía três aceleradores lineares, mas na presente análise, apenas foram contabilizados dois aceleradores lineares devido ao facto de o estabelecimento ainda se encontrar a aguardar a licença de funcionamento para um acelerador linear;
- (iii) o Centro Clínico Champalimaud destacou que possuía dois aceleradores lineares mas foi apenas contabilizado um acelerador linear uma vez que o outro também se encontra a aguardar a emissão de licença de funcionamento;
- (iv) finalmente, o Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE informou que é detentor de dois aceleradores que se encontram em funcionamento (e somente estes foram tidos em consideração), dois aceleradores lineares têm a sua instalação prevista para o próximo mês de agosto de 2012 estando “obras em curso” e dois aceleradores lineares encontram-se “a aguardar abertura de

Norte, cinco na ARS Centro, 17 na ARS Lisboa e Vale do Tejo, dois na ARS Alentejo e um na ARS Algarve. Como se pode notar, os estabelecimentos e os aceleradores lineares concentram-se em maior número nas regiões da ARS Norte e da ARS Lisboa e Vale do Tejo.

Tabela 4 – Estabelecimentos de cuidados de saúde de Radioterapia externa e aceleradores lineares em funcionamento, em março de 2012³³

ARS	Natureza	Estabelecimento	N.º de aceleradores lineares	Total de aceleradores lineares
ARS Norte	Público	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	1	11
		Centro Hospitalar de São João, EPE	2	
		Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	7	
		Hospital de Braga	1	
	Privado	Júlio Teixeira, Lda/Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA	1	4
		Quadrantes Porto - Unidade de Radioterapia do Porto, Lda	1	
CRP - Clínica de Radioterapia do Porto, Lda		2		
Total				15
ARS Centro	Público	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	3	5
		Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	2	
Total				5
ARS Lisboa e Vale do Tejo	Público	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	2	7
		Hospital de Santarém, EPE	1	
		Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	2	
		Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	2	
	Privado	Instituto de Radiologia Dr. Idálio de Oliveira - IRIO	1	10
		Hospital da Luz	1	
		Hospital de Santiago	1	
		Hospital Cuf Descobertas, SA	2	
		Centro Oncológico Drª Natália Chaves	2	
		Clínica de Santo António - CLISA, S.A.	1	
		Hospital SAMS	1	
		Centro Clínico Champalimaud	1	
Total				17
ARS Alentejo	Público	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	2	2
Total				2
ARS Algarve	Privado	Quadrantes Faro - Unidade de Radioterapia do Algarve, Lda	1	1
Total				1
Total de aceleradores lineares em Portugal Continental				40

Fonte: Elaboração própria com base na informação recolhida no âmbito das fiscalizações.

Na avaliação da evolução do número de aceleradores lineares entre 2008 e 2012, constatou-se que na ARS Norte e na ARS Alentejo, o número de aceleradores lineares aumentou em quatro e dois, respetivamente (que corresponde para a ARS Norte, a uma variação positiva de 36%), na ARS Lisboa e Vale do Tejo verificou-se uma diminuição em dois aceleradores lineares (que corresponde uma variação negativa de 11%), e a ARS Centro e a ARS Algarve não tiveram qualquer alteração no número de aceleradores.

concurso” – cfr. ofício de resposta de 19 de junho de 2012. Note-se que estes dois últimos aceleradores não serão tidos em consideração em qualquer uma das análises do presente Estudo.

³³ *Idem*.

Tabela 5 – Evolução do número de aceleradores lineares em funcionamento, por ARS, entre 2008 e março de 2012

ARS	Nr.º de aceleradores lineares em 2008	Nr.º de aceleradores lineares em 2012	Variação Absoluta	Variação %
ARS Norte	11	15	4	36%
ARS Centro	5	5	0	0%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	19	17	-2	-11%
ARS Alentejo	0	2	2	N/A
ARS Algarve	1	1	0	0%
Total	36	40	4	11%

Fonte: Elaboração própria com base na informação recolhida no âmbito das fiscalizações e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

Note-se que em alternativa ao número de aceleradores lineares em funcionamento foi considerado o número de equipamentos descritos pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia como efetivamente existentes, e, nesta situação, o universo de equipamentos a considerar é de 45 aceleradores lineares (ver Tabela 6). Assim, entre 2008 e 2012, o número de aceleradores tal como descritos na Tabela 5, implicaria a instalação de mais um acelerador linear em funcionamento e localizado na ARS Norte e mais quatro aceleradores lineares na ARS Lisboa e Vale do Tejo.

De acordo com a Tabela 6, o total do número de aceleradores lineares entre 2008 e março de 2012, conheceria uma evolução positiva para nove aceleradores (que corresponderia a uma variação de 25%). Numa análise por ARS, verificar-se-ia que na ARS Norte o número de aceleradores lineares aumentaria em cinco (que corresponde a uma variação positiva de 45%), na ARS Lisboa e Vale do Tejo o número de aceleradores lineares aumentaria em dois (que corresponde a uma variação positiva de 11%), enquanto que na ARS Centro e na ARS Algarve não se iria verificar qualquer alteração no número de aceleradores.

Tabela 6 – Evolução do número de aceleradores lineares descritos pelos prestadores, por ARS, entre 2008 e março de 2012

ARS	Nr.º de aceleradores lineares em 2008	Nr.º de aceleradores lineares em março de 2012 descritos pelos prestadores	Variação Absoluta	Variação %
ARS Norte	11	16	5	45%
ARS Centro	5	5	0	0%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	19	21	2	11%
ARS Alentejo	0	2	2	N/A
ARS Algarve	1	1	0	0%
Total	36	45	9	25%

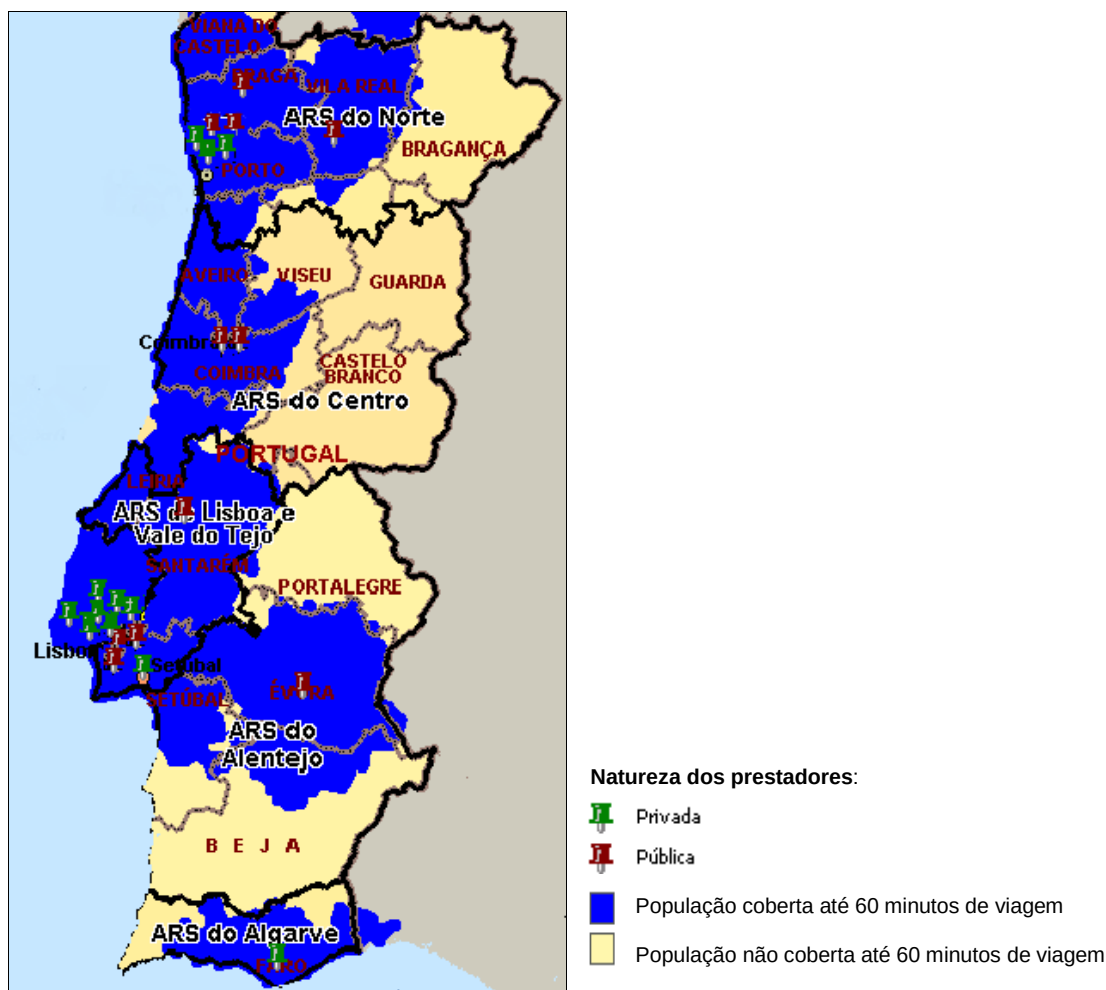
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos prestadores e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

2.3.3. Proximidade da rede de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia

Importa agora analisar a proximidade da rede de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia e a capacidade produtiva de cada um deles relativamente à população localizada na sua área de abrangência.

Para se aferir da adequabilidade da proximidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia externa com aceleradores lineares, foi efetuada uma análise da cobertura populacional desses prestadores até um tempo de viagem máximo em estrada, de 60 minutos comparando com a realidade de 45 minutos. A este propósito veja-se a Figura 2 que apresenta a cobertura populacional dos estabelecimentos até 60 minutos de viagem em estrada, marcada a azul no mapa.

Figura 2 – Cobertura populacional dos estabelecimentos até 60 minutos de viagem em estrada, em março de 2012



Fonte: Elaboração própria com base na aplicação MapPoint.

Tendo em conta as populações das áreas dos concelhos e pontos de referência dessas áreas, calcula-se que 8.301.478 de portugueses são cobertos pelas áreas de influência até 60 minutos de viagem em estrada entre a residência (sendo considerado para este efeito a sede do concelho) e o estabelecimento, ou seja, 83% da população de Portugal Continental é coberta por áreas de influência até 60 minutos. No entanto, se for considerada a distância de 45 minutos em estrada, constata-se que 6.947.673 de portugueses são cobertos pelas áreas de influência até 45 minutos, ou seja, 69% da população de Portugal Continental. Refira-se que tal realidade contrasta, por exemplo, com o resultado de 87% referente à Inglaterra³⁴.

³⁴ Vide "Radiotherapy: developing a world class service for England – Report to Ministers from National Radiotherapy Advisory Group", de 2007, disponível em http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074575.

A Tabela 7 apresenta, por ARS, (i) a população coberta por cuidados de saúde de Radioterapia até 60 minutos de viagem em estrada; (ii) a população coberta por cuidados de saúde de Radioterapia até 45 minutos de viagem em estrada; (iii) a população total abrangida pelas áreas de influência de cada uma das ARS; (iv) as percentagens da população coberta por cuidados de saúde de Radioterapia até 60 minutos de viagem em estrada relativamente à população; e (v) as percentagens da população coberta por cuidados de saúde de Radioterapia até 45 minutos de viagem em estrada relativamente à população total.

Tabela 7 – Análise comparativa da cobertura populacional por ARS até 60 e 45 minutos de viagem em estrada, em março 2012³⁵

ARS	População coberta 60 minutos	População coberta 45 minutos	População total	% da população total, coberta até 60 minutos	% da população total, coberta até 45 minutos
ARS Norte	3.256.016	2.629.185	3.689.713	88%	71%
ARS Centro	984.112	655.225	1.744.876	56%	38%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3.527.419	3.366.788	3.645.834	97%	92%
ARS Alentejo	170.377	85.852	510.906	33%	17%
ARS Algarve	363.554	210.623	450.484	81%	47%
Total	8.301.478	6.947.673	10.041.813	83%	69%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos prestadores e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

Verifica-se, assim, que embora cerca de 83% e 69% da população total esteja abrangida pelas áreas de influência até 60 e 45 minutos de viagem respetivamente, as percentagens variam muito entre cada uma ARS. Veja-se que no caso da ARS Alentejo a percentagem da população coberta até 60 minutos de viagem é de 33%, na ARS Centro de 56%, na ARS Algarve de 81%, na ARS Norte de 88% e na ARS Lisboa e Vale do Tejo de 97%. Já na situação concreta de a população estar coberta até 45 minutos de viagem, a ARS Alentejo continua a exibir a percentagem mais baixa, com 17%, na ARS Centro a cobertura é de 38%, na ARS Algarve de 47%, na ARS Norte de 71% e na ARS Lisboa e Vale do Tejo de 92%.

Pelo que se conclui que mais de metade da população residente na região do Alentejo está em localidades sitas a mais de 60 minutos de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde de Radioterapia. E 44% da população residente na região do Centro está em localidades sitas a mais de 60 minutos de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde de Radioterapia.

³⁵ População dos Censos de 2011 publicada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

Tal realidade deverá ser associada ao facto de o tratamento de Radioterapia ser prescrito entre 50% e 60% dos doentes oncológicos³⁶ – o que representa aproximadamente entre 20 a 30 mil doentes tratados por ano (um número que se prevê que deva aumentar a uma taxa superior a 1,5% ao ano nas próximas duas décadas) –, com tratamentos diários (cinco vezes por semana) e relativamente longos que, no total podem durar cerca de cinco semanas.

Reconhecendo como pressupostos da presente análise que a distribuição geográfica dos utentes que necessitam de cuidados de saúde de Radioterapia é similar à distribuição geográfica dos residentes em Portugal, assume-se que 17% da população total não está abrangida pelas áreas de influência até 60 minutos de viagem. Assim sendo, se cerca de 22 mil utentes³⁷ obtiveram cuidados de saúde de Radioterapia entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, estima-se que de entre estes, 3740 utentes precisaram de percorrer, diversas vezes, distâncias com tempos de viagem (aqui considerada a ida e a volta) superiores a 120 minutos.

Assim, a partir dos 60 minutos, cada utente fará no mínimo 50 horas de viagem até um serviço de Radioterapia, se se considerar um tratamento de cinco vezes por semana durante cinco semanas e viagens de ida e volta de 120 minutos (isto é, 3000 minutos).

Por outro lado, contata-se que 31% da população total não está abrangida pelas áreas de influência até 45 minutos de viagem. Assim sendo, e assumindo agora este tempo máximo de viagem, se cerca de 22 mil doentes³⁸ obtiveram cuidados de saúde de Radioterapia entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, estima-se que de entre estes, 6820 utentes precisaram de percorrer, diversas vezes, distâncias com tempos de viagem (aqui considerada a ida e a volta) superiores a 90 minutos.

Assim, a partir dos 45 minutos, cada utente fará no mínimo 38 horas de viagem até um serviço de Radioterapia, se se considerar um tratamento de cinco vezes por semana durante cinco semanas e viagens de ida e volta de 90 minutos (isto é, 2250 minutos).

Tal estimativa reflete os pressupostos que naturalmente não só se revela fisicamente incómodo para o utente como concretiza um custo de transporte considerável.³⁹

³⁶ Vide relatório *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década* do Alto Comissariado da Saúde e da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/2009/04/03/Radioterapia/>.

³⁷ Teve-se em consideração o total dos doentes tratados descritos nas respostas dadas pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia, nos pedidos de informação realizados pela ERS.

³⁸ *Idem*.

³⁹ Desde logo, nos termos da Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio, que define atualmente as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes, um utente com doença do foro oncológico só ficará totalmente isento de encargos com o transporte não urgente se, para além de

Foram ademais consideradas as autorizações já emitidas de aceleradores lineares em Portugal Continental, e, nessa medida, foi feita uma avaliação com base no desenvolvimento esperado do acesso dos utentes na sequência da situação verificada nas fiscalizações realizadas pela ERS no presente ano. Tal avaliação é apresentada, conforme já referido *supra*, em três passos⁴⁰.

No primeiro são acrescentados os aceleradores lineares autorizados, mas não instalados até março de 2012, na ARS Norte (Maio Clinic e Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE), e na ARS Lisboa e Vale do Tejo (Hospital de Todos os Santos⁴¹), no segundo passo, foi considerada a instalação de dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e de dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE⁴², e no terceiro passo, altera-se apenas a instalação dos dois aceleradores lineares que deixam de estar no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e passam para os Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE.

Ihe ser emitida justificação quanto à necessidade clínica de transporte, se encontrar em situação de insuficiência económica, nos termos definidos na referida Portaria (artigos 3.º e 5.º).

Ainda nos termos do mesmo diploma (artigo 4.º), e quanto aos utentes que não sejam considerados em insuficiência económica mas necessitem impreterivelmente de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada, nos quais estão integrados os utentes com doenças oncológicas, o SNS assegura parcialmente os encargos com o transporte não urgente para realização de atos clínicos inerentes à respetiva patologia, cabendo ao utente o pagamento de um valor único por trajeto e até ao limite máximo de 30€ por mês.

Assim, e não obstante tal limite máximo, os montantes a suportar por trajeto pelos utentes com doença do foro oncológico serão, no transporte em ambulância, € 3 até 50 quilómetros contados segundo a Portaria, e € 0,15 por cada quilómetro adicional; na viatura de transporte simples de doentes (VTSD), € 2 até 50 quilómetros contados segundo a Portaria, e € 0, 10 por cada quilómetro adicional.

Ora, apesar da fixação de um limite máximo de € 30 por mês, importa destacar as potenciais barreiras financeiras ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, que poderão resultar dos valores a pagar pelos utentes nestas situações de assunção parcial dos encargos pelo SNS, tanto mais quando verificado que a necessidade de cuidados – e logo de transporte – poderá ocorrer por períodos consideravelmente longos.

⁴⁰ Importa notar que a Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas previa, no que se refere aos prestadores da ARS Norte com aceleradores lineares autorizados, que a Maio Clinic, o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, e o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE comessem a prestar cuidados de saúde de Radioterapia externa. Também era previsto a realização de cuidados de saúde de Radioterapia por parte do Hospital de Braga o que se concretizou, mas com menos um acelerador linear do que o autorizado. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo, era previsto que o futuro Hospital de Todos os Santos comesse a realizar cuidados de saúde de Radioterapia externa, o que ainda não se concretizou. Ainda na ARS Lisboa e Vale do Tejo, não se encontrava previsto o Centro Clínico Champalimaud que, neste momento, se encontra em funcionamento e a prestar cuidados de saúde de Radioterapia externa. Para a ARS Alentejo o prestador previsto é o que se encontra atualmente em funcionamento e para a ARS Algarve estava previsto que o Hospital de Faro, EPE comesse a realizar cuidados de saúde de Radioterapia, (mas tal projeto ainda não se concretizou).

⁴¹ Importa notar, que não obstante a Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas fazer referência ao Hospital de Todos os Santos e aí prever a instalação de dois aceleradores lineares, não foi ainda tomada a decisão definitiva quanto à sua construção, pelo que não é de prever, num curto espaço de tempo, que tais aceleradores lineares possam estar em funcionamento, pelo menos naquela localização.

⁴² Conforme informação fornecida pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, em 11 de abril de 2011 (Anexo 4), também foi evidenciado que “[...] o documento *Desenvolvimento Estratégico para a Radioterapia em Portugal na próxima década prevê 2 AL para o Centro Hospitalar Alto Ave, no entanto a recente instalação de 7 AL no IPO Porto fez não só esgotar a previsão dos raios como excedê-los em 5 aparelhos, alterando toda a política de descentralização dos serviços de Radioterapia prevista no documento técnico da Radioterapia e concentrando só na cidade do Porto e Gaia 75% da capacidade instalada da Radioterapia em toda a região norte quando comparado com os valores inicialmente previstos dentro dos raios que previam cerca de 65%.*”

Com a inclusão dos novos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia externa e respetivos aceleradores lineares autorizados, ainda que não instalados, o número total de prestadores aumentaria de 23 para 27 e o número de aceleradores lineares apresentaria um acréscimo de 40 para 57, o que representaria um aumento de 17 aceleradores lineares, ou seja, um aumento de 42,5%. De seguida, a Tabela 8 apresenta as mudanças previstas, em cada um dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia externa.

Tabela 8 – Estabelecimentos de cuidados de saúde de Radioterapia externa e aceleradores lineares com inclusão dos aceleradores lineares autorizados que não estavam instalados em março de 2012⁴³

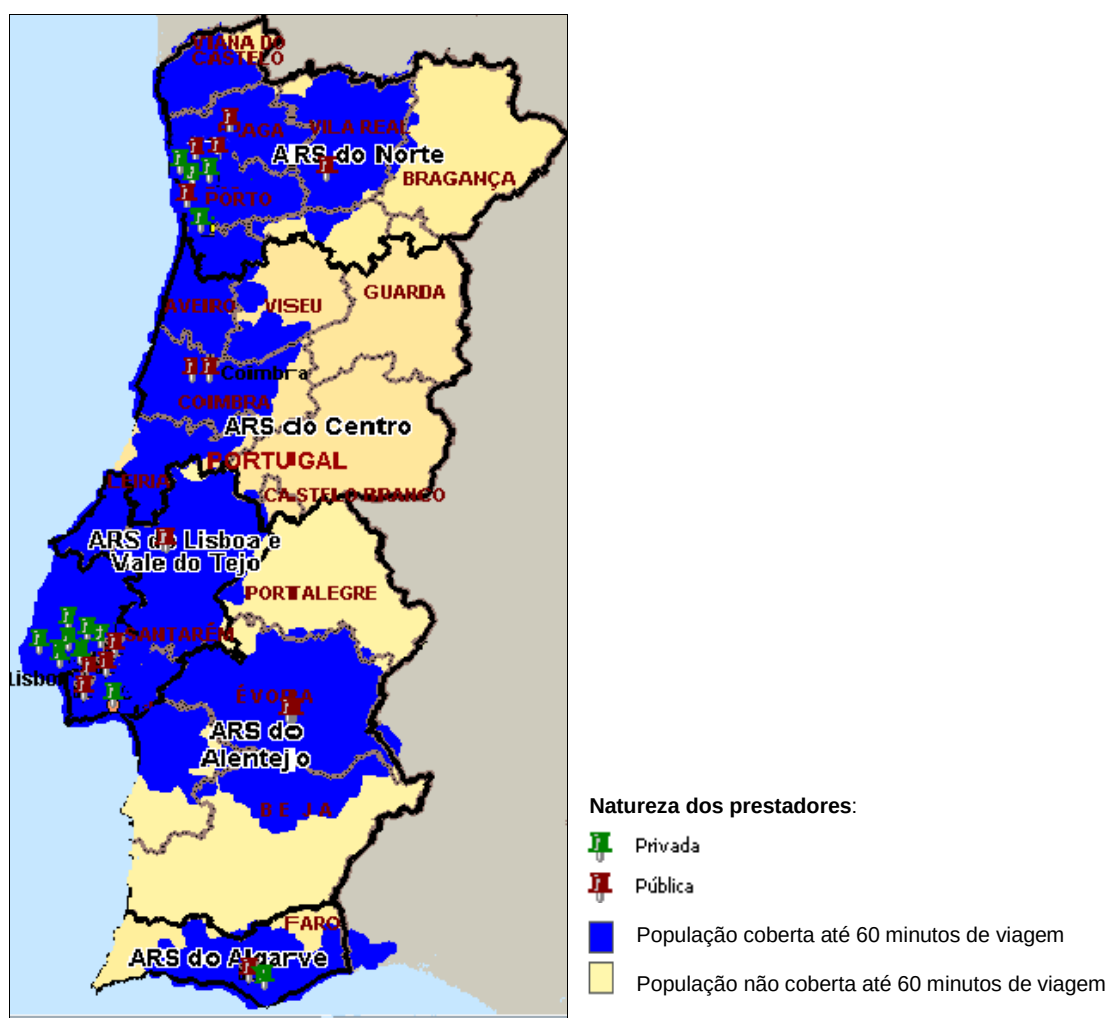
ARS	Estabelecimento	N.º de aceleradores lineares em 2012	N.º de aceleradores lineares previstos
ARS Norte	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	1	2
	Júlio Teixeira, Lda/Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA	1	1
	Centro Hospitalar de São João, EPE	2	3
	Maio Clinic	0	1
	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0	2
	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	7	7
	Quadrantes Porto - Unidade de Radioterapia do Porto, Lda	1	1
	CRP - Clínica de Radioterapia do Porto, Lda	2	2
	Hospital de Braga	1	2
ARS Centro	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	3	3
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	2	3
ARS Lisboa e Vale do Tejo	Instituto de Radiologia Dr. Idílio de Oliveira - IRIO	1	1
	Hospital da Luz	1	1
	Hospital de Santiago	1	1
	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	2	2
	Hospital CUF Descobertas, SA	2	2
	Centro Oncológico Drª Natália Chaves	2	2
	Clínica de Santo António - CLISA, S.A.	1	2
	Hospital de Santarém, EPE	1	2
	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	2	6
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	2	3
	Hospital SAMS	1	1
	Hospital de Todos os Santos	0	2
	Centro Clínico Champalimaud	1	0
ARS Alentejo	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	2	2
ARS Algarve	Quadrantes Faro - Unidade de Radioterapia do Algarve, Lda	1	1
	Hospital de Faro, EPE	0	2
Total de aceleradores lineares		40	57

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos prestadores e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

⁴³ Conforme informação fornecida pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, em 11 de abril de 2011 (Anexo 4 – Radioterapia Parque de Aceleradores Lineares Nacional – Públicos e Privados, novembro, 2012). Relativamente ao Hospital de Todos os Santos *vide* nota 40 *supra*.

Considerando que entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012 foram tratados cerca de 22 mil doentes⁴⁴ e que um acelerador linear trata em média 500 doentes por ano, a capacidade instalada (de 57 aceleradores) possibilitaria o tratamento para cerca de 28.500 utentes por ano. Apesar do aumento, o número de doentes tratados ficaria ainda aquém do limite superior de 30.000 utentes já mencionado. Na Figura 3 é apresentado o mapa da cobertura populacional da rede de estabelecimentos com a inclusão dos aceleradores lineares autorizados mas que não estavam em funcionamento.

Figura 3 – Cobertura populacional dos estabelecimentos com inclusão dos aceleradores lineares autorizados que não estavam instalados até 60 minutos de viagem em estrada, em março de 2012



Fonte: Elaboração própria com base na aplicação MapPoint.

⁴⁴ Teve-se em consideração o total dos doentes tratados descritos nas respostas dadas pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia, nos pedidos de informação realizados pela ERS.

A Tabela 9 apresenta, por ARS, e tendo em consideração a inclusão dos aceleradores autorizados que não estavam instalados em março de 2012, (i) a população coberta por cuidados de saúde de Radioterapia até 60 minutos de viagem em estrada; (ii) a população coberta por cuidados de saúde de Radioterapia até 45 minutos de viagem em estrada; (iii) a população total abrangida pelas áreas de influência de cada uma das ARS; (iv) as percentagens da população coberta por cuidados de saúde de Radioterapia até 60 minutos de viagem em estrada relativamente à população total; e (v) as percentagens da população coberta por cuidados de saúde de Radioterapia até 45 minutos de viagem em estrada relativamente à população total.

Tabela 9 – Análise comparativa da cobertura populacional, por ARS, até 60 e 45 minutos de viagem em estrada, com a inclusão de aceleradores lineares que não estavam instalados em março 2012⁴⁵

ARS	População coberta 60 minutos	População coberta 45 minutos	População total	% da população total, coberta até 60 minutos	% da população total, coberta até 45 minutos
ARS Norte	3.300.283	3.089.333	3.689.713	89%	84%
ARS Centro	984.112	655.225	1.744.876	56%	38%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3.527.419	3.366.788	3.645.834	97%	92%
ARS Alentejo	170.377	85.852	510.906	33%	17%
ARS Algarve	363.554	210.623	450.484	81%	47%
Total	8.345.745	7.407.821	10.041.813	83%	74%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos prestadores e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

Constata-se que com a introdução dos aceleradores lineares autorizados que ainda não tinham sido instalados em março de 2012, a população total coberta até 60 minutos entre a residência e o estabelecimento prestador de cuidados de saúde de Radioterapia, mantinha-se nos 83%, mas por sua vez, considerando a população coberta até 45 minutos, aumentaria de 69% para 74%. Não obstante conclui-se que, mesmo assim, os novos aceleradores lineares autorizados só permitirão uma melhoria da proximidade dos cuidados de saúde de Radioterapia externa aos utentes da ARS Norte.

Com efeito, note-se que se mantém igual a cobertura na ARS Lisboa e Vale do Tejo e na ARS Algarve, apesar da inclusão do Hospital de Todos os Santos⁴⁶ e do Hospital

⁴⁵ População dos Censos de 2011 publicada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

⁴⁶ Reitere-se que não obstante a Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas fazer referência ao Hospital de Todos os Santos e aí prever a instalação de dois aceleradores lineares, não foi ainda tomada a decisão definitiva quanto à sua construção, pelo que não é de prever, num curto espaço de tempo, que tais aceleradores lineares possam estar em funcionamento, pelo menos naquela localização.

de Faro, EPE, respetivamente, na base inicial de prestadores, em função da sua localização no mesmo concelho dos prestadores já existentes em março de 2011⁴⁷.

Acrescentando ainda a possibilidade de instalação de dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e de dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE previstos no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*, verifica-se que o número total de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia externa aumentaria de 23 para 29 (também aqui considerados os estabelecimentos analisados anteriormente) e o número de aceleradores lineares aumentaria de 40 para 61 (também aqui considerados os aceleradores lineares previstos e analisados anteriormente). A Tabela 10 apresenta por cada estabelecimento, as mudanças previstas.

Tabela 10 – Estabelecimento de cuidados de saúde de Radioterapia externa e aceleradores lineares autorizados e previstos até 2017⁴⁸

ARS	Estabelecimento	N.º de aceleradores lineares em 2012	N.º de aceleradores lineares previstos
ARS Norte	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	1	2
	Júlio Teixeira, Lda/Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA	1	1
	Centro Hospitalar de São João, EPE	2	3
	Maio Clinic	0	1
	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	0	2
	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0	2
	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	7	7
	Quadrantes Porto - Unidade de Radioterapia do Porto, Lda	1	1
	CRP - Clínica de Radioterapia do Porto, Lda	2	2
ARS Centro	Hospital de Braga	1	2
	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	3	3
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	2	3
ARS Lisboa e Vale do Tejo	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0	2
	Instituto de Radiologia Dr. Idílio de Oliveira - IRIO	1	1
	Hospital da Luz	1	1
	Hospital de Santiago	1	1
	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	2	2
	Hospital CUF Descobertas, SA	2	2
	Centro Oncológico Drª Natália Chaves	2	2
	Clínica de Santo António - CLISA, S.A.	1	2
	Hospital de Santarém, EPE	1	2
	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	2	6
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	2	3
	Hospital SAMS	1	1
	Hospital de Todos os Santos	0	2
	Centro Clínico Champalimaud	1	0
ARS Alentejo	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	2	2
ARS Algarve	Quadrantes Faro - Unidade de Radioterapia do Algarve, Lda	1	1
	Hospital de Faro, EPE	0	2
Total de aceleradores lineares		40	61

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos prestadores e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

⁴⁷ Embora na realidade a cobertura até 45 minutos deva abranger mais utentes, em função do Hospital de Faro, EPE não estar localizado exatamente no mesmo sítio da Quadrantes Faro, a diferença será residual, uma vez que a Quadrantes Faro está situada a menos de um quilómetro de distância do Hospital de Faro, EPE (vide <http://maps.google.pt/>).

à população abrangida até 45 minutos de viagem em estrada, esta seria de 78%, destacando-se os aumentos nas regiões Norte e Centro. Neste cenário, continuaria a haver uma proporção pequena de utentes localizados na ARS Alentejo e na ARS Algarve coberta pelas áreas de influência de 45 minutos.

Tabela 11 – Análise comparativa da cobertura populacional por ARS até 60 e 45 minutos de viagem em estrada, com inclusão de aceleradores lineares autorizados e previstos até 2017^{49 50}

ARS	População coberta 60 minutos	População coberta 45 minutos	População total	% da população total, coberta até 60 minutos	% da população total, coberta até 45 minutos
ARS Norte	3.300.283	3.221.605	3.689.713	89%	87%
ARS Centro	1.247.150	920.725	1.744.876	71%	53%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3.527.419	3.366.788	3.645.834	97%	92%
ARS Alentejo	170.377	85.852	510.906	33%	17%
ARS Algarve	363.554	210.623	450.484	81%	47%
Total	8.608.783	7.805.593	10.041.813	86%	78%

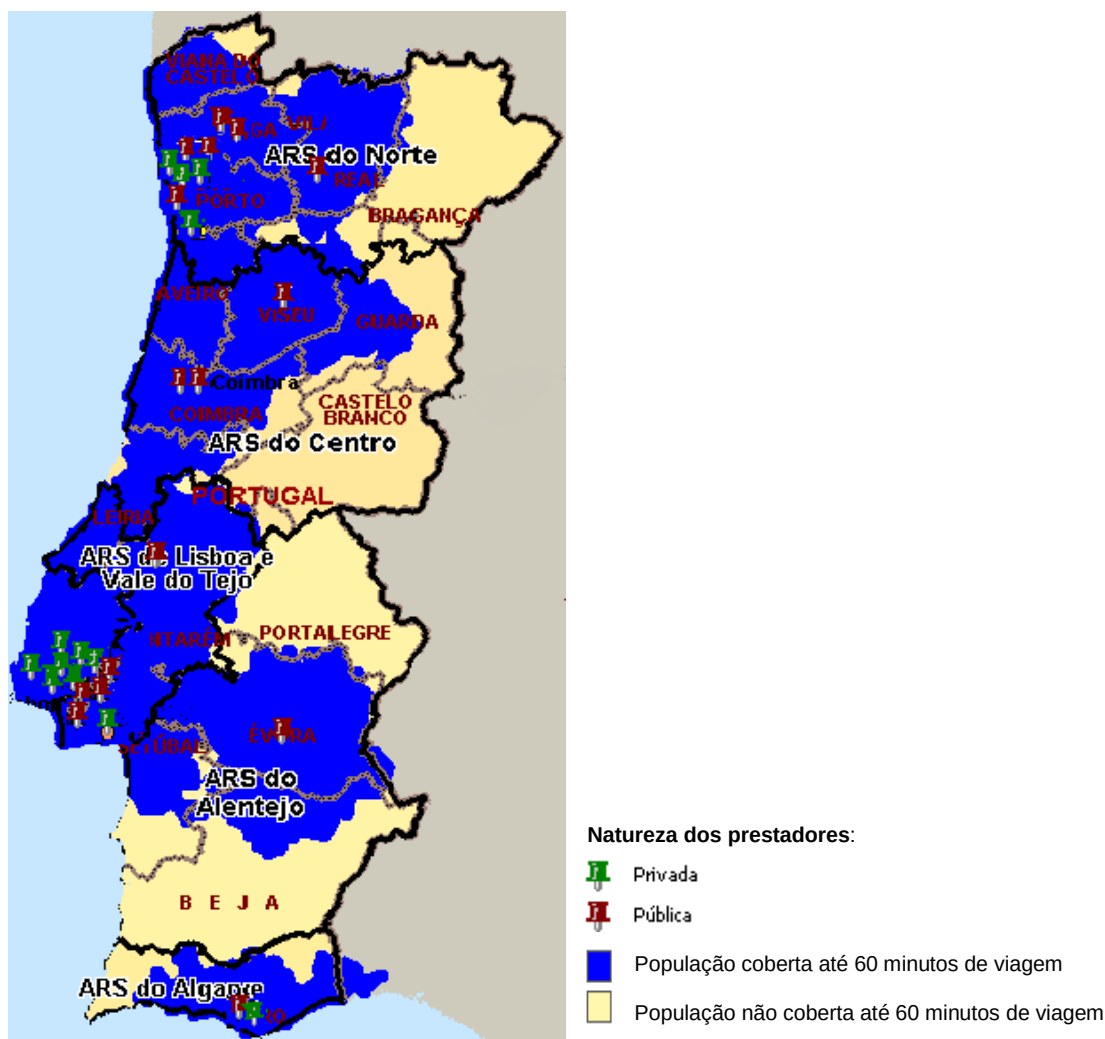
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos prestadores e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

Tendo-se analisado também a instalação de dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, em alternativa à instalação de dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, verificou-se que a percentagem de cobertura aumentaria para 87%, com aumento de cobertura na região Centro para 77% dentro do limite de tempo de viagem de 60 minutos em estrada entre a residência e o estabelecimento, pelo que se constatou que esta seria uma medida mais adequada com benefícios superiores à instalação dos dois novos aceleradores lineares no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (ver figura 5). Verificou-se, também, que a percentagem de cobertura aumentaria para 79%, com aumento de cobertura na região Centro para 60% dentro do limite de tempo de viagem de 45 minutos, pelo que tal conclusão reforça que esta seria uma medida mais adequada com benefícios superiores à instalação dos dois novos aceleradores lineares no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.

⁴⁹ População dos Censos de 2011 publicada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

⁵⁰ Conforme informação fornecida pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, em 11 de abril de 2011 e fonte já mencionada.

Figura 5 - Cobertura populacional até 60 minutos de viagem em estrada, com inclusão de aceleradores lineares autorizados e previstos até 2017



Fonte: Elaboração própria com base na aplicação MapPoint.

2.3.4. Capacidade da rede de estabelecimentos de cuidados de saúde de Radioterapia

A análise apresentada na secção anterior é uma avaliação do acesso dos utentes que tem em conta a dimensão da proximidade, e na qual não se considera a capacidade produtiva dos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia externa no atendimento dos utentes.

Para se avaliar a capacidade no âmbito dos cuidados de saúde de Radioterapia, e que se apresenta nesta secção, analisa-se, numa primeira fase o rácio, por milhão de habitantes e por cada ARS, de aceleradores lineares: i) atualmente em funcionamento;

ii) os descritos pelos prestadores mas que não se encontram em funcionamento; e iii) os diferentes pressupostos apresentados para cada um dos quatro cenários, já descritos *supra* na avaliação da proximidade; e numa segunda fase, a existência de recursos humanos (médicos, técnicos e físicos) por milhão de habitantes e por ARS.

No que concerne à análise do rácio do número de aceleradores lineares por milhão de habitantes, e por ARS, constata-se, na Tabela 12, que o rácio atual é de 3,98 aceleradores por milhão de habitantes. Quando se realiza a comparação entre as regiões de saúde e o rácio nacional, comprova-se que tal resultado é somente ultrapassado na ARS Norte que detém um rácio de 4,07 aceleradores por milhão de habitantes, e na ARS Lisboa e Vale do Tejo com um rácio de 4,66 aceleradores por milhão de habitantes. As restantes ARS apresentam um valor inferior ao rácio nacional, em concreto, a ARS Centro exibiu um rácio de 2,87 aceleradores por milhão de habitantes, a ARS Alentejo um rácio de 3,91 aceleradores por milhão de habitantes, e a ARS Algarve um rácio de 2,22 aceleradores por milhão de habitantes.

Tabela 12 – Rácios de aceleradores lineares, em funcionamento, por milhão de habitantes por ARS, em março 2012

ARS	População	Aceleradores lineares	Rácio de aceleradores lineares por milhão de habitantes
ARS Norte	3.689.713	15	4,07
ARS Centro	1.744.876	5	2,87
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3.645.834	17	4,66
ARS Alentejo	510.906	2	3,91
ARS Algarve	450.484	1	2,22
Total	10.041.813	40	3,98

Fonte: Elaboração própria com base na informação recolhida no âmbito das fiscalizações e do INE.

Note-se que no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década* evidencia a necessidade de se “[...] assegurar definitivamente uma política de investimento adequado de forma a equipar os serviços de Radioterapia, cumprindo os rácios europeus de 6 [Aceleradores Lineares] por milhão de habitantes.”. Ora, face à análise anteriormente apresentada, conclui-se que o rácio a nível nacional, bem como, em todas as regiões de saúde fica aquém do objetivo pretendido de seis aceleradores lineares por milhão de habitantes.

Tendo em consideração o número de aceleradores lineares considerados como existentes pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia,

teríamos de considerar a totalidade de 45 aceleradores lineares tal como descritos na secção anterior. Em tal análise do rácio de aceleradores lineares descritos pelos prestadores por milhão de habitantes, e por ARS, constata-se ali que a nível nacional, o rácio seria de 4,48 aceleradores por milhão de habitantes. Quando comparadas cada uma das regiões de saúde e o rácio nacional, comprova-se que tal resultado é somente ultrapassado na ARS Lisboa e Vale do Tejo, com um rácio de 5,76 aceleradores por milhão de habitantes. As restantes ARS apresentam um valor inferior ao rácio nacional, isto é, a ARS Norte, apresentou um rácio de 4,34 aceleradores por milhão de habitantes, a ARS Centro exibiu um rácio de 2,87 aceleradores por milhão de habitantes, a ARS Alentejo um rácio de 3,91 aceleradores por milhão de habitantes, e a ARS Algarve um rácio de 2,22 aceleradores por milhão de habitantes. Ora perante tal cenário, impõe-se igual conclusão de que cada uma das ARS continua a não ser detentora do rácio proposto de seis aceleradores lineares por milhão de habitantes.

Tabela 13 – Rácios de aceleradores lineares, descritos pelos prestadores, por milhão de habitantes por ARS, em março 2012

ARS	População	Aceleradores lineares	Rácio de aceleradores
ARS Norte	3.689.713	16	4,34
ARS Centro	1.744.876	5	2,87
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3.645.834	21	5,76
ARS Alentejo	510.906	2	3,91
ARS Algarve	450.484	1	2,22
Total	10.041.813	45	4,48

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos prestadores e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

Tendo por base o mesmo critério de análise considerada relativamente à proximidade anteriormente descrita, e usando como critério os aceleradores lineares autorizados mas que não se encontravam instalados até março de 2012, constata-se que o rácio de aceleradores lineares por milhão de habitantes melhorava em todas as ARS, com a exceção da ARS Alentejo e da ARS Algarve. Neste cenário, somente a ARS Lisboa e Vale do Tejo (com 6,66) iria exibir um rácio acima de seis aceleradores lineares por milhão de habitantes (Tabela 14).

Tabela 14 – Rácios de aceleradores lineares autorizados, mas não instalados, por milhão de habitantes por ARS, em março 2012

ARS	População	Aceleradores previstos lineares	Rácio de aceleradores lineares por milhão de habitantes
ARS Norte	3.689.713	21	5,69
ARS Centro	1.744.876	6	3,44
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3.645.834	25	6,86
ARS Alentejo	510.906	2	3,91
ARS Algarve	450.484	3	6,66
Total	10.041.813	57	5,68

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos prestadores e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

Relativamente ao cenário tendo como base a análise da rede de março de 2012, acrescentando os aceleradores lineares autorizados mas não instalados e os aceleradores lineares adicionais previstos até 2017, no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década* do Alto Comissariado da Saúde e da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, com dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar Alto Ave, EPE, observa-se que o rácio de aceleradores lineares por milhão de habitante melhorava nas ARS Norte e ARS Centro. Não obstante, a ARS Centro continuava a exibir um rácio abaixo daquele que é recomendado. Importa notar que qualquer que seja o cenário, nenhum acelerador linear adicional é proposto para a ARS Alentejo, fazendo com que apresente sempre um rácio de 3,91 aceleradores lineares por milhão de habitantes, abaixo do que é recomendado.

Tabela 15 – Rácios de aceleradores lineares autorizados e previstos até 2017, por milhão de habitantes e por ARS, em março 2012

ARS	População	Aceleradores previstos lineares	Rácio de aceleradores lineares por milhão de habitantes
ARS Norte	3.689.713	23	6,23
ARS Centro	1.744.876	8	4,58
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3.645.834	25	6,86
ARS Alentejo	510.906	2	3,91
ARS Algarve	450.484	3	6,66
Total	10.041.813	61	6,07

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos prestadores e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

Tendo em consideração que os dois aceleradores lineares seriam instalados no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, em alternativa ao Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, os rácios apresentados na Tabela 15 mantinham-se, bem com as suas conclusões.

Tendo, agora, em consideração a avaliação da dimensão da capacidade relativamente aos recursos humanos, constata-se que o rácio de médicos especialistas em Radioterapia, a tempo inteiro, por milhão de habitantes se apresenta como o mais elevado na ARS Lisboa e Vale do Tejo com 9,33, seguido pela ARS Centro com 8,60, pela ARS Norte com 7,59, pela ARS Alentejo com 5,87 e, por último, pela ARS Algarve com 4,44 médicos especialistas em radioterapia, a tempo inteiro, por milhão de habitantes.

Considerado agora o rácio de médicos especialistas em Radioterapia, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes, verifica-se que o rácio é mais elevado na ARS Lisboa e Vale do Tejo com 11,79, seguido pela ARS Norte com 9,21, pela ARS Centro com 8,60, pela ARS Alentejo 5,87 e, por último, pela ARS Algarve com 4,44 médicos especialistas em radioterapia, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes.

Tabela 16 - Rácio de médicos especialistas em Radioterapia a tempo inteiro e a tempo parcial por milhão de habitantes e por ARS, em março de 2012

ARS	Médicos a tempo inteiro	Médicos a tempo inteiro, incluindo os médicos a tempo parcial
ARS Norte	7,59	9,21
ARS Centro	8,60	8,60
ARS Lisboa e Vale do Tejo	9,33	11,79
ARS Alentejo	5,87	5,87
ARS Algarve	4,44	4,44
Portugal Continental	8,17	9,66

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Relativamente ao rácio de técnicos de Radioterapia e Dosimetria, a tempo inteiro, por milhão de habitantes, apresenta o valor mais elevado na ARS Lisboa e Vale do Tejo com 35,38, seguido pela ARS Alentejo com 25,44, pela ARS Norte com 20,87, pela ARS Centro com 18,34 e, por último, pela ARS Algarve com 17,76 técnicos, a tempo inteiro, por milhão de habitantes. Analisando o rácio de técnicos, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes verifica-se que o rácio é mais elevado na ARS Lisboa e Vale do Tejo com 36,21, seguido pela ARS Alentejo com 25,44, pela ARS

Norte com 22,49, pela ARS Centro com 21,20 e, por último, pela ARS Algarve com 17,76 técnicos, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes.

Tabela 17 - Rácio de técnicos de Radioterapia e Dosimetria a tempo inteiro e a tempo parcial por milhão de habitantes e por ARS, em março de 2012

ARS	Técnicos a tempo inteiro	Técnicos a tempo inteiro e a tempo parcial
ARS Norte	20,87	22,49
ARS Centro	18,34	21,20
ARS Lisboa e Vale do Tejo	35,38	36,21
ARS Alentejo	25,44	25,44
ARS Algarve	17,76	17,76
Portugal Continental	25,79	27,19

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

No que concerne ao rácio de físicos, a tempo inteiro, por milhão de habitantes é a ARS Lisboa e Vale do Tejo que apresenta o valor mais elevado com 10,15, seguido pela ARS Alentejo com 5,87, pela ARS Centro com 5,73, pela ARS Norte com 4,88 e, por último, pela ARS Algarve com 4,44 físicos, a tempo inteiro, por milhão de habitantes. Analisando o rácio de físicos, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes verifica-se que o rácio é mais elevado na ARS Lisboa e Vale do Tejo com 10,70, seguido pela ARS Norte com 5,96, pela ARS Alentejo com 5,87, pela ARS Centro com 5,73 e, por último, pela ARS Algarve com 4,44 físicos, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes.

Tabela 18 - Rácio do número de físicos a tempo inteiro e a tempo parcial por milhão de habitantes e por ARS, em março de 2012

ARS	Físicos a tempo inteiro	Físicos a tempo inteiro e a tempo parcial
ARS Norte	4,88	5,96
ARS Centro	5,73	5,73
ARS Lisboa e Vale do Tejo	10,15	10,70
ARS Alentejo	5,87	5,87
ARS Algarve	4,44	4,44
Portugal Continental	6,97	7,57

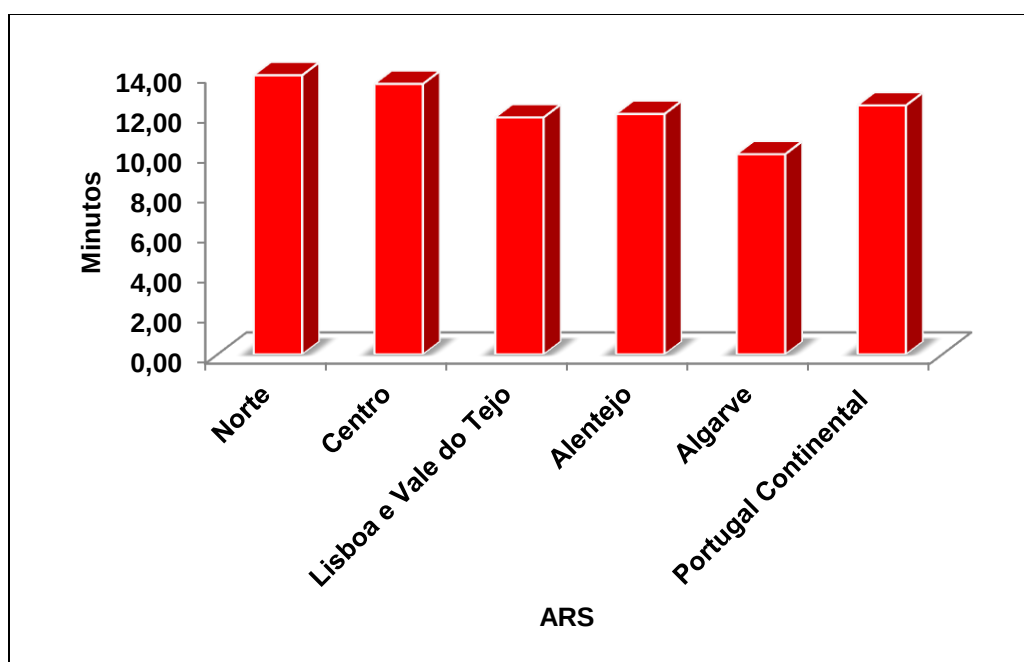
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

2.3.5. Análise temporal avaliada pelas respostas dos estabelecimentos de cuidados de saúde de Radioterapia

Apresenta-se, por último, uma avaliação do acesso de cuidados de saúde de Radioterapia, numa ótica temporal, sendo que, para tanto, se recorreu às respostas fornecidas pelos prestadores aos pedidos de informação realizados pela ERS no âmbito das fiscalizações de maio de 2012.

Ora, das respostas dos estabelecimentos quando solicitado que indicassem “[...] para cada acelerador linear, da duração média aproximada, em minutos, das sessões de tratamento, desagregada por diagnóstico e técnicas mais usuais” foi possível constatar que a diferença do tempo médio de sessões de tratamento entre as ARS não ultrapassa mais de quatro minutos. A ARS na qual se verifica um tempo médio de sessões de tratamento de técnicas mais usuais mais baixo é a ARS Algarve com 10 minutos, seguida pela ARS Lisboa e Vale do Tejo com 11,83 minutos, pela ARS Alentejo com 12 minutos, pela ARS Centro com 13,50 minutos e, por último, pela ARS Norte com 13,93 minutos (ver Gráfico 3).

Gráfico 3 – Tempo médio de sessões, em minutos, de tratamento relativo às técnicas mais usuais, por ARS, entre março de 2011 e março de 2012



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Por outro lado, os estabelecimentos de cuidados de saúde de Radioterapia quando solicitados a indicar “[...] *dos horários de funcionamento/atendimento do serviço de Radioterapia, com destaque para os horários referentes ao atendimento de situações de emergência;*” constatou-se que a ARS Centro apresenta um número mais elevado de horas semanais de funcionamento dos serviços de Radioterapia, com 65,00 horas, seguida pela ARS Norte com 61,79, pela ARS Algarve com 60,00, pela ARS Lisboa e Vale do Tejo com 55,00, e por último, pela ARS Alentejo com 50,00 horas.

Tabela 19 – Número de horas semanais de funcionamento dos serviços de Radioterapia, por ARS, entre março de 2011 e março de 2012

ARS	Número de horas semanais de funcionamento dos serviços de Radioterapia
ARS Norte	61,79
ARS Centro	65,00
ARS Lisboa e Vale do Tejo	55,00
ARS Alentejo	50,00
ARS Algarve	60,00
Portugal Continental	57,84

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

No que concerne aos horários referentes ao atendimento de situações de emergência, e para que a análise das respostas dos estabelecimentos fosse possível, foram estas separadas, por ARS, e parametrizadas por indicação de “*Atendimento de situações de emergência no horário de funcionamento*”; e “*Resposta permanente de situações de emergência*”. Assim sendo, verificou-se através das respostas dos estabelecimentos que, na ARS Norte, 57% do total dos estabelecimentos aí existentes realiza o “*Atendimento de situações de emergência no horário de funcionamento*” e 43% tem “*Resposta permanente de situações de emergência*”, na ARS Centro todos os estabelecimentos têm “*Atendimento de situações de emergência no horário de funcionamento*”, na ARS Lisboa e Vale do Tejo 67% do total dos estabelecimentos aí existentes realiza o “*Atendimento de situações de emergência no horário de funcionamento*” e 33% tem “*Resposta permanente de situações de emergência*”, na ARS Alentejo o estabelecimento tem “*Resposta permanente de situações de emergência*”, e na ARS Algarve o estabelecimento tem “*Atendimento de situações de emergência no horário de funcionamento*”.

Tabela 20 – Atendimento de situações de emergência no horário de funcionamento e resposta permanente de situações de emergência, por ARS, entre março de 2011 e março de 2012

ARS	Atendimento de situações de emergência no horário de funcionamento	Resposta permanente de situações de emergência
ARS Norte	57%	43%
ARS Centro	100%	0%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	67%	33%
ARS Alentejo	0%	100%
ARS Algarve	100%	0%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Relativamente ao “[...] *Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia, cujo início do tratamento ocorreu após 4 semanas do momento do diagnóstico, considerando o período entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012*” a resposta foi tratada de acordo com a percentagem de prestadores, por ARS, que indicaram: “Doentes com tratamento superior a 4 semanas”; “Doentes com tratamento inferior a 4 semanas”; e “Informação não disponível.” Assim sendo, verificou-se através das respostas dos prestadores que na ARS Norte 14% do total dos prestadores aí existentes trata doentes com um tempo superior a quatro semanas, 57% dos prestadores trata doentes com um prazo inferior a quatro semanas e 29% dos prestadores não tinham a informação disponível. Na ARS Centro 50% dos prestadores trata os doentes com um prazo inferior a quatro semanas e 50% dos prestadores não tem a informação disponível. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 42% dos prestadores indicaram que tratam doentes num prazo superior a quatro semanas, 25% dos prestadores indicaram que tratavam doentes com prazo inferior a quatro semanas e 33% não tinham a informação disponível. Na ARS Alentejo, o prestador existente não tem a informação disponível. E, por último, na ARS Algarve, o único prestador destacou que trata doentes com um prazo inferior a quatro semanas.

Tabela 21 – Percentagem de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia, cujo início do tratamento ocorreu após quatro semanas do momento do diagnóstico, por ARS, entre março de 2011 e março de 2012

ARS	Doentes com tratamento superior a 4 semanas	Doentes com tratamento inferior a 4 semanas	Informação não disponível
ARS Norte	14%	57%	29%
ARS Centro	0%	50%	50%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	42%	25%	33%
ARS Alentejo	0%	0%	100%
ARS Algarve	0%	100%	0%

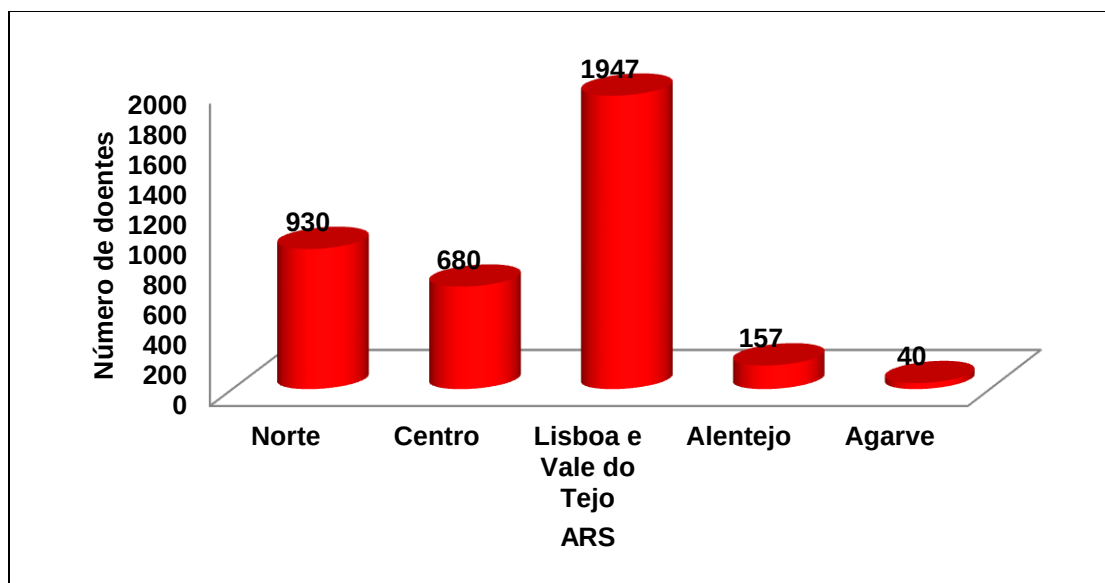
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

No que se refere ao “[...] *Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia em situação de emergência oncológica e indicação das percentagens de doentes que tiveram um tempo de espera superior a 8 horas (na compressão medular), 24 horas e 48 horas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com anotação do tempo máximo registado*”, destaca-se que somente um prestador indicou que tratou doentes com tempo superior a 48 horas, sendo que os restantes prestadores, a nível nacional, indicaram que tratam os doentes com um tempo inferior a 48 horas.

Confrontada a predita análise com as orientações a esse respeito constante do *Manual de Boas Práticas de Radioterapia*, conclui-se que o tempo máximo aceitável é respeitado pela generalidade dos estabelecimentos.

Relativamente ao “[...] *Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012 e percentagem deste número que teve um tempo de espera superior a 2 semanas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com indicação do tempo máximo registado*”, foi na ARS Lisboa e Vale do Tejo que se verificou um maior número de doentes, 1947, seguida pela ARS Norte com 930 doentes, pela ARS Centro com 680 doentes, pela ARS Alentejo com 157, e por último, pela ARS Algarve com 40 doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa.

Gráfico 4 - Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa, por ARS, entre março de 2011 e março de 2012



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

No que concerne à informação relativa à percentagem dos doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa com um tempo de espera superior a duas semanas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, verificou-se que um estabelecimento na ARS Norte, um estabelecimento na ARS Centro, e dois estabelecimentos na ARS Lisboa e Vale do Tejo apresentaram percentagens de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa com espera superior a duas semanas, e os restantes estabelecimentos dentro de cada uma dessas ARS assumiram que tratavam os doentes num prazo inferior ou que não tinham a informação disponível. A ARS Alentejo e a ARS Algarve evidenciaram que tratavam os doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa com um tempo de espera inferior a duas semanas.

Nessa sequência, importa concluir que embora em menor número, também na prática de técnicas de Radioterapia paliativa, os estabelecimentos assumem procedimentos adequados ao estabelecido no *Manual de Boas Práticas*.

2.4. Referenciação de utentes

A temática da referenciação de utentes tem sido objeto de análise pela ERS ao abrigo das suas atribuições e competências⁵¹ e revela-se também no presente Estudo como elemento essencial para aferir do acesso aos cuidados de saúde de Radioterapia.

Refira-se genericamente que a Rede Hospitalar com financiamento público deve ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, organizado de uma forma coerente e assente em princípios de racionalidade e eficiência. Nesse sentido, a cada estabelecimento hospitalar que integra a rede devem ser atribuídos uma área geográfica e populacional de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação, nomeadamente no âmbito de uma rede de referenciação, quer com as unidades de cuidados primários, quer com os demais estabelecimentos hospitalares.

Efetivamente, a organização do SNS deve assentar numa identificação clara e inequívoca da cadeia (vertical) de atribuições, competências e responsabilidades, para que o SNS seja, não somente *de iure* mas também *de facto*, um conjunto de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde *organizado e hierarquizado*. Nesse sentido, cada instituição deve conhecer, sem dúvida ou incerteza, o que concretamente a si compete – e por tanto o que de si é esperado – para contribuir para a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde nas melhores condições de acesso, qualidade e segurança⁵².

É por isso que para que cada um dos estabelecimentos hospitalares possa atingir os objetivos pretendidos, deve cada uma das Redes de Referência Hospitalar (RRH), bem como a missão atribuída a cada estabelecimento hospitalar, permanecer estáveis e terem em conta a evolução previsível das necessidades das populações. As RRH definem-se como *sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades de prestadores de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação*

⁵¹ Considere-se a este respeito o *Estudo elaborado sobre as RRH* e o *Estudo para a Carta Hospitalar* publicados no sítio eletrónico da ERS.

⁵² Nesse âmbito, conforme se verá, os contratos programa surgem como instrumentos detidos quer pelas ARS, quer pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, para a operacionalização das suas concretas responsabilidades. Neles são definidos os objetivos do plano de atividades de cada um dos estabelecimentos hospitalares e a subsequente contratualização com o Estado, mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função da produção contratada e dos resultados obtidos, devendo cada um dos prestadores garantir o cumprimento das suas obrigações para garantirem, obviamente e *in fine*, o dever de garantir o acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Assim, os contratos programa devem garantir os meios necessários ao cumprimento pelos hospitais contratantes, das regras determinadas por cada uma das RRH das quais os mesmos fazem parte integrante.

*institucional*⁵³. Ou seja, a definição, implementação e respeito por redes de referenciação constitui *conditio sine qua non* de respeito pela característica da generalidade, devendo tais redes ser estruturadas de forma a *garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades de prestadores de cuidados de saúde*, e devendo a referida estrutura orientar-se numa lógica centrada *na população e com base em critérios de distribuição e rácios*, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos⁵⁴.

Só assim, se dará conta do imperativo resultante da alínea b) da Base XXIV da LBS pelo qual os cidadãos têm o direito a que lhes sejam prestados integradamente todos os cuidados de saúde, aqui importando realçar que o permanente cumprimento das características de universalidade e generalidade do SNS implica a existência de regras (desde logo de referenciação) que garantam que um qualquer utente obterá, junto do SNS e em qualquer situação, os cuidados de saúde que efetivamente necessite.

Nesse sentido, interessa que os prestadores de cuidados de saúde que concorrem para o funcionamento de cada uma das redes, não só se articulem entre si, desde os cuidados primários até aos diferenciados, em função dos recursos de que dispõem, e consideradas as condicionantes de cada uma das regiões e da valência a que respeitam, mas também se complementem, com a finalidade de aproveitarem os recursos de que cada um é possuidor e, desta forma, contribuam para o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos profissionais e a consequente melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados por cada uma dessas entidades enquanto instituição individual e como membro de uma concreta rede, concentrando-se dessa forma numa lógica de maior qualidade prestada.

Ainda, encontra-se ínsito à noção de RRH o direito de acesso do utente aos serviços do prestador de cuidados de saúde de que aquele necessita e que se integra numa determinada rede de referenciação. Ou seja, decorre da própria definição de RRH, que a sua estrutura e princípios orientadores visam, então, promover e garantir o acesso de todos os doentes, de todas as zonas geográficas do País, aos cuidados de saúde de que necessitam, sejam estes primários, hospitalares ou continuados.

⁵³ Cfr. definição empregue pela Direcção-Geral da Saúde.

⁵⁴ Reitere-se que ao abrigo das suas atribuições e competências, a ERS realizou um estudo sobre as RRH que, em 2009, surgiam como regras de referenciação dos utentes a observar pelas instituições integradas no SNS. Pretendeu a ERS aferir se o não cumprimento de cada uma das RRH impactava com o efetivo respeito do direito fundamental de acesso dos utentes aos serviços públicos de cuidados de saúde. A este propósito podem ser consultados o estudo e o parecer publicados no sítio eletrónico da ERS, em www.ers.pt.

Importa ainda notar que o funcionamento e as imposições adjacentes a cada uma das RRH consubstanciam regras que necessariamente se manifestam no direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde tal como consagrado na Constituição e na Lei. A *contrario*, o deficiente funcionamento de uma RRH impacta negativamente com o direito de acesso do utente aos cuidados de saúde, produzindo um efetivo não acesso (ou um acesso tardio ou inadequado) aos cuidados de saúde necessários.

Não obstante o referido, importa recordar que, aliás em respeito pelo entendimento já defendido pela ERS, que as RRH atualmente existentes se consubstanciam em meras linhas orientadoras, que estabelecem requisitos e critérios apresentados como desejáveis mas reconhecidos como inexistentes. De facto, constatou-se nessa data que as RRH, elaboradas no seio da DGS e/ou da ACSS, para além de, por vezes, não respeitarem o princípio da autossuficiência regional, apresentam uma natureza meramente programática e orientadora. Dessas RRH, algumas foram publicadas e objeto de homologação Ministerial (por intermédio de Despacho), outras, embora publicadas, não foram objeto de homologação Ministerial⁵⁵ e, outras ainda, embora em número reduzido foram elaboradas, aprovadas e ordenadas pelas ARS para cumprimento pelos estabelecimentos hospitalares⁵⁶.

Daqui resultou a recomendação dirigida a cada uma das ARS para, por si e em concertação de esforços, se organizar, estruturar, publicitar e ordenar para cumprimento, pelos estabelecimentos do SNS das suas áreas geográficas, as RRH ou outras redes e regras julgadas necessárias ao cumprimento do caráter da universalidade e generalidade do SNS^{57 58}.

Por último, vejam-se as orientações para o ano de 2012 atinentes à referenciação tal como constantes do Manual de *Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*, publicado em janeiro. São ali julgadas indispensáveis as necessidades em

⁵⁵ Incluem-se aqui as RRH de Anatomia Patológica, de Cuidados Intensivos, de Angiologia e Cirurgia Vascular, de Endocrinologia, de Genética Médica, de Oftalmologia, de Psiquiatria e Saúde Mental, de Transplantação e de Urologia.

⁵⁶ Vide, por exemplo, que a ARS Norte, em 19 de dezembro de 2007, elaborou, aprovou e ordenou o cumprimento de uma Rede de Referenciação em Oftalmologia no Serviço de Urgência.

⁵⁷ Atenta a realidade verificada quanto às RRH conhecidas aquando da análise da ERS em 2009, afigurava-se relevante, em prol da defesa da *transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes*, e da *organização e [do] desempenho dos serviços de saúde do SNS* - alíneas a) e c) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009 –, propor a adoção de regras claras, precisas e objetivas quanto à referenciação hospitalar. Note-se que, além das conclusões sumariamente aqui assumidas, foi igualmente recomendado pela ERS a todas as ARS *para definirem, publicitarem e ordenarem para cumprimento por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde envolvidos*, as RRH que se apresentem como necessárias nas suas áreas de influência.

⁵⁸ Refira-se que em 2011, foram publicadas no sítio eletrónico da ACSS cinco novas RRH já objeto de aprovação Ministerial e que, na realidade, face ao seu conteúdo e processo de elaboração, permitem hoje concluir que não resultam de uma análise circunscrita à realidade regional, para se revelarem, à semelhança das demais entretanto já analisadas no ano de 2009, como regras de âmbito nacional.

saúde da população residente, o perfil assistencial das instituições e o fortalecimento das regras de referenciação e complementaridade entre os níveis de prestação (e.g. cuidados primários, secundários e continuados), atenta o exigido objetivo de garantir “*melhor acesso aos cuidados de saúde, mais qualidade na prestação e mais satisfação dos utentes, aumento de eficiência do sistema reforçando, nessa medida, os resultados em saúde e a sustentabilidade do SNS.*”. Note-se que as alterações aos contratos-programa tal como constantes do Acordo Modificativo e publicado no sítio eletrónico da ACSS, em <http://www.acss.min-saude.pt/> não interferem com o até então definido para a referenciação de utentes⁵⁹.

Assim, veja-se a respeito da temática em análise a cláusula 13.^a da minuta base dos contratos-programa para o triénio 2007-2009, sob a epígrafe “*Referenciação de utentes*”, na qual é referido que:

[...] 1. O hospital obriga-se a realizar as prestações de saúde adequadas ao estado de saúde dos utentes, podendo referenciá-los para outras unidades de saúde nos termos dos números seguintes.

2. O Hospital assegura a referenciação de doentes para outras unidades de saúde integradas no SNS sempre que a valência médica em que as prestações de saúde se qualificam não se inclua no respectivo perfil assistencial, de acordo com as redes de referenciação em vigor.

[...]

8. O Hospital obriga-se a receber os doentes transferidos dos hospitais da sua área de influência sempre que aqueles não disponham de nível de referenciação adequado e ou de capacidade técnica.”.

Como visto, cada um dos contratos programa outorgado obriga a que a entidade hospitalar apenas referencie quando, em suma, a valência médica necessária não se inclua no seu perfil assistencial de acordo com determinada RRH em vigor, quer quando se verifique a inexistência ou insuficiência de capacidade técnica. Mas da referida cláusula resulta não só a obrigatoriedade das unidades hospitalares referenciarem os utentes, mas também a obrigatoriedade de uma unidade hospitalar de referência aceitar receber os utentes transferidos de outros hospitais. Tal obrigação de aceitação verifica-se naquelas situações em que as unidades referenciadoras de

⁵⁹ Na realidade, as novas minutas não alteram o conteúdo dos Acordos outorgados e nos termos da cláusula 1.^a da Minuta do Acordo modificativo, no caso de os outorgantes serem Hospitais e Centros Hospitalares, EPE, “*as Partes prorrogam para 2012 o Contrato-Programa para a definição dos objetivos do plano de atividades do Hospital/Centro Hospitalar para o triénio 2007-2009, no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde, celebrado em [...]*”.

utentes não disponham de nível de referenciação adequado e/ou de capacidade técnica⁶⁰.

Contudo, deve aqui referir-se que tem tipicamente sido incumbência das ARS “*garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção*”⁶¹.

E é para cumprimento de tal atribuição fundamental que as ARS são dotadas de um extenso elenco de atribuições como, entre outras, “*assegurar o planeamento regional dos recursos humanos, financeiros e materiais*”, e ainda “*assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação*”⁶².

Foi ainda no seguimento do entendimento *supra*, que a ERS no seu *Estudo para a Carta Hospitalar* sublinhou a necessidade de proceder a uma ligação direta e essencial entre esta última (ainda a elaborar) e as RRH, enquanto obrigatoriedade de referenciação e de aceitação de doentes, em atenção às suas patologias e casos concretos, mas com capacidade de endogeneizar, sempre que possível, a liberdade de escolha do utente e a liberdade de opção do médico referenciador. Para tanto, assumiu como ponto de partida a distinção entre *planeamento estratégico* dos recursos em saúde e *planeamento operacional*, e as competências legais de cada uma das ARS para determinar e ordenar para cumprimento as redes de referenciação⁶³. Foi ali anunciado que cada uma das RRH deverá conformar-se com os fluxos que indicavam que os hospitais de nível mais baixo referenciassem os seus utentes para hospitais de nível superior mais próximos, quer quando a especialidade em questão não se incluía no seu perfil assistencial, quer quando se verificasse a inexistência ou insuficiência de capacidade técnica e, por outro lado, que os hospitais de nível superior

⁶⁰ A obrigação de referenciação é ainda evidenciada pelo legislador como obrigação determinante no cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) na prestação de cuidados de saúde. A esse respeito o artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, estabelece a obrigação dos estabelecimentos do SNS de “*Informar os utentes, sempre que for necessário acionar o mecanismo de referenciação entre os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, sobre o tempo máximo de resposta garantido para lhe serem prestados os respectivos cuidados no estabelecimento de referência, nos termos previstos na alínea anterior*” – destaque nosso. Já no Anexo n.º 2 da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, foi ali determinado, enquanto direito do utentes no acesso aos cuidados de saúde, que o mesmo deve obrigatoriamente “*Ser informado pela instituição prestadora de cuidados quando esta não tenha capacidade para dar resposta dentro do TMRG aplicável à sua situação clínica e de que lhe é assegurado serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referenciação para outra entidade do SNS ou para uma entidade do sector privado convencionado* [...]” – destaque nosso.

⁶¹ Cfr. n.º 1 do artigo 3.º da Lei Orgânica das ARS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, e que ademais corresponde na essência ao n.º 1 do artigo 3.º da anterior Lei Orgânica das ARS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio.

⁶² Cfr. als. g) e n) n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

⁶³ Cfr. a Lei Orgânica das ARS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

cumpram a sua obrigação de aceitar os utentes transferidos dos hospitais de nível inferior, quando estes últimos não disponham de nível de referência adequado e ou de capacidade técnica.

Importante, seria sempre a exigência de verificação de um conjunto de pressupostos que a ERS entende serem essenciais, e que passavam pela ideia de afiliação, centralidade no doente, âmbito regional e articulação ao nível dos cuidados⁶⁴.

2.4.1. Rede de Referência de Oncologia

A Rede de Referência de Oncologia foi aprovada por Despacho da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, em 17 de janeiro de 2002. Conforme é reconhecido no seu enquadramento introdutório, o controlo da doença oncológica compreende diferentes vertentes que vão da prevenção até ao diagnóstico e ao tratamento, passando pela investigação e pela formação. Reconhece-se ademais a relevância do *vertiginoso progresso científico e técnico*, os necessários *custos dos equipamentos e dos tratamentos* e, ainda a relevância do combate e prevenção da doença. Ao mesmo tempo que o progresso tem determinado *níveis de incerteza no diagnóstico e na decisão terapêutica, pela enorme dificuldade* do profissional em *dominar um campo imenso de conhecimento, o que impõe, como mecanismo de defesa, uma maior especialização dos recursos humanos, por um lado, e a abordagem multidisciplinar, por outro*. É assim que se revela de primordial importância, a interdisciplinaridade no diagnóstico, no acompanhamento e no apoio ao utente e é, também por isso que esta área tanto exige uma constante interação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados oncológicos.

Por outro lado, importa aproximar a oferta à procura e, para tanto, deverá verificar-se uma “[...] *divisão explícita de campos de intervenção das diferentes instituições, aproveitando o máximo das potencialidades de cada uma delas*” e sempre numa ideia de complementaridade, tanto mais que, se é verdade que os estabelecimentos possuem idênticos conhecimentos sobre os problemas oncológicos nos quais intervêm, a sua distinção está nos diferentes tipos de problemas que abordam e que, nessa medida, os diferenciam tecnicamente. Ainda, importa que a unidade prestadora de cuidados oncológicos integre nas suas atividades, a investigação clínica, em consonância com o *Manual de Boas Práticas*.

⁶⁴ Os conceitos aqui mencionados poderão ser melhor consultados no Estudo para a Carta Hospitalar (especialmente nas págs. 123 e ss) publicado no sítio eletrónico da ERS, em 2 de junho de 2012.

A este respeito, refira-se que o *Plano Oncológico Nacional*⁶⁵ determinou a obrigatoriedade de ser criada uma RRH de Oncologia que, sem esquecer a capacidade já instalada, reconhecesse os princípios a observar para definição de níveis diferenciados de cuidados – plataformas -, em articulação entre si, ainda que “*sem prejuízo da continuidade de cuidados e do envolvimento das estruturas de saúde locais*”. Do mesmo modo, a RRH é ali assumida como uma oportunidade de controlo de qualidade e de investigação oncológica multidisciplinar e multi-institucional.

A respeito dos diferentes níveis tal como descritos na RRH, este documento apresenta uma noção precisa dos níveis de proximidade e níveis especializados, aqui incluídas as plataformas A, B e C⁶⁶. Sem se pretender uma definição exaustiva, diga-se que o

⁶⁵ Aprovado por Resolução de Conselho de Ministros n.º 129/2001, Diário da República I Série, n.º 190 de 17/8/2001.

⁶⁶ Conforme resulta do documento da RRH de Oncologia, a “[...] *Plataforma RRH de Oncologia é formada por três tipos de plataformas designadas de C, B e A, correspondendo as plataformas de tipo C às menos centrais, e com a obrigação primordial de tratar a patologia mais frequente, e as de tipo A às mais centrais e com patologia menos frequente. A plataforma A, contudo, integrará funções de C e B, da mesma forma que a B irá igualmente tratar a patologia primariamente da responsabilidade da plataforma de tipo C.*” – cfr pág. 22 do documento.

As plataformas de Tipo C “[...] *são as plataformas hospitalares mais periféricas [e considera-se] que deve existir uma unidade de tipo C por cada 300 000 habitantes. O objecto da sua actividade é o diagnóstico e a participação no tratamento dos tumores com incidências iguais ou superiores a 10 por 100 000 habitantes [...]*” que, designadamente, respeitam a tumores de pele (não melanoma), mama, próstata e bexiga. São responsáveis pelos casos que lhes “[...] *forem enviados pelo nível de proximidade [e, nesse sentido] deverão estabelecer-se, entre instituições, protocolos de articulação para técnicas específicas, por exemplo cirúrgicas, que possam permitir intervenções rápidas e oncológicamente correctas quando as particularidades da doença o determinarem.*”. Conforme resulta ainda do documento da RRH, os serviços desta plataforma, necessitam da presença de especialistas em pneumologia, gastroenterologia, dermatologia, imagiologia, patologia morfológica, patologia clínica, a hematologia clínica e imuno-hemoterapia. Compete ainda a cada uma das unidades da Plataforma C “[...] *a promoção da a formação em oncologia dos profissionais dos centros de saúde e de outros hospitais da respectiva zona geográfica de influência.*”.

As plataformas de tipo B “[...] *estão localizadas predominantemente em alguns Hospitais Centrais e nos Centros Regionais do Instituto Português de Oncologia.*”, e, além disso, “[...] *ocupam-se do diagnóstico e tratamento de tumores com incidências iguais ou superiores a 2,5 casos por ano, e por 100 000 habitantes [...]*” relativamente a patologias no esófago, glânglios linfáticos, lábio, laringe, melanoma, ovário, pâncreas e rim. Já no que respeita aos recursos, “[...] *além dos recursos próprios da plataforma C, deverão incluir hematologistas clínicos nos serviços ou unidades de oncologia, ou ter serviço ou unidade autónomas. [e, quando dispõe] de unidades de quimioterapia intensiva com suporte hematopoiético deverão obedecer aos critérios definidos na RRH de Transplantação e à legislação apropriada.*”.

A plataforma de tipo A “[...] *é constituída pelos Centros Regionais do Instituto Português de Oncologia, [...], já que a esta instituição, com actividade de âmbito nacional, compete organizar a luta contra o cancro em Portugal, promover a investigação no domínio da oncologia, promover o ensino pós-graduado em oncologia, promover e fomentar a prevenção primária e secundária, o diagnóstico e o tratamento das doenças oncológicas.*”. Contudo, “[...] *poderão as ARS, quando as circunstâncias regionais o determinem, e ouvidas as Comissões Oncológicas Regionais, propor à Direcção-Geral da Saúde a inclusão de Hospitais Centrais na plataforma A.*”. O mesmo documento acrescenta que a complementaridade importa uma definição regional “[...] *por acordo entre as instituições, sempre que necessário, para o melhor aproveitamento dos recursos.*”. A esta plataforma compete “[...] *o diagnóstico e do tratamento de tumores, independentemente da sua incidência, em particular dos que exigem técnicas e tecnologia mais complexas e/ou menos vulgarizadas*” e, no atinente à investigação “[...] *destacam-se a investigação clínica, os ensaios clínicos e o desenvolvimento e a avaliação de novas tecnologias [e] é responsável pela formação contínua dos profissionais das diferentes plataformas, bem como pela discussão (com as restantes plataformas), elaboração e divulgação de protocolos clínicos.*”. Já quanto aos recursos, este nível “[...] *deverá incluir todos os recursos exigíveis à plataforma B [e deverá] possuir Serviços ou Departamentos de Oncologia Médica e Radioterapia.*” – cfr. páginas 23 e ss da RRH de Oncologia.

nível de proximidade corresponde naturalmente aos cuidados primários e a todos os prestadores hospitalares de nível não especializado. A sua função essencial assenta na ideia de prevenção, de rastreio da doença e acompanhamento sucessivo, ao longo das diferentes fases da doença e ainda na participação no registo oncológico. Pretende-se que estes prestadores, mediante a celebração de protocolos com outros de natureza especializada, prestem os cuidados de continuidade.

Já os cuidados especializados organizam-se nas mencionadas plataformas descritas por A, B e C, distintas entre si mas complementares, pois que organizam-se de forma a permitir a sucessiva referenciação de utentes de acordo com critérios clínicos e requisitos de natureza administrativa. Por seu lado, cada uma das plataformas conhece uma caracterização assente no número de incidências do tumor e na natureza deste último.

No que respeita ao equipamento e demais recursos considerados pela RRH, diga-se, resumidamente, que as necessidades nacionais devem considerar o número de casos novos por ano e o número de casos recidivos por ano.

Recorde-se, porém, que mesmo já após a aprovação da RRH de Oncologia, em 2002, o *Programa de desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007/2010*, reiterou a exigência de a elaboração da rede obrigar, num primeiro momento, ao (i) levantamento de recursos existentes e da sua distribuição geográfica; (ii) à definição de critérios para a atribuição e reconhecimento das competências específicas para diferentes tipos de cuidados com participação dos Colégios da Especialidade da OM e da sociedade científica; (iii) à prévia avaliação das instituições envolvidas no sentido de esclarecer quais as habilitações de cada uma e os requisitos necessários a serem integrados na rede de cuidados oncológicos; (iv) a promover e facilitar a estruturação e o desenvolvimento dos meios técnicos e humanos capazes de dotar os serviços da capacidade de resposta adequada às necessidades e ainda, (v) à criação de uma Coordenação Regional de Rede de Referenciação⁶⁷.

Até ao ano de 2009, a meta a atingir passaria por uma definição de requisitos para a prática de tratamentos, designadamente, de Radioterapia, com a determinação de padrões de boas práticas, enumeração de medidas de reforço da capacidade de

⁶⁷ Ainda, de acordo com o Plano Nacional, à Coordenação Regional da RRH competiria, designadamente, fazer o inventário da oferta já existente nas diferentes regiões do País, garantir a acessibilidade e o tratamento atempado, facilitando a orientação dos doentes e a monitorização dos tempos de espera, monitorização e promoção da qualidade de vida dos doentes e assegurar os cuidados psico-oncológicos, promover a criação de um sistema de informação que facilite o acompanhamento e prestação de cuidados dos doentes das diversas instituições da rede e dinamizar o desenvolvimento dos instrumentos de comunicação que facilitem a circulação de informação e ainda, avaliar e orientar a alocação de recursos humanos nas diversas instituições de rede.

resposta e da qualidade dos cuidados oncológicos (com respetivos prazos de implementação) nos hospitais e serviços a integrar a rede de referência, e a criação das coordenações regionais. Para o ano de 2010, a meta era a de reformular a arquitetura da rede de referência para cada região e proceder à sua implementação.

Certo é que, à data do presente estudo, a RRH de Oncologia não terá considerado os princípios e as determinações no plano nacional 2007/2010 e por isso, foram os estabelecimentos notificados para informarem a ERS sobre, designadamente, a sua capacidade de atendimento, os procedimentos de atendimento e referência atualmente em vigor. Para tanto, foram remetidos os inquéritos a cada um dos estabelecimentos identificados e realizadas fiscalizações que providenciaram por uma verificação *in loco* das condições informadas.

2.4.2. Protocolos celebrados entre o SNS e o setor privado

À data de elaboração do presente Estudo (e porque confirmado no decurso das diligências realizadas pela ERS), verificou-se que todos os 11 estabelecimentos do SNS⁶⁸ que prestam cuidados de saúde de Radioterapia são parte contratante de um acordo, de ora em diante designado indistintamente por Protocolo⁶⁹, ao abrigo do qual aqueles podem transferir um determinado número de utentes do SNS para um estabelecimento do setor privado ao qual é liquidada determinada quantia previamente acordada.

Esta realidade além de se impor no estágio presente da prestação de cuidados de Radioterapia externa em Portugal Continental no âmbito do SNS e, por isso, merecer análise específica desta temática, deve ser observada a par das regras de referência tal como vistas *supra*. De facto, estes protocolos são fundamento para uma referência dos utentes para o setor privado, ainda que já não ao abrigo da RRH. O SNS por força da sua declarada incapacidade de resposta procede, ao abrigo dos preditos protocolos, ao envio do utente para o setor privado, onde são realizados os tratamentos.

⁶⁸ Conforme será verificado, o Hospital de Faro, EPE não presta tratamentos Radioterapia, mas é parte contratante de um protocolo com Quadrantes Faro - Unidade de Radioterapia do Algarve, Lda.

⁶⁹ Note-se que de entre as respostas dos estabelecimentos foi possível averiguar pela existência de documentos particulares sob distintas designações, designadamente Protocolo para a prestação de cuidados de Radioterapia, Acordo para a prestação de cuidados de Radioterapia ou Contrato de prestação de serviços.

Nessa medida, impõe-se avaliar dos procedimentos adotados na predita referência tal como contratada entre as partes além das orientações da RRH, aqui consideradas especificamente, as condições de resposta do estabelecimento do setor privado, os trâmites documentais e procedimentos de natureza administrativa e ainda as condições de qualidade na prestação.

Genericamente, cada um dos protocolos celebrados visa a prestação de cuidados (tratamentos) de saúde na área da Radioterapia externa estabelecida de acordo com a Rede de Referência de Oncologia para a Região em causa, aos utentes que lhe sejam enviados pelo prestador.

No caso concreto do acordado com os IPO, a referência dos doentes deve ser feita única e exclusivamente através do Serviço de Radioterapia, não havendo lugar a qualquer pagamento caso tal assim não ocorra.

Além do mais, a referência é feita mediante o contacto e marcação por fax e telefone, todos os dias úteis entre as 8h e as 20h para o prestador do sector privado que, por sua vez, deve confirmar as datas disponíveis para a realização dos atos.

No que respeita aos tempos de resposta, o contrato estipula que, caso a avaliação clínica do doente seja considerada urgente, deve ocorrer no próprio dia, e, nos demais casos, o planeamento do doente deve ser realizado no prazo máximo de dois dias úteis e o tratamento no prazo máximo de cinco dias úteis. No caso de tratamento para Radioterapia com carácter neoadjuvante pré operatório, o início da terapêutica deverá ocorrer no prazo de cinco dias após a receção do pedido.

O relatório clínico final é remetido pelo prestador para o Serviço de Radioterapia do IPO e todas as demais informações devem efetuar-se através de interlocutores a definir, em anexo, pelas partes, e devem os prestadores proceder ao envio de listagem de movimento de doentes.

Ainda, deve o prestador do setor privado manter-se disponível para participar em consultas multidisciplinares de decisão, elaboração e implementação de protocolos terapêuticos com os especialistas dos diversos serviços do IPO. A este último compete garantir o transporte e responsabilizar-se pelo seu pagamento sempre que o estado clínico do doente assim o determine.

Já no respeitante aos preços, são estes acordados entre as partes e são revistos anualmente, em função da taxa de inflação geral publicada pelo INE e referente ao ano anterior, ou por acordo entre as partes. Da fatura a emitir deve ser detalhada por data e tipo de tratamento de acordo com a classificação ICD-9-MC acompanhadas de cópia do impresso modelo de referência emitido pelo Serviço de Radioterapia.

Deve ser apresentada até ao dia 10 de cada mês correspondente ao valor total dos serviços prestados no mês anterior e referente aos doentes cujos tratamentos tenham sido concluídos nesse mês. O prazo de pagamento estipulado é de 90 dias a contar da data da fatura emitida através de transferência bancária.

Os protocolos celebrados podem cessar os seus efeitos sempre que, designadamente, ocorrer uma impossibilidade permanente não imputável a qualquer uma das partes.

Em anexo dos protocolos, consta a descrição dos equipamentos no qual foi indicada a marca do acelerador linear com referência à licença de utilização, a lista de contactos, o mapa de informação semanal, a tabela de preços, e a indicação do prazo de pagamento e descontos.

2.4.3. Análise das respostas relativas à referenciação

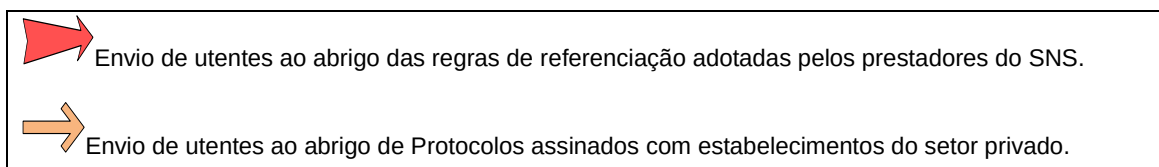
Todos os estabelecimentos envolvidos no presente Estudo foram notificados para, quando aplicável, procederem, (i) à identificação dos prestadores do SNS que para si referenciam e (ii) à indicação dos diferentes tipos de tratamento de Radioterapia, com especificação do número de doentes. Ainda, foi solicitada (iii) informação sobre a identificação do(s) estabelecimento(s) não público(s) eventualmente contratado(s) pelo serviço para a prestação de cuidados de saúde de Radioterapia aos seus doentes, com especificação da base contratual utilizada para o efeito e dos concretos tipos de tratamentos abrangidos, (iv) do número de doentes assim reencaminhados pelo serviço para os diferentes tipos de tratamentos com informação desagregada por estabelecimento não público, o (v) valor médio reembolsado pelo SNS por cada doente referenciado e o pago ao(s) estabelecimento(s) não público(s) e ainda (vi) o valor médio pago ao(s) estabelecimento(s) não público(s), por cada doente referenciado.

Finalmente, foi solicitada indicação dos concelhos de residência dos doentes submetidos a cuidados de saúde de Radioterapia para delimitação da área de abrangência geográfica do serviço - cfr. minuta de pedido de elementos e junto em Anexo I ao presente Estudo.

Analizadas todas as respostas e confrontadas com a conhecida estrutura da RRH de Oncologia, foram elaborados os esquemas que a seguir se apresentam por cada ARS, e consideradas as informações de cada um dos estabelecimentos notificados, atinentes ao período compreendido entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012. Conforme se verifica, os esquemas assumem os fluxos de referenciação impostos

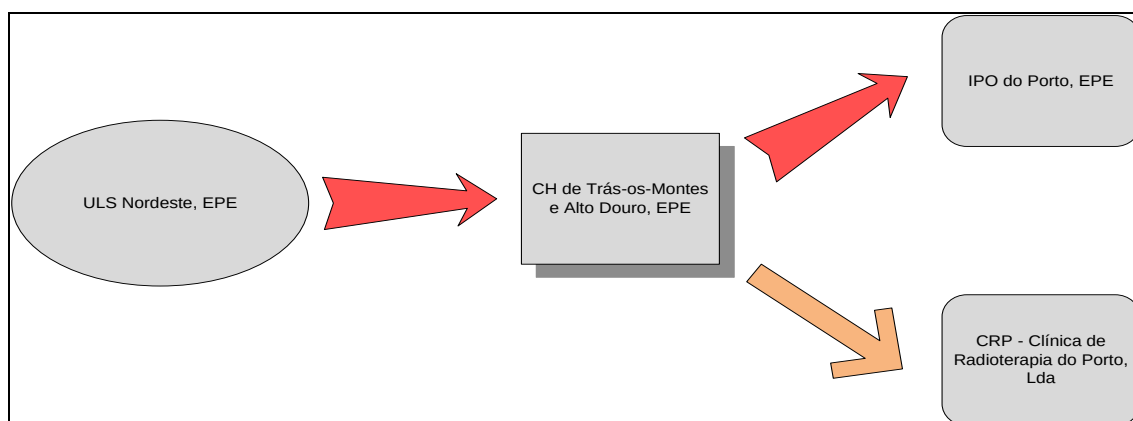
pela existência prévia de uma RRH e as relações contratuais decorrentes dos protocolos.

Com o intuito de melhor distinguir os fluxos atualmente observados/respeitados pelos estabelecimentos na prestação de cuidados de saúde de Radioterapia externa, deve ser considerada a seguinte legenda:

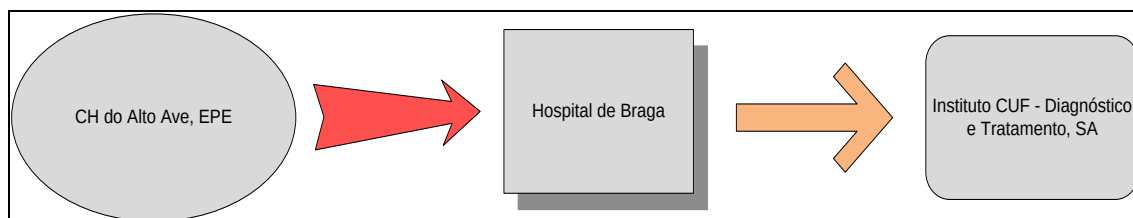


ARS Norte

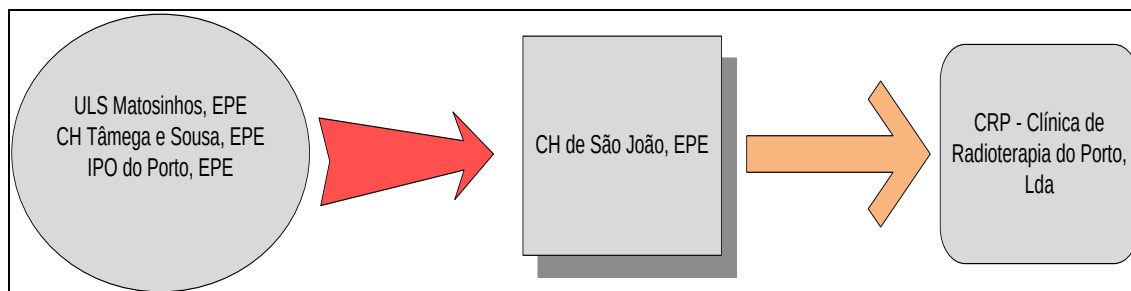
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE



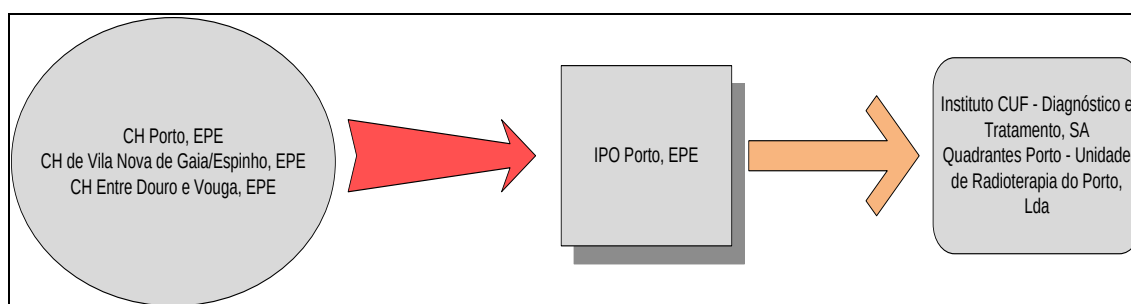
- Hospital de Braga



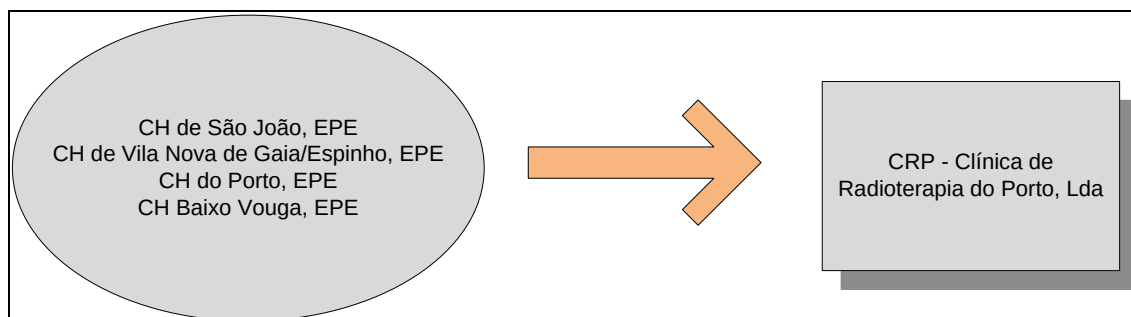
- Centro Hospitalar de São João, EPE⁷⁰



- IPO do Porto, Francisco Gentil, EPE⁷¹



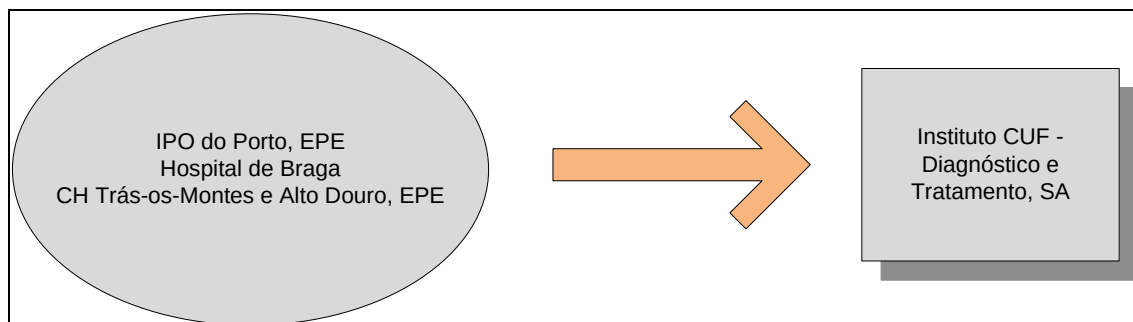
- CRP - Clínica de Radioterapia do Porto, Lda



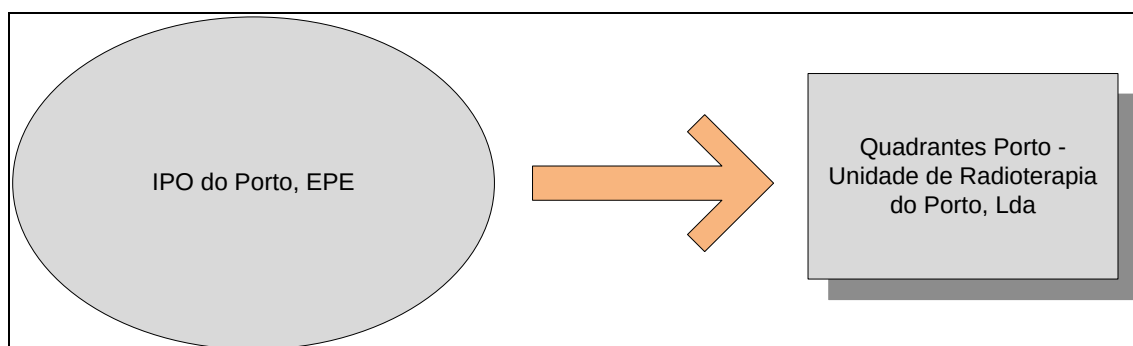
⁷⁰ Quando questionado sobre quais os estabelecimentos de onde são referenciados os doentes, o CH de São João EPE indicou o “[...] *Hospital Pedro Hispano - Matosinhos (338 doentes)*; [o] *Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (30 doentes)*; [o] *IPO Porto (1 doente)*.” – cfr. Ofício de respostas de 21 de maio de 2012.

⁷¹ O IPO do Porto, EPE confirmou que do Centro Hospitalar do Porto provêm “*doentes avaliados em consultas interinstitucionais*”, no total de 1961, e “*doentes que efetuaram Radioterapia*”, no total de 597. Já o Centro Hospitalar Gaia-Espinho, EPE e o CH entre Douro e Vouga enviam para IPO “*doentes avaliados em consultas interinstitucionais*”, no total de 918 e 1188 doentes, respetivamente, bem como “*doentes que efetuaram Radioterapia*” no total de 445 e 353, respetivamente – cfr. designadamente, correio eletrónico de 11 de junho de 2012.

- Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA

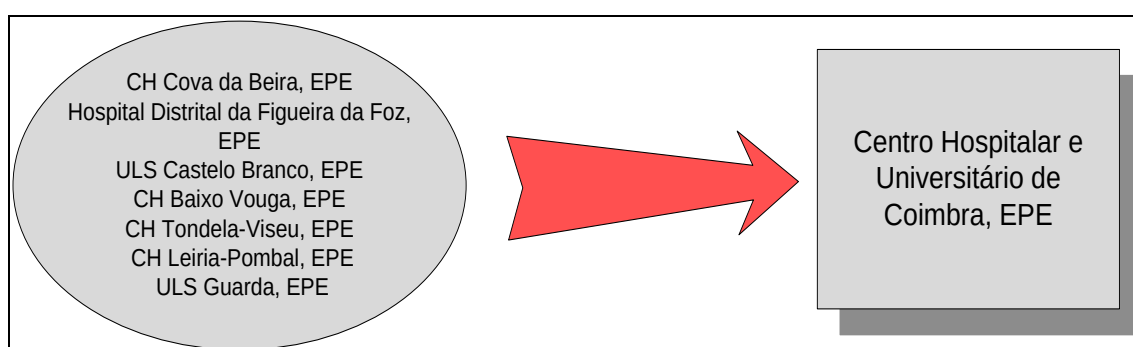


- Quadrantes Porto - Unidade de Radioterapia do Porto, Lda.



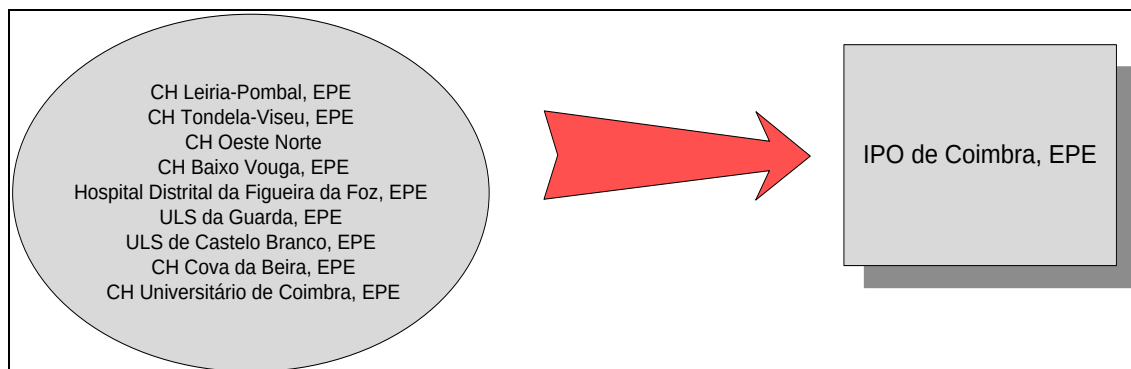
ARS Centro

- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE⁷²



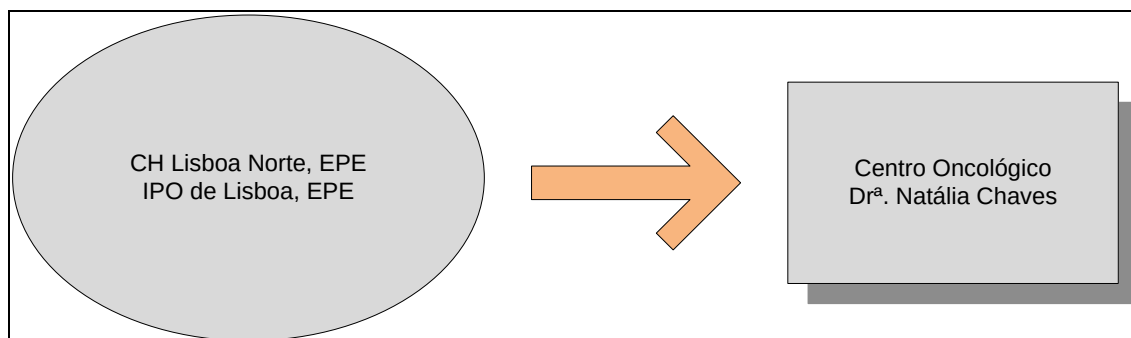
⁷² Ofício de 25 de maio de 2012 remetido à ERS, no qual é referido que "[...] no período entre 01.03.2011 e 31.03.2012, foram apresentados os seguintes doentes: [...]" Hospital dos Covões – 10; Maternidade Bissaya Barreto – 165; Hospital Cova da Beira, 24; Hospital da Figueira da Foz, 4; Hospital de Castelo Branco – 3; Hospital de Aveiro – 4; Hospital de Viseu – 1 e Hospital de Leiria – 1.

- IPO de Coimbra, Francisco Gentil, EPE⁷³

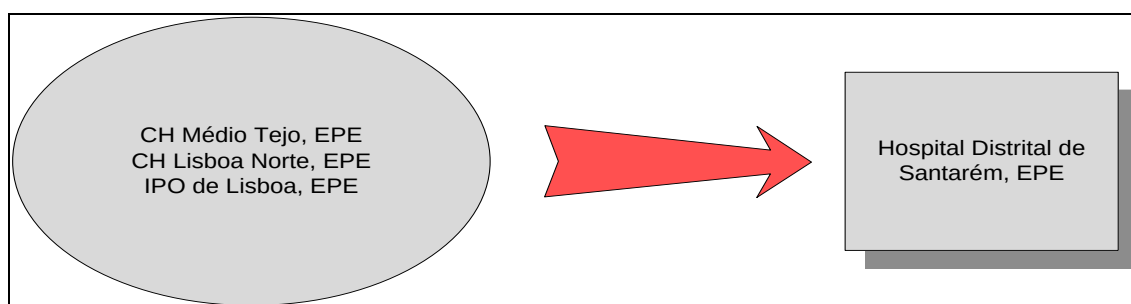


ARS Lisboa e Vale do Tejo

- Centro Oncológico Dr.^a. Natália Chaves



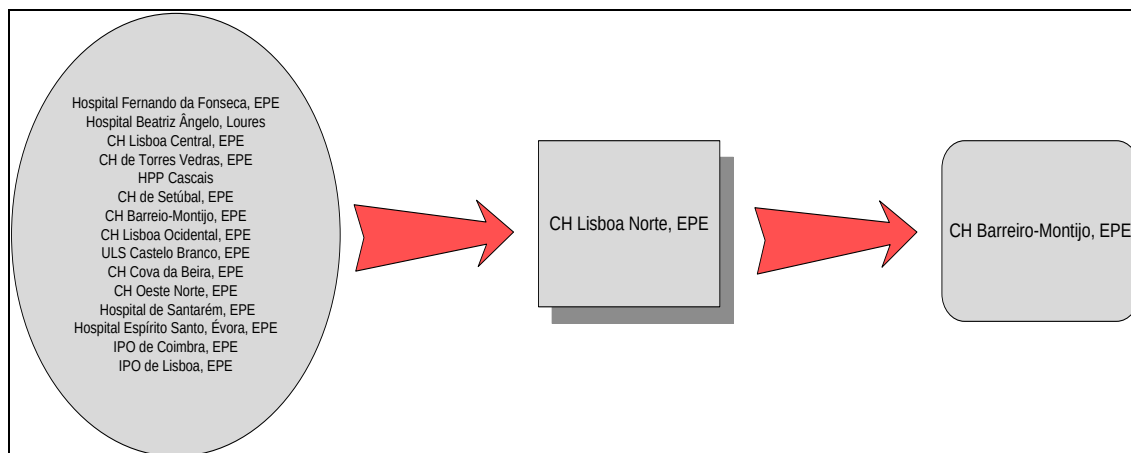
- Hospital Distrital de Santarém, EPE⁷⁴



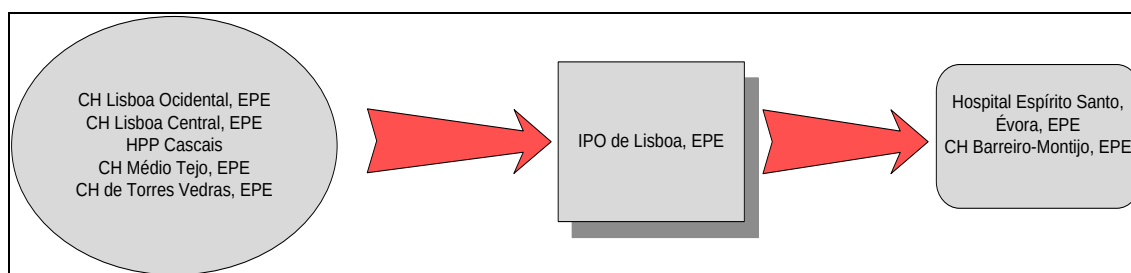
⁷³ É referido pelo IPO de Coimbra, EPE que a área de abrangência geográfica do serviço de Radioterapia coincide com a área abrangida por todos os Hospitais identificados no esquema e acrescentam não deter "[...] capacidade informática para quantificação [...]" do número de doentes – cfr. designadamente informação do correio eletrónico de 28 de maio de 2012.

⁷⁴ Relativamente ao IPO de Lisboa, EPE e ao CH Lisboa Norte, EPE, é referido pelo estabelecimento que alguns dos doentes oncológicos para si referenciados são "[...] doentes referenciados para a Unidade de Lisboa mas devido à localização de residência dos mesmos foi aceite o pedido, da entidade referenciadora, para realização de tratamentos nesta unidade." – cfr informação fornecida designadamente por correio eletrónico de 5 de junho de 2012.

- CH Lisboa Norte, EPE⁷⁵



- IPO de Lisboa, Francisco Gentil, EPE⁷⁶

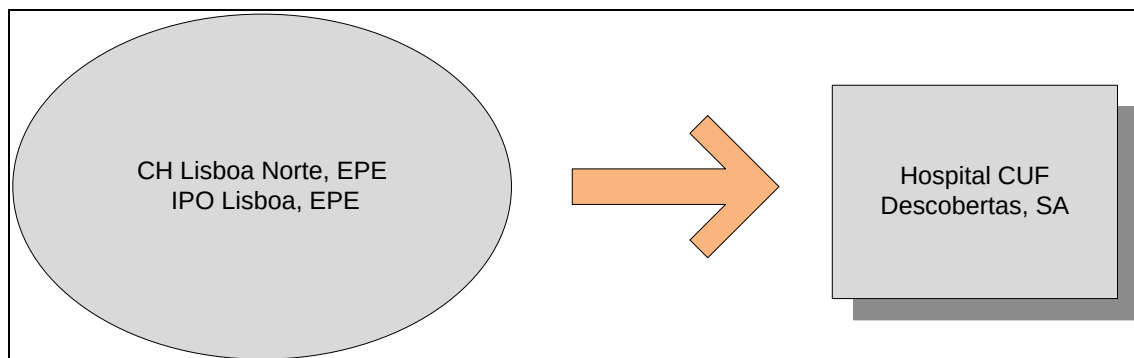


⁷⁵ Segundo o estabelecimento hospitalar, são para si referenciados os doentes nos seguintes termos: “[...] Hospital Fernando da Fonseca – 423 doentes; Hospital Beatriz Ângelo, Loures – 4 doentes; Hospital de São José – 213 doentes; Hospital de Santo António dos Capuchos – 307 doentes; Hospital de D^a Estefânia – 2 doentes; Hospital do Desterro – 1 doente; Hospital Curry Cabral – 4 doentes; Maternidade Alfredo da Costa – 4 doentes; Centro Hospitalar Torres Vedras – 53 doentes; Centro Hospitalar de Cascais – 1 doente; Centro Hospitalar de Setúbal – 12 doentes; Hospital Nossa Senhora do Rosário-Barreiro – 36 doentes; Hospital Egas Moniz – 1 doente; Hospital Amado Lusitano – 1 doente; Hospital da Covilhã – 1 doente; Hospital de Peniche – 2 doentes; Hospital de Santarém – 8 doentes; Hospital Espírito Santo de Évora – 3 doentes; IPO de Coimbra – 1 doente e IPO de Lisboa – 93 doentes”. Mais acrescentou que “[...] de um modo geral não referenciamos doentes para outros serviços de Radioterapia do SNS, com exceção de raros casos (p.e.) para o Hospital do Barreiro (a pedido do doente por ser próximo da área de residência ou de apoio familiar.” – cfr. informação do prestador enviada, designadamente por correio eletrónico de 14 de junho de 2012.

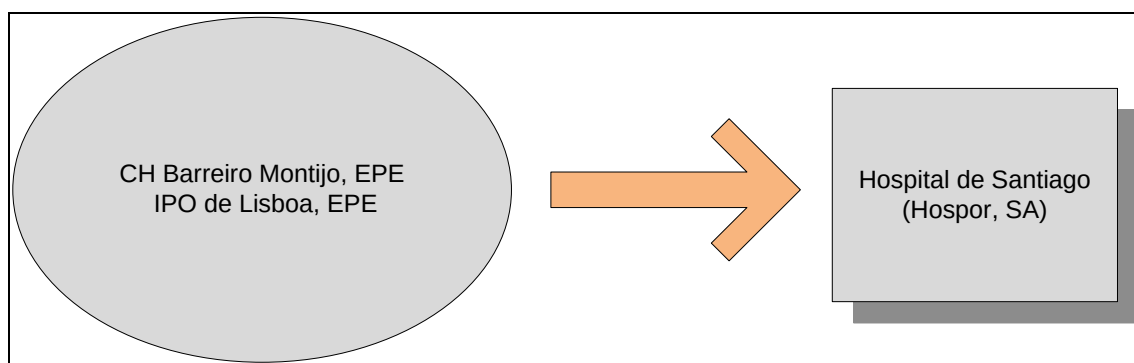
Note-se que conforme indicado pelo Serviço de Radioterapia do SAMS, também a respeito deste prestador e sobre a temática da referenciação, devem ser consideradas as respostas fornecidas pelo Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

⁷⁶ Foram referenciados para o Serviço de Radioterapia do IPO de Lisboa, 697 doentes provenientes dos hospitais identificados no esquema, e foram por aquele enviados para outros hospitais do SNS, 76 doentes para Évora e 32 para o Barreiro – cfr. informação prestada pelo IPO de Lisboa Francisco Gentil, EPE por ofício de 19 de junho de 2012.

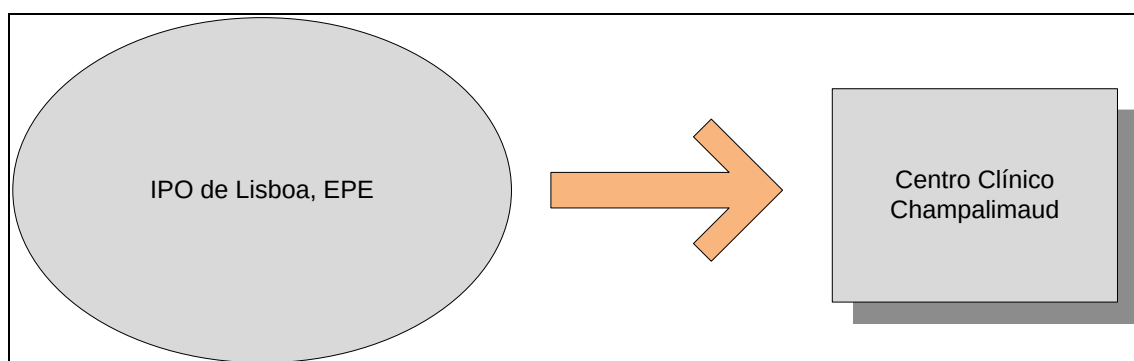
- Hospital CUF Descobertas, SA



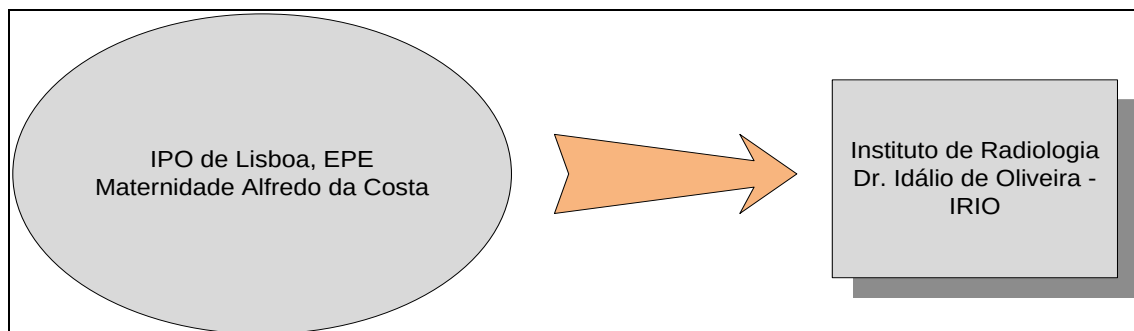
- Hospital de Santiago



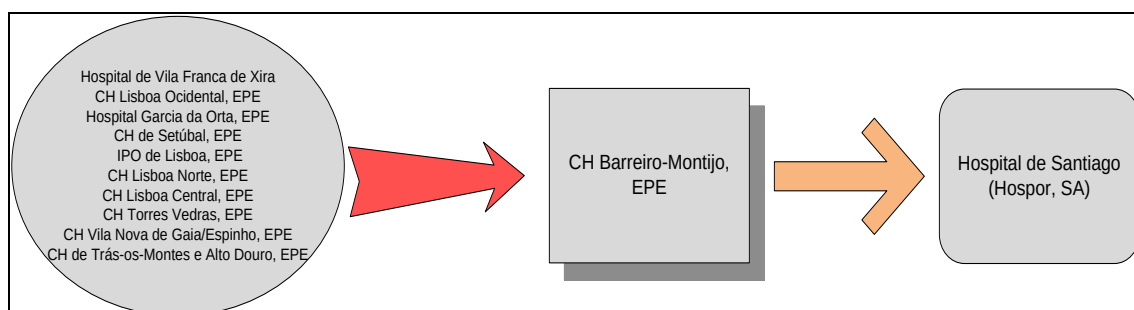
- Centro Clínico Champalimaud



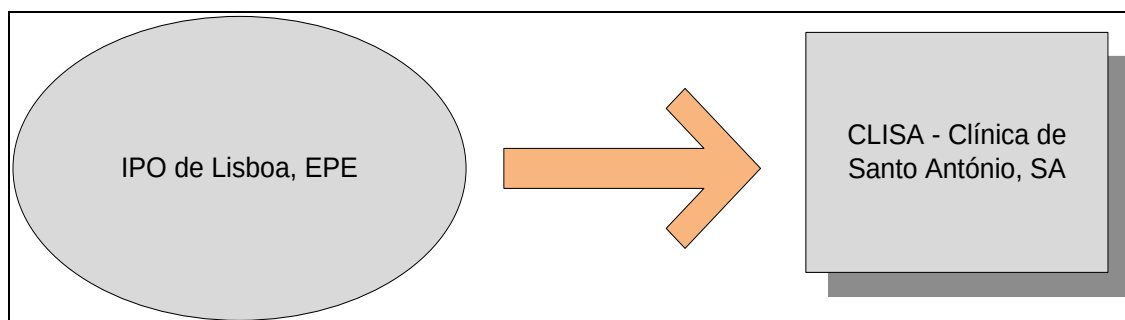
- Instituto de Radiologia Dr. Idálio de Oliveira – IRIO



- Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE⁷⁷



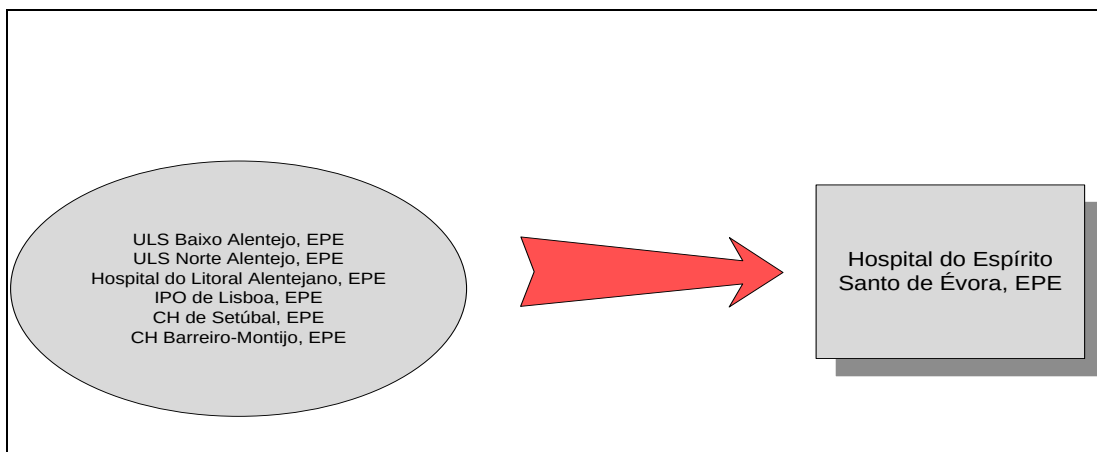
- CLISA – Clínica de Santo António, SA



⁷⁷ Conforme indicado pelo Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, os doentes oncológicos provêm do “[...] Hospital de Vila Franca (85 doentes), Hospital São Francisco Xavier (45 doentes), Hospital Garcia da Orta (447 doentes), Hospital de São Bernardo Setúbal (340 doentes, dos quais 219 foram encaminhados ao Hospital Santiago, em Setúbal) [e] desde o início de tratamentos com SBRT em maio de 2011 foram referenciados um total de 25 doentes para dos seguintes hospitais para realização desta técnica: Hospital de Santa Maria, Hospital de Santa Marta, Hospital Pulido Valente, Hospital de Torres Vedras, Hospital de Vila Nova de Gaia e Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.” – cfr. informação transmitida à ERS, designadamente por correio eletrónico de 18 de junho de 2012.

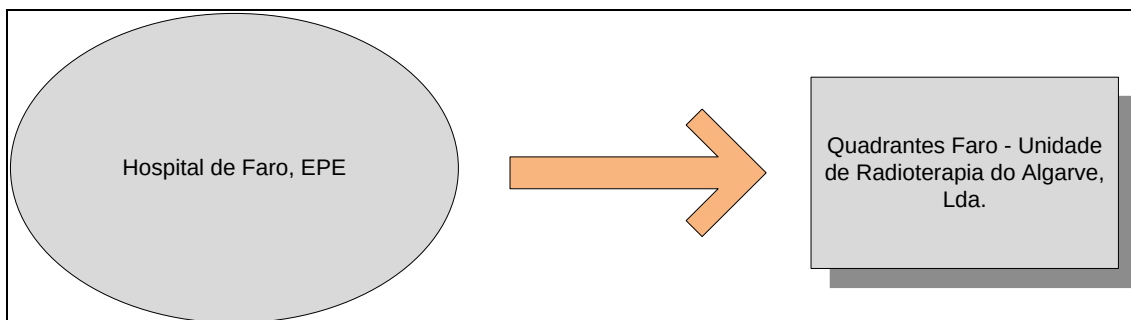
ARS Alentejo

- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE⁷⁸



ARS Algarve

- Quadrantes Faro - Unidade de Radioterapia do Algarve, Lda.



Das respostas dos estabelecimentos notificados, resulta que nem todos os IPO são hospitais de *último* destino dos demais estabelecimentos que se localizam no nível inferior (este nível deve ser o indicado para a RRH de Oncologia, ali melhor descrito e com as necessárias especificações para a Radioterapia), como acontece nos casos do Centro Hospitalar do São João, EPE que declarou receber um utente do IPO do Porto e do IPO de Lisboa que assumiu referenciar para o Hospital Espírito Santo de Évora, EPE e para o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE que, por sua vez, recebe utentes do IPO de Lisboa. Também o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE assumiu

⁷⁸ Conforme resulta do gráfico “Distribuição dos Doentes por Hospital de Origem”, os utentes são provenientes do Hospital de Beja (193 doentes), do Hospital de Portalegre (123 doentes), do Hospital Litoral Alentejano (102 doentes), do Hospital de Elvas (46 doentes) e do IPO de Lisboa (41 doentes) – cfr. informação constante do correio eletrónico de 5 de junho de 2012.

referenciar para o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE (*a pedido dos utentes por ser área próxima da residência ou de apoio familiar*).

Daqui decorre que os atuais fluxos de utentes não correspondem ao princípio de sucessão de níveis implementados pelas RRH. Com efeito, e conforme respostas dos estabelecimentos do setor público à pergunta quem para si referencia utentes e para onde referencia os utentes, verifica-se que alguns dos estabelecimentos identificados como “de origem” tanto se localizam nas plataformas B e A da RRH de Oncologia. Neste sentido, importa garantir que sejam estabelecidos todos os procedimentos, parâmetros e motivações que, de forma clara, transparente e de conhecimento público, que permitam a referenciação com base em critérios fundamentados, em benefício não só do SNS e da delimitação das competências e atribuições de cada um dos intervenientes, mas igualmente em benefício de todos os doentes (e *in fine* acompanhantes), que devem conhecer os fluxos de referenciação para o seu tipo de patologia e para o tratamento adequado.

Por outro lado, nem todos os estabelecimentos hospitalares do SNS são partes contratantes de protocolos com estabelecimentos integrados no setor privado (é o caso concreto dos prestadores localizados na ARS do Centro, onde, como assumido pelos estabelecimentos notificados, um e outro são hospital de destino, ao mesmo nível, para os estabelecimentos hospitalares de nível anterior e não referenciam para entidades privadas).

Recorde-se que, a respeito da concorrência, os estabelecimentos do setor privado foram questionados “[...] *sobre a base contratual utilizada para o reencaminhamento de doentes* [...]”, sendo que das respostas resulta que aquela contratação fundamenta-se nas necessidades sentidas pelo SNS, e, em concreto, é decidida por cada um dos estabelecimentos envolvidos independentemente da sua localização na RRH (nas plataformas). A este respeito, vejam-se os casos concretos do Hospital de Braga, do Centro Hospitalar do São João EPE, do Hospital Barreiro-Montijo, EPE, do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE e da Maternidade Alfredo da Costa.

A RRH de Oncologia deveria assegurar as condições de qualidade assistencial e de acesso equitativo aos diferentes níveis de cuidados e que nela poderiam ser incluídas diversas instituições prestadoras do setor privado, com graus de competência diferenciada, ainda que com caráter complementar ou supletivo face ao setor público. Essencial, era que as relações entre os diferentes estabelecimentos, assentando num sistema de diferentes níveis baseados na localização e capacidade técnica e humana, assegurassem a multidisciplinaridade e a continuidade de cuidados prestados a cada

um dos utentes. Com efeito, recorde-se que já o *Plano Nacional Oncológico para 2001-2005* constante da Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, de 17 de agosto, considerou no seu Capítulo VII que os hospitais não possuidores de Radioterapia deveriam estar articulados por protocolo, com o setor público ou privado.

É assim que a relação com o setor privado é assumida não somente como essencial para o respeito dos objetivos específicos do tratamento e acompanhamento do doente oncológico como se revela obrigatória nas relações com o SNS e como meio de resposta à procura existente.

Assim, a RRH de Oncologia, que venha a ser implementada para os cuidados de saúde de Radioterapia, pelas diferentes ARS, ao abrigo das suas competências, deverá atender não só à capacidade de resposta e aos recursos disponíveis existentes no SNS, mas igualmente, ainda que a título complementar, à capacidade do setor privado já instalada. Esta mesma conclusão coaduna-se com o entendimento veiculado pelo Despacho n.º 10430/2011, de 18 de agosto, com as exigências de uma utilização racional e eficiente do SNS e de consequente internalização de MCDT excecionada com o recurso à subcontratação de entidades externas, sempre que necessário, ainda que com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência de mercado.

No atual contexto económico, financeiro, social e normativo, revela-se essencial que qualquer resposta às necessidades dos utentes não esqueça a capacidade do SNS e a já instalada capacidade de resposta do setor privado. Esta estratégia terá em consideração os meios, recursos, e saber científico detidos por todos os intervenientes. Aliás, assumir a complementaridade surge como adequado às exigências de eficiência e utilização racional dos meios e capacidades já instalados e surge como adequada às necessidades de cada doente oncológico, às preocupações dos seus familiares e aos acompanhantes, e de todos os profissionais de saúde que intervêm em todo o processo.

É assim que deve a RRH de Oncologia no que especificamente respeita à área de Radioterapia, considerar o setor privado e nessa perspetiva, qualquer planeamento a encetar pelas ARS competentes deve, na elaboração e levantamento da realidade verificada na sua área de abrangência, considerar e integrar naquela RRH, a capacidade de resposta dos estabelecimentos privados aos utentes do SNS.

Desta forma, compete ao SNS, aqui consideradas as distintas entidades com capacidade de decisão, avaliar a sua efetiva capacidade de resposta, decidir de forma fundamentada pela eventual necessidade de investir e financiar novos

equipamentos e demais recursos técnicos e humanos, pela sua localização e/ou deslocalização, e ainda, monitorizar quer o cumprimento dos relevantes TMRG e outros tempos máximos constantes, designadamente, do *Manual de Boas Práticas de Radioterapia* da DGS.

3. Concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia

No sector da prestação de serviços de saúde, o aumento do nível concorrencial dos mercados pode gerar maior eficiência do tecido produtivo e benefícios para os utentes, tais como preços mais baixos, serviços de elevada qualidade, oferta de novos serviços, maior liberdade de escolha e melhor acesso aos serviços de saúde. Por isso, também o sector da Radioterapia obriga a uma análise da concorrência e a este respeito, a uma discussão das implicações que advêm da organização concorrencial do mercado.

Importa referir que a política de saúde estabelecida na Base II da Lei de Base da Saúde, assume o apoio do Estado ao “[...] *desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público*” de onde decorre que deve o bem saúde ser promovido e respeitado por todos os atuantes do mercado, estejam eles integrados no setor público ou no setor não público.

A concorrência, sendo indutora de inovação e desenvolvimento, leva a que a diferenciação entre os agentes económicos possa ainda ocorrer – e para além dos preços praticados - no âmbito das características inerentes aos serviços ou produtos relevantes, como sejam, designadamente, a disponibilidade de horários, rapidez de fornecimento e na prestação dos serviços, inovação tecnológica, e eficiência. Além do mais, e no específico mercado da prestação de cuidados de saúde, o exercício do jogo concorrencial entre os prestadores envolvidos, implicará naturalmente maiores benefícios para os utentes.

E o mesmo se diga também em relação aos prestadores que tenham acordado ou convencionado a prestação de cuidados de saúde a beneficiários do SNS. Aqui, a distinção entre os diferentes agentes não se estabelecerá já ao nível do preço mas quanto a outros instrumentos concorrenciais, como a qualidade ou disponibilidade na realização do ato. Concretizando, as entidades convencionadas do SNS para a prestação de determinado cuidado de saúde concorrem entre si, naquele que seja o mercado geográfico relevante, pelos utentes do SNS. Ademais, de uma concorrência livre e sã deverá resultar o estímulo da inovação e do crescimento, em prol do aumento de variedade e/ou da qualidade de bens e serviços e do controlo da despesa.

Aliás, a este respeito o próprio Regime Jurídico das Convenções diz que é necessário que a missão pública de prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS seja

desenvolvida com adequados níveis de eficiência e qualidade, tendente à “*correta rentabilização dos meios existentes e boa articulação entre instituições públicas e privadas*”.

Relacionada com esta questão da concorrência, está a informação aos utentes e a subsequente liberdade de escolha que não se encontrará garantida na ausência daquela. Pelo que, qualquer garantia quer da concorrência entre as entidades convencionadas quer ainda da liberdade de escolha dos utentes deve, primeiramente, basear-se na informação clara e completa sobre cada um dos concorrentes e aqui considerada a informação verdadeira sobre os atos que, podem ser ou não convencionados e, por isso, podem ser realizados pelos utentes na qualidade de beneficiários do SNS, ao abrigo de um qualquer subsistema ou mesmo a título particular.

A celebração de convenções apresenta-se como uma das estratégias adotadas pelo SNS na contratação de prestadores do sector não público de forma a responder às exigências das necessidades dos utentes do SNS e a dar cumprimento aos princípios da universalidade e da generalidade tal como considerados constitucionalmente. Uma estratégia diferente e que aliás se verifica no mercado aqui em análise, é a celebração de contratos de prestação de serviços. Com efeito, a presença de prestadores do sector privado no mercado específico da Radioterapia é fundada na celebração de acordos e protocolos entre os prestadores de cuidados de saúde do sector público hospitalar, e os prestadores de cuidados do sector não público.

Na realidade, possíveis dificuldades de resposta verificadas no SNS são colmatadas com a celebração dos preditos documentos por intermédio dos quais são contratados, por determinado preço estipulado pelas partes, a prestação de cuidados de saúde aos utentes referenciados pelo serviço de Radioterapia. Importa na presente seção considerar a realidade do mercado em análise, e a análise que aqui será desenvolvida tem obrigatoriamente por base a caracterização da oferta existente em território continental. Nesta serão considerados todos os estabelecimentos do setor público que atuam na área e, para tanto, prestam cuidados de saúde de Radioterapia externa na qualidade de entidades integradas no SNS, bem como entidades de natureza privada que também cuidam dos utentes do SNS e ainda dos demais que a si recorrem sob qualquer outra entidade financiadora. Ainda, importará identificar qual o título que fundamenta a co-existência destes últimos prestadores no SNS e nessa medida, quais as obrigações e demais exigências que pelos mesmos devem ser observadas.

3.1. Descrição da análise da concentração de mercado

Nesta secção pretende-se analisar com recurso ao cálculo do Índice de Concentração e do Índice de *Herfindahl-Hirshman* (IHH)⁷⁹, a concentração de mercado de prestação de serviços de saúde de Radioterapia, e em que medida o seu nível será suscetível de influenciar as relações de concorrência entre os diferentes prestadores. Foram assim obtidas as curvas de Lorenz para o referido Mercado e calculado o Coeficiente de Gini.

A aferição das quotas de mercado dos prestadores, efetuada com base no seu volume de negócios ou número de utentes atendidos, podendo embora compor uma estrutura de mercado suscetível de identificar os constrangimentos concorrenciais que um operador possa sofrer, não consegue traduzir os constrangimentos decorrentes da prestação de serviços de saúde de Radioterapia por estes se encontrarem bastante dependentes da existência de tecnologia específica, da qual são representativos os aceleradores lineares. Assim, para além da produtividade que cada prestador consegue obter, e que se traduz pelo número de doentes atendidos, revela-se necessária a consideração da capacidade efetivamente em funcionamento⁸⁰, isto é, o número de aceleradores lineares que cada estabelecimento possui em funcionamento, como fator suscetível de influenciar o nível concorrencial. Deste modo, aqueles indicadores utilizados amiúde em análises de mercado, como sejam o preço e a qualidade, não são suscetíveis de internalizar as idiosincrasias do mercado que ora se analisa, e consequentemente, de demonstrar o funcionamento do mesmo.

Como salienta a própria Comissão Europeia, existem outros elementos, para além das vendas, que constituem igualmente parâmetros válidos para aferição das posições relativas dos agentes económicos no mercado, os quais, considerando as especificidades do subsector ou do produto em causa, permitem obter a informação desejada. Um desses elementos é, justamente, a capacidade produtiva dos prestadores.⁸¹

⁷⁹ Neste sentido vejam-se as *guidelines* da Comissão Europeia (Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais, publicadas no Jornal Oficial n.º C 31/03, de 5 de fevereiro de 2004). O IHH é uma medida específica de concentração de mercado, equivalente à soma dos quadrados das quotas de mercado das empresas. Este índice varia entre 0, mercado perfeitamente concorrencial, e 1, monopólio (habitualmente, este índice é apresentado como resultado do cálculo com quotas de mercado na base 100, variando assim entre 0 e 10.000). Quanto mais alto o IHH, maior concentração da produção num pequeno número de empresas.

⁸⁰ Na secção anterior foi descrito a distinção entre o número de aceleradores em funcionamento e o número de aceleradores descritos pelos prestadores. Na presente secção será usado o número de aceleradores lineares em funcionamento.

⁸¹ Conforme a Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes, parágrafo 54.

No caso concreto da prestação de serviços de saúde de Radioterapia, foram determinadas as dimensões de cada um dos prestadores e aferidas as suas capacidades produtivas considerado o número de aceleradores lineares detidos e em funcionamento e a quota de mercado.

As dimensões dos prestadores serviram de base para o cálculo das suas quotas de mercado, as quais, por sua vez, foram utilizadas para o cálculo dos Índices Herfindahl-Hirschmann (IHH). Para os prestadores privados, e à semelhança de uma análise concorrencial de carácter mais usual, o cálculo da quota de mercado dos prestadores privados foi realizado com recurso ao número de doentes tratados.

Mais concretamente, na análise da concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia, numa primeira fase, considerou-se a oferta privada de serviços de saúde de Radioterapia, representada em termos de prestadores detentores de aceleradores lineares em funcionamento.

Numa segunda fase, foi feita a mesma análise tendo por base a existência de grupos empresariais que são atualmente detentores de vários estabelecimentos e ainda, a instalação dos aceleradores lineares afetos a cada um desses estabelecimentos. Tal análise pretende aferir das eventuais alterações no nível de concentração de mercado, com vista à identificação de potenciais implicações em termos de concorrência decorrentes do eventual aumento de poder de mercado dos estabelecimentos pertencentes a grupos.

Numa terceira fase, e considerando a possibilidade de diferenças de produtividade entre os diferentes prestadores privados de Radioterapia, não apreendidas através das análises anteriores, considerou-se a quota de mercado de cada um dos prestadores *supra* referidos, com referência à percentagem de doentes tratados.

Por último, e considerando que os prestadores privados prestam igualmente cuidados de Radioterapia aos utentes do SNS, ao abrigo de protocolos celebrados com os prestadores públicos, foi realizada idêntica análise de concentração de mercado com referência ao número de aceleradores lineares detidos, desta feita incluindo prestadores públicos e privados.

Ademais, por forma a evidenciar a possibilidade de conclusões distintas em termos regionais, associadas a eventuais assimetrias regionais na distribuição de prestadores (e aceleradores lineares), e tendo em conta o ideal de proximidade deste tipo de serviços, procedeu-se a uma análise por ARS.

Tal como foi referido anteriormente, a aferição do grau de concentração do mercado é comumente feita por meio da análise das quotas de mercado, dos Índices de Concentração⁸² ou dos IHH⁸³.

O IHH é uma medida de concentração de mercado usada como um indicador do poder de mercado ou da concorrência entre as empresas.⁸⁴ Pode-se, com base nos níveis absolutos do IHH, concluir sobre a concentração nos mercados, uma vez que fornecem uma indicação inicial da pressão concorrencial nos mercados. De acordo com a Comissão Europeia, em termos gerais, quando o IHH está abaixo de 1.000, a concentração do mercado é considerada baixa, entre 1.000 e 2.000 pode ser considerada moderada, acima de 2.000 pode ser considerada alta.⁸⁵

Enquanto indicador da concentração de mercado, traduz-se o Índice de Concentração pela fórmula:

$$C_k = \sum_{i=1}^k s_i,$$

onde s_i é a quota de mercado da empresa i , sendo as empresas numeradas de forma decrescente de quota de mercado, e k o número das maiores empresas consideradas⁸⁶.

Considerando, por sua vez, o IHH, obtido por aplicação da fórmula:

$$IHH = \sum_{i=1}^n s_i^2$$

onde s_i é a quota de mercado da empresa i e n o número total de empresas.

⁸² De acordo com as “Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas” da Comissão Europeia (JOUE n.º C 31 de 5/2/2004), os Índices de Concentração avaliam a quota de mercado agregada de um pequeno número das empresas mais importantes num determinado mercado.

⁸³ Importa referir, no entanto, que nenhum dos métodos é absolutamente eficaz ou determinante, acrescentando que uma qualquer análise deverá ter sempre presentes outros elementos, tais como as características do mercado, a sua estrutura, a existência ou inexistência de barreiras à entrada ou à saída, o número de concorrentes e o grau de inovação.

⁸⁴ Vide http://ec.europa.eu/comm/competition/general_info/h_en.html – o glossário da Comissão Europeia.

⁸⁵ Vide as Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais, publicadas no Jornal Oficial n.º C 31/03, de 5 de fevereiro de 2004.

⁸⁶ Cabral, Luís, (1994), “Economia Industrial”, McGraw-Hill.

3.1.1. Concentração de mercado por aceleradores lineares em funcionamento e por grupo de estabelecimentos

Numa primeira fase, considerou-se a oferta privada de serviços de saúde de Radioterapia, representada em termos de estabelecimentos detentores de aceleradores lineares em funcionamento. O mercado de prestação de serviços de saúde na área de Radioterapia, com consideração dos estabelecimentos privados que detêm aceleradores lineares, encontra-se representado por 12 estabelecimentos, conforme resulta da Tabela 22.

Procedeu-se ao cálculo do Índice de Concentração dos três estabelecimentos com maior número de aceleradores em funcionamento, e o IHH para total de estabelecimentos. Posteriormente, procedeu-se à obtenção da Curva de Lorenz, adaptada à realidade de distribuição de aceleradores lineares, e ao cálculo do Coeficiente de Gini.

Por aplicação do referido índice de concentração aos três estabelecimentos de Radioterapia com maior número de aceleradores lineares, considerada a quota de mercado por referência à percentagem de aceleradores lineares, conclui-se que do mesmo resultou uma percentagem de aceleradores de 13,33%, obteve-se $C_3 = 40,00$, ou seja, tal valor significa que os três maiores estabelecimentos detêm 40% da quota de mercado, quando considerados os números de aceleradores lineares.

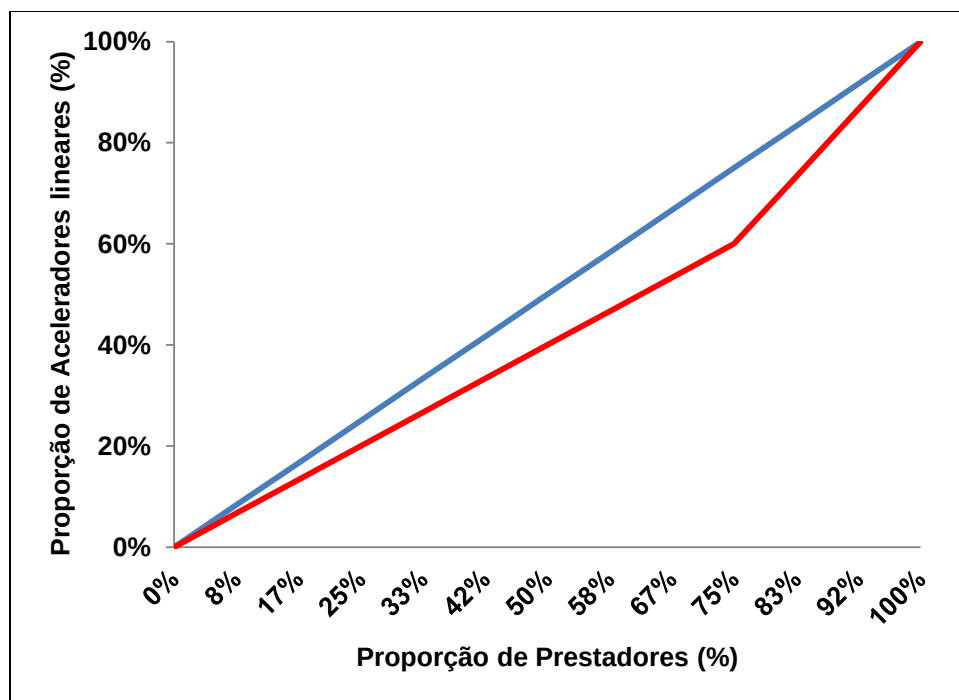
Tendo sido aplicado o IHH aos 12 estabelecimentos privados de Radioterapia, obteve-se o valor de 933,33, valor que corresponde a uma situação de concentração de mercado baixa.

Tabela 22 – Aceleradores lineares por estabelecimentos privados, em março de 2012

Prestadores	N.º de Aceleradores Lineares	% Aceleradores Lineares
Hospital Cuf Descobertas, SA	2	13%
Centro Oncológico Drª Natália Chaves	2	13%
CRP - Clínica de Radioterapia do Porto, Lda	2	13%
Instituto de Radiologia Dr. Idálio de Oliveira - IRIO	1	7%
Hospital da Luz	1	7%
Hospital de Santiago	1	7%
Júlio Teixeira, Lda/Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA	1	7%
Quadrantes Porto - Unidade de Radioterapia do Porto, Lda	1	7%
Quadrantes Faro - Unidade de Radioterapia do Algarve, Lda	1	7%
Clínica de Santo António - CLISA, S.A.	1	7%
Hospital SAMS	1	7%
Centro Clínico Champalimaud	1	7%
Total Aceleradores Lineares	15	100%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Gráfico 5 - Curva de Lorenz - aceleradores lineares por estabelecimentos privados, em março de 2012



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Da análise da Curva de Lorenz associada à distribuição de aceleradores lineares, enquanto representativa de concentração de mercado, importa referir que quanto mais afastada a curva se encontrar da linha de 45°, mais desigual é a distribuição de aceleradores lineares pelos vários estabelecimentos. Assim, considerados os estabelecimentos ordenados por ordem decrescente relativamente ao número de aceleradores lineares, verificou-se que os 25% maiores estabelecimentos detêm 40% do total de aceleradores lineares, enquanto os 25% dos estabelecimentos que detêm um menor número de aceleradores lineares detêm 20% do total de aceleradores lineares. Daqui se conclui que, tendo em consideração somente os estabelecimentos privados em cuidados de saúde de Radioterapia, existe uma distribuição relativamente equitativa do número de aceleradores lineares.

A desigualdade que resulta de não existir uma distribuição equitativa de aceleradores lineares pelos estabelecimentos privados considerados pode ser captada pelo cálculo do Coeficiente de Gini que assume o valor zero quando estamos perante uma distribuição equitativa, e representa tanto maior desigualdade na distribuição quanto mais o valor do coeficiente se afasta de zero. Calculado o Coeficiente de Gini obteve-se o valor de 0,15, corroborando as conclusões atingidas anteriormente de que não existem grandes desigualdades na distribuição deste tipo de tecnologia. Sendo certo que a utilidade de cálculo deste Coeficiente, que aqui assume apenas um carácter indicativo, se justifica pela análise comparativa que se fará de seguida, com o valor obtido para o mesmo Coeficiente, quando considerados grupos de estabelecimentos e número de doentes tratados, entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, por cada estabelecimento.

Considerem-se agora os grupos existentes, por correspondência aos estabelecimentos que detêm e ao respetivo número de aceleradores lineares, conforme Tabela 23.

Tabela 23 – Aceleradores lineares por grupo de estabelecimentos privados de Radioterapia, em março de 2012

Grupo	Estabelecimentos	Aceleradores lineares	% Aceleradores Lineares
Joaquim Chaves	Centro Oncológico Dr ^a Natália Chaves	2	
	Quadrantes Porto - Unidade de Radioterapia do Porto, Lda	1	
	Quadrantes Faro - Unidade de Radioterapia do Algarve, Lda	1	
Joaquim Chaves (Total)		4	27%
Espírito Santo Saúde	Instituto de Radiologia Dr. Idálio de Oliveira - IRIO	1	
	Hospital da Luz	1	
	Hospital de Santiago	1	
Espírito Santo Saúde (Total)		3	20%
Júlio Teixeira	CRP - Clínica de Radioterapia do Porto, Lda	2	
	Júlio Teixeira, Lda/Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA	1	
Júlio Teixeira (Total)		3	20%
José de Mello Saúde	Hospital Cuf Descobertas, SA	2	
José de Mello Saúde (Total)		2	13%
Clínica de Santo António - CLISA, S.A.	Clínica de Santo António - CLISA, S.A.	1	
Clínica de Santo António - CLISA, S.A. (Total)		1	7%
Centro Clínico Champalimaud	Centro Clínico Champalimaud	1	
Centro Clínico Champalimaud (Total)		1	7%
Hospital SAMS	Hospital SAMS	1	
Hospital SAMS (Total)		1	7%
Total Aceleradores Lineares		14	100%

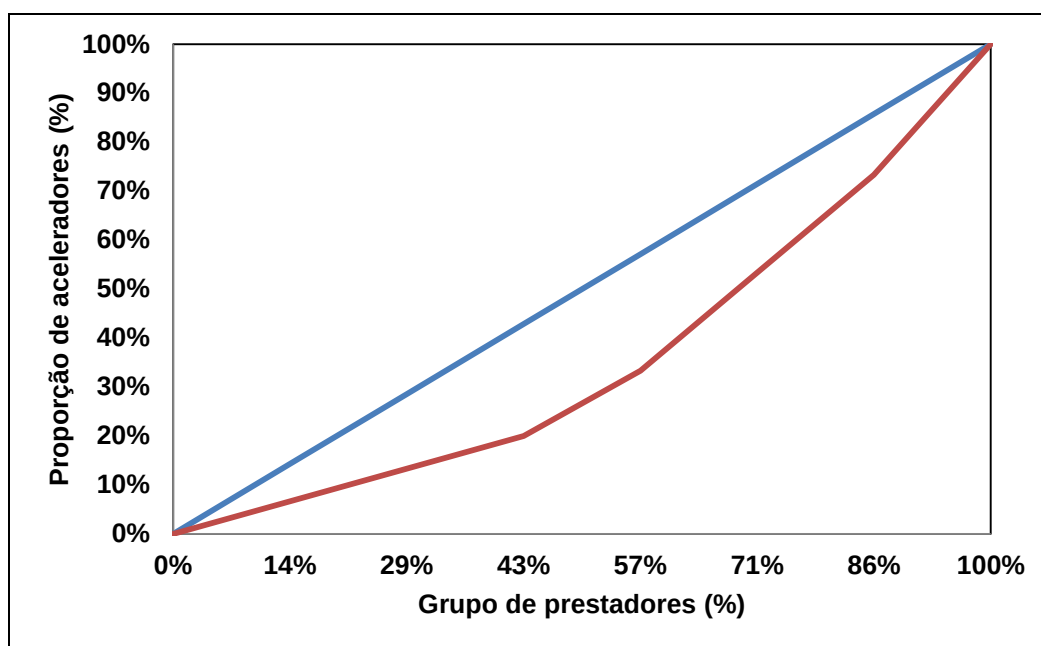
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

De acordo com o Índice de Concentração dos três grupos com um número mais elevado de aceleradores lineares no mercado de Radioterapia, $C_3 = 66,67$ que representa a detenção de 66,67% da quota de mercado total pelos três maiores grupos e o IHH assume o valor de 1822,22, valor que aponta para uma concentração de mercado moderada.

Da análise da Curva de Lorenz, obtida por referência ao número de aceleradores por grupo de estabelecimentos, retira-se que 29% dos grupos, que detêm um maior número de aceleradores lineares, possuem 67% do total de aceleradores lineares, e os 29% dos grupos com um menor número de aceleradores lineares, apresentam 13% do total de aceleradores lineares.

Conclui-se que o mercado de prestação de serviços de saúde de Radioterapia, quando considerados grupos de prestadores, é mais concentrado relativamente àquele já analisado no presente estudo e no qual foram considerados os estabelecimentos isoladamente.

Gráfico 6 - Curva de Lorenz - aceleradores lineares por grupo de estabelecimentos privados de Radioterapia, em março de 2012



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Do resultado obtido para o Coeficiente de Gini, de 0,29, em comparação com aquele obtido para o mercado quando considerados os prestadores individualmente, isto é, sem referência aos grupos onde eventualmente se integrem (que, recorde-se, assumia o valor de 0,15), retira-se, igualmente, a inferência de um mercado mais concentrado, quando identificados grupos de prestadores.

De notar, ademais, que o poder de mercado passível de se obter por grupo, poderá refletir-se, por exemplo, na capacidade de negociar preços mais elevados ao nível dos protocolos que foram até ao momento celebrados com os estabelecimentos do SNS, uma vez que, conforme já referido, não existem regras precisas para definição de preços para os referidos contratos. Tal capacidade de negociação poder-se-á traduzir na preferência do estabelecimento público, por determinado estabelecimento privado, e eventualmente, sem preocupação com a sua localização geográfica, adjudicando-lhe

uma maior quantidade de doentes a tratar ou um preço mais elevado pelo serviço prestado.

Por último, procedeu-se à análise da concentração de mercado, por consideração da quota de mercado refletida pelo número de doentes tratados. Com tal análise pretende-se identificar eventuais diferenças em termos de produtividade entre os diferentes estabelecimentos instalados no mercado. Daqui poderá resultar que ainda que o número de aceleradores lineares seja um indicador representativo da capacidade produtiva, devido à dependência dos prestadores face a esta tecnologia para a prestação de cuidados de saúde de Radioterapia, aquela encontra-se igualmente dependente de outros fatores suscetíveis de influenciar o poder de mercado.

Assim, considere-se a Tabela 24 relativa à quota de mercado associada ao número de doentes tratados entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, pelos 12 estabelecimentos privados de Radioterapia.

Tabela 24 – Quota de Mercado dos estabelecimentos privados de Radioterapia, em março de 2012

Prestadores	N.º de doentes tratados	Quota de mercado (% de doentes tratados)
Centro Oncológico Drª Natália Chaves	1.256	18%
Hospital CUF Descobertas, SA	962	14%
Júlio Teixeira, Lda/Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA	845	12%
Quadrantes Faro - Unidade de Radioterapia do Algarve, Lda	799	11%
Hospital SAMS	699	10%
Instituto de Radiologia Dr. Idílio de Oliveira - IRIIO	662	9%
Hospital da Luz	512	7%
Clínica de Santo António - CLISA, S.A.	369	5%
Hospital de Santiago	323	5%
Quadrantes Porto - Unidade de Radioterapia do Porto, Lda	248	4%
CRP - Clínica de Radioterapia do Porto, Lda	189	3%
Centro Clínico Champalimaud	133	2%
Total do nr. de doentes	6.997	100%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Do que resulta da análise da Tabela 24, realça-se que o Centro Clínico Champalimaud⁸⁷ e a CRP - Clínica de Radioterapia do Porto, Lda., assumem-se como

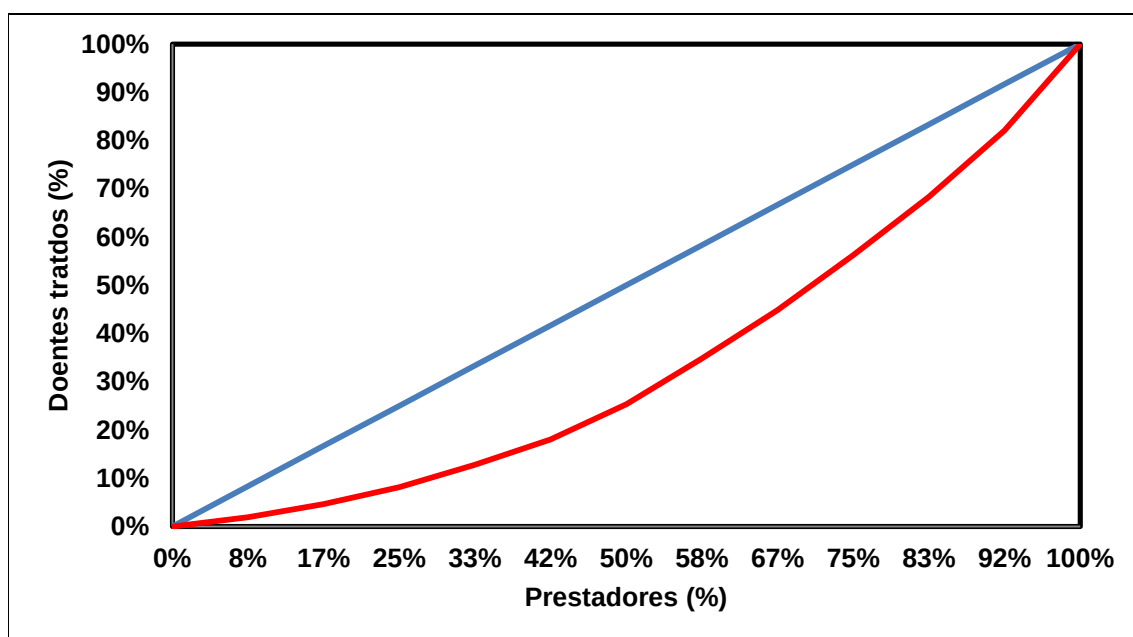
⁸⁷ Note-se que o Centro Clínico Champalimaud iniciou os tratamentos de Radioterapia apenas em outubro de 2011 pelo que os dados são relativos desde essa data até 31 de março de 2012, enquanto que dos restantes prestadores englobam o período entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012.

os estabelecimentos com menor quota de mercado, com uma percentagem de doentes tratados de 2% e 3%, respetivamente. Tendo sido calculado o Índice de Concentração dos dois estabelecimentos que tratam um maior número de doentes, em termos de quota de mercado, por referência ao número de doentes tratados, obteve-se $C_2 = 31,70$, o que significa que os dois estabelecimentos que tratam um maior número de doentes detêm 32% da quota de mercado. Considerando a quota de mercado de todos os estabelecimentos privados, obtém-se um $IHH = 1102,94$ que representa um índice que traduz uma concentração de mercado moderada, ainda que superior àquele quando considerado o número de aceleradores por estabelecimento.

Considerada a Curva de Lorenz para o referido mercado, com referência à quota de mercado traduzida pelo número de doentes tratados, e procedendo à sua interpretação, constata-se que os 17% dos estabelecimentos detêm uma quota de mercado de cerca de 31,70% e os 17% estabelecimentos com menor quota detêm 4,60% da quota de mercado.

Calculado o Coeficiente de Gini, enquanto medida de desigualdade do número de doentes tratados, obteve-se o valor de 0,18. Por comparação do resultado obtido através do cálculo do Coeficiente de Gini para o mesmo mercado, mas por referência ao número de aceleradores lineares detidos por cada estabelecimento, e que assumia o valor de 0,15, verifica-se que o mercado tal como apresentado na última análise se encontra mais concentrado.

Gráfico 7 - Curva de Lorenz - número de doentes tratados, em março de 2012



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Em suma, da análise ora empreendida resulta que o mercado de prestação de serviços de saúde de Radioterapia, quando apenas considerados prestadores privados, é um mercado pouco concentrado, sendo que o grau de concentração aumenta se forem considerados grupos de estabelecimentos. No entanto, também revela um grau de concentração moderado quando é tido em consideração a quota de mercado.

3.1.2. Estabelecimentos públicos e privados

Recorde-se que analisada a proveniência dos doentes tratados⁸⁸ pelo sector privado verificou-se que a maioria seria tratada na qualidade de utente do SNS, por força dos acordos estabelecidos entre aquele e os estabelecimentos hospitalares do SNS. Tal facto importa que aqui se considere o mercado de prestação de cuidados de Radioterapia incluindo estabelecimentos públicos e privados.

Tabela 25 – Aceleradores lineares por estabelecimento de Radioterapia, em março de 2012

Estabelecimentos	N.º de Aceleradores Lineares	% Aceleradores Lineares
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	7	17,5%
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	3	7,5%
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	2	5,0%
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	2	5,0%
Centro Hospitalar de São João, EPE	2	5,0%
Hospital Cuf Descobertas, SA	2	5,0%
Centro Oncológico Dr ^a Natália Chaves	2	5,0%
CRP - Clínica de Radioterapia do Porto, Lda	2	5,0%
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	2	5,0%
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	2	5,0%
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	2	5,0%
Instituto de Radiologia Dr. Idílio de Oliveira - IRIO	1	2,5%
Hospital da Luz	1	2,5%
Hospital de Santiago	1	2,5%
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	1	2,5%
Júlio Teixeira, Lda/Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA	1	2,5%
Quadrantes Porto - Unidade de Radioterapia do Porto, Lda	1	2,5%
Quadrantes Faro - Unidade de Radioterapia do Algarve, Lda	1	2,5%
Clínica de Santo António - CLISA, SA	1	2,5%
Hospital de Santarém, EPE	1	2,5%
Hospital SAMS	1	2,5%
Centro Clínico Champalimaud	1	2,5%
Hospital de Braga	1	2,5%
Total de aceleradores lineares	40	100%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

⁸⁸ A análise da proveniência dos doentes tratados do sector privado será apresentada na secção seguinte.

Calculado o Índice de Concentração para os dois prestadores com um maior número de aceleradores lineares obteve-se um valor de $C_2 = 25,00$, índice que traduz que os dois estabelecimentos detêm 25% do total de aceleradores lineares do mercado.

O IHH assume o valor de 662,50, que, de acordo com o intervalo considerado para tal índice, representa um baixo nível de concentração, mantendo o mesmo nível de concentração, quando apenas considerados os prestadores privados.

Não obstante, visto o mercado por cada ARS, com consideração do número de aceleradores lineares, como representativos de poder de mercado, constata-se que, a ARS Norte apresenta um Índice de Concentração dos três prestadores com maior número de aceleradores lineares de $C_3 = 73,33$, e um IHH = 2711,11, que traduz um índice de concentração elevado. Importa realçar que o IPO do Porto, EPE é detentor de 47% dos aceleradores existentes na ARS Norte.

Tabela 26 – Estabelecimentos de Radioterapia da ARS Norte, em março de 2012

Estabelecimento	Nº. de aceleradores lineares	% Aceleradores
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	7	47
Centro Hospitalar de São João, EPE	2	13
CRP - Clínica de Radioterapia do Porto, Lda	2	13
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	1	7
Júlio Teixeira, Lda/Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA	1	7
Quadrantes Porto - Unidade de Radioterapia do Porto, Lda	1	7
Hospital de Braga	1	7
Total	15	100

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Tabela 27 – Estabelecimentos de Radioterapia da ARS Lisboa e Vale do Tejo, em março de 2012

Estabelecimento	Nº. de aceleradores lineares	% Aceleradores
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	2	12
Hospital Cuf Descobertas, SA	2	12
Centro Oncológico Dr ^a Natália Chaves	2	12
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	2	12
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	2	12
Instituto de Radiologia Dr. Idílio de Oliveira - IRIO	1	6
Hospital da Luz	1	6
Hospital de Santiago	1	6
Clínica de Santo António - CLISA, SA	1	6
Quadrantes Santarém (Hospital de Santarém, EPE)	1	6
Hospital SAMS	1	6
Centro Clínico Champalimaud	1	6
Total	17	100

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Relativamente à ARS Lisboa e Vale do Tejo, o Índice de Concentração dos cinco prestadores do mercado com um número mais elevado de aceleradores lineares, obteve-se o valor de $C_5 = 58,82$ e IHH de 934,26, que traduz uma concentração do mercado baixa, quando considerado o número de aceleradores lineares.

Relativamente à ARS Centro constata-se a existência de dois prestadores públicos, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE e Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com três e dois aceleradores lineares, respetivamente, tendo-se obtido um IHH = 5200, indiciando uma elevada concentração.

Nas ARS Alentejo verifica-se um prestador do sector público (Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE) com dois aceleradores lineares, e na ARS Algarve um prestador do sector privado (Quadrantes Faro - Unidade de Radioterapia do Algarve) com um acelerador linear.

Da análise a nível regional, contrariamente às conclusões obtidas a nível nacional, retira-se que o mercado se encontra muito concentrado, a única ARS que apresenta um nível de concentração baixo é a ARS Lisboa e Vale do Tejo.

3.2. Análise dos protocolos de prestação de cuidados de saúde de Radioterapia

Na presente secção será avaliado o nível concorrencial das regiões de saúde através dos preços aí praticados, conforme preços estipulados nos protocolos celebrados com os estabelecimentos públicos, e de acordo com a tabela praticada pelos privados. Como visto, recorde-se que, atualmente, as possíveis dificuldades de resposta verificadas no SNS são colmatadas com a celebração de protocolos entre este e os privados localizados na área da ARS respetiva, por intermédio dos quais é contratada, por determinado preço estipulado pelas partes, a prestação de cuidados de saúde de Radioterapia aos utentes.

Assim sendo, numa primeira fase, avalia-se a produção de cada prestador privado, tendo em consideração a entidade financiadora de forma a verificar a eventual dependência numa ótica financiadora, dos privados face ao SNS. Numa segunda fase, realiza-se uma análise dos preços praticados nos protocolos realizados entre os prestadores privados e os prestadores públicos, e tentar aferir se o nível de concentração nas regiões influencia os preços praticados nos referidos protocolos. Numa terceira fase, analisam-se as tabelas de preços praticados pelos privados aos doentes particulares com o intuito de verificar se o nível de concentração influencia tais preços. Por último, é analisado o valor que os estabelecimentos públicos recebem pelos utentes que enviam para os estabelecimentos privados no âmbito dos protocolos descritos anteriormente.

No que concerne à análise da produção de cada estabelecimento privado, teve-se em consideração a entidade financiadora subdividida em:

- i) Particular: o próprio utente a pagar;
- ii) SNS: o utente está abrangido pelo SNS; e
- iii) Seguradoras, ADSE e outras entidades: o utente é abrangido por seguros, sejam eles subsistemas públicos de saúde ou seguros privados.

Os prestadores privados tratam, na maioria dos casos, doentes do SNS. No que concerne à ARS Norte somente um prestador declarou uma percentagem de doentes (48 %), cujos tratamentos são financiados por Seguradoras, ADSE e outras entidades, superior aos doentes tratados pelo SNS. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo dois prestadores evidenciaram percentagens de doentes, de 88% e de 67%, cujos tratamentos são financiados por Seguradoras, ADSE e outras entidades, superiores às exibidas relativas aos doentes tratados pelo SNS. Na ARS Algarve, o único estabelecimento aí existente presta cuidados de saúde no âmbito de Radioterapia a

99% dos utentes do SNS. Na ARS Centro e na ARS Alentejo não existem estabelecimentos privados de Radioterapia.

Tabela 28 – Fonte de financiamento da prestação de cuidados de saúde de Radioterapia entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012⁸⁹

ARS	Estabelecimento	Particular	SNS	Seguradoras, ADSE e outras entidades
ARS Norte	Júlio Teixeira, Lda/Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA	5%	81%	14%
	Quadrantes Porto - Unidade de Radioterapia do Porto, Lda	1%	80%	19%
	CRP - Clínica de Radioterapia do Porto, Lda	20%	32%	48%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	Instituto de Radiologia Dr. Idílio de Oliveira - IRIO	0%	100%	0%
	Hospital da Luz	12%	0%	88%
	Hospital de Santiago	0%	95%	5%
	Hospital Cuf Descobertas, SA	8%	25%	67%
	Centro Oncológico Dr ^a Natália Chaves	1%	86%	13%
	Clínica de Santo António - CLISA, S.A.	2%	63%	35%
	Hospital SAMS	0%	98%	1%
	Centro Clínico Champalimaud	3%	87%	10%
ARS Algarve	Instituto de Radiologia Dr. Idílio de Oliveira - IRIO	0%	99%	1%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Após a análise da prestação de cuidados de Radioterapia e tendo em consideração a elevada percentagem de doentes do SNS que realizam tratamentos no setor privado, tornou-se pertinente analisar os contratos que os mesmos realizam individualmente com os prestadores públicos. Assim sendo, numa primeira fase é apresentada de uma forma genérica a estrutura dos protocolos, e numa segunda fase, analisam-se os preços contratados para se poder aferir da existência ou não de concorrência no mercado privado de Radioterapia.

Os protocolos assumem a forma de contrato para a prestação de serviços de Radioterapia entre a entidade pública (“Primeiro Contraente”) e a entidade privada (“Segundo Contraente”). Dos contratos trazidos ao conhecimento da ERS, nos pedidos de elementos realizados no âmbito das fiscalizações e plasmados na Tabela 29⁹⁰, constatou-se que dos 14 protocolos em vigor a nível nacional, quatro foram celebrados

⁸⁹ Note-se que o Centro Clínico Champalimaud iniciou os tratamentos de Radioterapia apenas em outubro de 2011 pelo que os dados considerados são relativos ao lapso de tempo decorrido entre essa data e até 31 de março de 2012. A análise dos dados fornecidos pelos restantes prestadores, englobam o período entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012.

⁹⁰ Note-se que apenas foram considerados os protocolos celebrados entre públicos e privados no âmbito de cuidados de saúde de Radioterapia externa, e não de outros tipos de cuidados como por exemplo de Braquiterapia.

entre estabelecimentos sitos na área de influência da ARS Norte, nove entre estabelecimentos sitos na ARS Lisboa e Vale do Tejo e um entre dois estabelecimentos sitos na ARS Algarve.

Tabela 29 – Protocolos celebrados entre entidades públicas e privadas, por estabelecimento e por ARS, em vigor em março de 2012⁹¹

ARS	Entidade Pública – “Primeiro Contraente”	Entidade Privada – “Segundo Contraente”
Norte	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Quadrantes Porto - Unidade de Radioterapia do Porto, Lda
		Júlio Teixeira, Lda/Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA
	Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	CRP - Clínica de Radioterapia do Porto, Lda.
	Hospital de Braga	Júlio Teixeira, Lda/Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA
Lisboa e Vale do Tejo	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Centro Oncológico Natália Chaves
		Hospital CUF Descobertas, SA
		Hospital de Santiago
		Instituto de Radiologia Dr. Idílio de Oliveira - IRIO
		Clínica de Santo António - CLISA, S.A
		Centro Clínico Champalimaud
	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	Hospital de Santiago - Setúbal
Algarve	Hospital de Faro, E.P.E.	Quadrantes Faro - Unidade de Radioterapia do Algarve, Lda

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Se tivermos por critério de análise não o estabelecimento de cuidados de saúde na área de Radioterapia externa mas o grupo empresarial no qual o mesmo está inserido e que tem um contrato com um entidade pública, constata-se que dos 14 contratos existentes 50% foram celebrados por dois grupos empresariais privados (ver Tabela 30)⁹².

⁹¹ Embora o IPO Porto EPE tenha destacado que a “[...] *partir de agosto de 2011 não foram enviados novos doentes para realizar tratamento no exterior, passando toda a atividade a ser assegurada internamente.*”, foi este considerado na análise atento o período temporal considerado ser entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012.

⁹² Importa referir que, o grupo Joaquim Chaves é a entidade gestora do serviço de Radioterapia do Hospital de Santarém, EPE pelo que apresenta mais uma unidade privada do referido grupo no território nacional.

Tabela 30 – Número de protocolos celebrados entre entidades públicas e privadas por grupo empresarial, em vigor em março de 2012

Grupo	Nr.º de contratos
Joaquim Chaves	4
Júlio Teixeira	3
José de Mello Saúde	2
Espírito Santo Saúde	3
Clínica de Santo António - CLISA, S.A.	1
Centro Clínico Champalimaud	1

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

No que importa evidenciar dos protocolos⁹³ constata-se que:

- i. a “Segunda Contraente” não pode “[...] ceder a sua posição contratual ou qualquer dos direitos e obrigações decorrentes do [...contrato] sem autorização do primeiro contraente”;
- ii. no âmbito da qualidade de prestação de cuidados de saúde, “[...] As entidades assumem entre si e perante o doente a total responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados nas instalações”. Ademais, a “Segunda Contraente” “[...] garante a qualidade técnica e funcional dos recursos necessários à prestação de cuidados de saúde contratados, de acordo com a descrição de equipamentos [que se encontram descritos nos contratos entre as partes contratantes]”;
- iii. no que concerne à referenciação de doentes, é assumido que a “Segunda Contraente” só deverá receber “[...] única e exclusivamente [...]” doentes referenciados do Serviço de Radioterapia da “Primeira Contraente”, pelo que qualquer aceitação que não seja por esta via, a “Primeira Contraente” estará isenta de pagamento;
- iv. relativamente ao transporte de doentes é assumido que a “Primeira Contraente” “[...] garante o transporte dos doentes sempre que o estado clínico do doente assim o determinar, ficando responsável pelo pagamento do mesmo.”⁹⁴;

⁹³ Constatou-se que os protocolos celebrados entre entidades públicas e privadas assumem características muito distintas. No entanto, tentou-se destacar o que mais de comum se verificou entre eles.

⁹⁴ Dos contratos analisados, só se constatou uma exceção relativamente ao transporte dos doentes que foi no contrato abrangido pelo Hospital de Santiago, em que a referida entidade poderá realizar o transporte dos doentes, mas tem um limite de preço a ser reembolsado pelo Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

- v. geralmente os contratos têm duração de um ano, “[...] renovável automaticamente por iguais períodos, desde que nenhuma das partes o denuncie por escrito com antecedência mínima de 90 dias.”; e
- vi. alguns contratos apresentam percentagens de desconto a pronto pagamento e/ou perante um limite estipulado.

Importa notar que o elemento mais distintivo nos contratos de prestação de serviços são os preços praticados e ali acordados entre as partes. De seguida, procede-se à análise dos preços plasmados nos protocolos celebrados entre as entidades públicas e as entidades privadas para se aferir sobre a concorrência no mercado da Radioterapia. Para se proceder a tal análise foram escolhidos os procedimentos mais comuns contratados, avaliando o preço médio contratado pelos prestadores em cada ARS.

Dos preços médios apresentados na Tabela 31, constata-se que na ARS Algarve os preços praticados são os mais elevados no âmbito dos protocolos celebrados entre estabelecimentos públicos e privados para a realização de cuidados de saúde de Radioterapia. Relembre-se que na ARS Algarve existe somente um prestador privado, sendo este também o que presta os cuidados de saúde de Radioterapia pelo que não se verifica perante tal situação qualquer estímulo à concorrência pelos preços entre os prestadores.

Outro facto constatado, foi a verificação que a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresentou preços médios mais elevados que a ARS Norte. Note-se que uma vez que a ARS Lisboa e Vale do Tejo tem mais estabelecimentos privados, também esses estariam em condições de concorrer com preços mais baixo para a realização de protocolos com os prestadores públicos para a realização de cuidados de saúde de Radioterapia.

Tabela 31 – Preços médios praticados no âmbito dos protocolos entre os estabelecimentos privados e estabelecimentos públicos por ARS, em euros, em março de 2012^{95 96}

Procedimentos (designação resumida)	Preço médio ARS Norte	Preço médio ARS Lisboa e Vale do Tejo	Preço ARS Algarve
Consulta	29	33	60
Planeamento			
Planeamento simples	101	106	160
Planeamento intermédio	106	116	210
Planeamento complexo	121	136	270
Simulação			
Simulação simples	130	138	230
Simulação intermédia	138	147	240
Simulação complexa	171	164	245
Dosimetria			
Dosimetria simples	59	48	12
Dosimetria intermédia	93	79	30
Dosimetria complexa	117	104	50
Tratamento			
Tratamento simples	141	79	80
Tratamento intermédio	64	83	85
Tratamento complexo	59	98	95

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

De seguida, analisam-se as tabelas de preços praticados pelos estabelecimentos privados aos doentes particulares para se avaliar se o nível de concentração influencia os preços. Dos preços médios apresentados na Tabela 32 relativos às tabelas dos particulares, constata-se que é, de uma forma geral, na ARS Lisboa e Vale do Tejo que os preços são mais elevados. Assim sendo, não se verifica concorrência pelos preços nos prestadores privados naquela região de saúde, uma vez que é naquela área que se verificam mais prestadores privados e que poderiam concorrer com preços mais baixos para os particulares. No outro extremo encontra-se a ARS Norte

⁹⁵ No cálculo dos preços médios praticados no âmbito dos protocolos entre os prestadores privados e prestadores públicos na ARS Norte, não se teve em consideração o protocolo celebrados entre o Hospital de Braga e o Instituto CUF - Diagnóstico e Tratamento, SA, devido ao facto de terem só estabelecido um único preço para a prestação de cuidados de saúde, e não terem seguido uma tabela de preços tal como ocorrido nas restantes situações. Relativamente à ARS Lisboa e Vale do Tejo, não se teve em consideração o protocolo celebrado entre o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE e o Hospital de Santiago, e o protocolo entre Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE e o Centro Clínico Champalimaud devido ao facto de terem só estabelecido um único preço para a prestação de cuidados de saúde, e não terem seguido uma tabela de preço tal como foi ocorrido nos restantes protocolos celebrados na ARS Lisboa e Vale do Tejo. Ademais, para o cálculo do preço médio para o “Tratamento Intermédio” e para o “Tratamento Complexo” só se teve em consideração cinco prestadores uma vez que os preços não encontravam disponíveis.

⁹⁶ Note-se que na ARS Algarve existe somente um estabelecimento privado prestador de cuidados de saúde de Radioterapia, pelo que os preços descritos na Tabela 31 são que foram celebrados no protocolo com o estabelecimento público.

que é das três ARS a que apresenta preços mais baixos relativos à tabela de particulares e, por sua vez, aquela em que existe um maior nível de concorrência pelo preço.

Tabela 32 – Preços médios praticados pelos prestadores privados nas tabelas particulares, por ARS, em euros, em março de 2012^{97 98}

Procedimentos (designação resumida)	Preço médio ARS Norte	Preço médio ARS Lisboa e Vale do Tejo	Preço ARS Algarve
Consulta	29	33	60
Planeamento			
Planeamento simples	101	106	160
Planeamento intermédio	106	116	210
Planeamento complexo	121	136	270
Simulação			
Simulação simples	130	138	230
Simulação intermédia	138	147	240
Simulação complexa	171	164	245
Dosimetria			
Dosimetria simples	59	48	12
Dosimetria intermédia	93	79	30
Dosimetria complexa	117	104	50
Tratamento			
Tratamento simples	141	79	80
Tratamento intermédio	64	83	85
Tratamento complexo	59	98	95

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

Por último analisa-se o valor que os prestadores públicos recebem pelos utentes que referenciam para os prestadores privados no âmbito dos protocolos descritos anteriormente. Com esta análise pretende-se aferir se os tratamentos realizados internamente pelos prestadores públicos são mais compensatórios ou mais prejudiciais em termos monetários.

⁹⁷ Importa notar que nem todos os prestadores privados descreveram os preços pelos preços apresentados na Tabela, para ultrapassar esta dificuldade, optou-se por calcular o preço médio tendo em consideração pelo número de prestadores que descreveram o preço. Na ARS Algarve como existe um prestador, os preços descritos na Tabela são os que cobrados nas Tabelas particulares.

⁹⁸ Note-se que na ARS Algarve existe somente um estabelecimento privado prestador de cuidados de saúde de Radioterapia, pelo que os preços descritos na Tabela 32 são os que foram celebrados no protocolo com o estabelecimento público.

O valor reembolsado pelo SNS, em ambulatório, por cada doente submetido a tratamento de Radioterapia varia entre 203,87 € e 315,38 €. Tal valor corresponde à aplicação do preço unitário do código 409 do GDH com a descrição “Radioterapia”, e do Índice de Case-Mix (ICM) de cada hospital. De acordo com o que os prestadores descreveram na resposta ao pedido de informação realizado pela ERS, destaca-se que “[...] o valor que é reembolsado pelo SNS inclui planeamento, simulação, tomografia computadorizada, dosimetria e acessórios de tratamento [...]”, e reforçando a ideia, o preço do GDH com a aplicação do ICM inclui “[...] todo tratamento do doente desde o planeamento até ao tratamento em acelerador linear, assim como outros MCDT’s efetuados para a avaliação e acompanhamento do doente (TAC de diagnostico, análises clínicas, transfusões, tratamentos de MFR, ...) [...]”.

Fazendo um simples exercício, tendo por base os preços médios praticados nos protocolos e descritos anteriormente, e usando como exemplo, os preços praticados na ARS Norte (que lembre-se é a que consegue negociar preços mais baixos), um doente que tenha que ser submetido a um planeamento simples, simulação simples e um tratamento simples, custa ao prestador público que referencie o doente para o privado na ARS Norte, aproximadamente 373€. Este valor estimado é superior ao que é reembolsado pelo SNS e descrito para o código 409 do GDH, pelo que, perante o cenário descrito, a produção subcontratada pelos prestadores públicos fica mais cara ao SNS do que realizada internamente.

Note-se porém que embora o exercício descrito anteriormente seja distinto do apresentado pelo Tribunal de Contas no documento intitulado *Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, no Instituto Português de Oncologia de Coimbra e no Instituto Português de Oncologia do Porto*, já mencionado no capítulo 1, certo é que no mesmo se destaca que o “[...] custo unitário direto por tratamento da produção própria dos Institutos de Oncologia é inferior ao da produção subcontratada, desde que otimizada a utilização dos equipamentos e o aproveitamento dos recursos humanos.”. Ainda, importa aqui mencionar sumariamente que, o IPO de Coimbra assumiu custos unitários “[...] com subcontratação de serviços de radioterapia convencional, 2009 e 2010, superiores aos custos incorridos pelos outros Institutos de Oncologia.”. Aliás, tal procedimento ocorreu de forma pouco cuidada uma vez que este estabelecimento “[...] optou por subcontratar [...] o prestador que lhe já havia assegurado os tratamentos aquando da remodelação do serviço em 2006., por preços mais elevados.”.

Já o IPO de Lisboa, ainda citando o mesmo documento do Tribunal de Contas, “[...] foi o mais eficiente em 2009 [...]”, no entanto, revelou-se o mais ineficiente no ano de

2010 atenta a “[...] desativação de equipamento instalado por obsolescência ou por avarias frequentes, os atrasos registados na instalação [...] e a subcontratação de serviços a entidades privadas a um custo médio de tratamento superior ao de produção própria [...]”.

Finalmente, o IPO do Porto apesar de ter negociado preços mais baixos, “[...] inexplicavelmente do ponto de vista da boa gestão, referencia os doentes para um e para outro prestador, indiferenciadamente, sem esgotar a capacidade de resposta do prestador mais económico.”⁹⁹.

⁹⁹ Recorde-se que o IPO Porto EPE destacou na sua resposta ao pedido de informação realizado pela ERS que a “[...] partir de agosto de 2011 não foram enviados novos doentes para realizar tratamento no exterior, passando toda a atividade a ser assegurada internamente.”.

4. Qualidade na prestação de cuidados de saúde de Radioterapia

A preocupação crescente com a deteção e diagnóstico precoce, o acesso atempado dos utentes a tratamentos adequados, aliado ao significativo avanço e desenvolvimento da ciência e da tecnologia na área Radioterapia, possibilitou a realização desta modalidade terapêutica de uma forma mais precisa e menos tóxica, que se reflete, favoravelmente, na sobrevivência dos doentes.^{100 101}

Nesse contexto, tornou-se imperiosa a necessidade de conhecer a realidade portuguesa no que toca à oferta e aos parâmetros de qualidade que a mesma eventualmente respeita nos serviços prestados aos utentes, na área de Radioterapia externa.

Foi com o intuito de melhor analisar e aprofundar as questões referentes à avaliação da qualidade de cuidados de saúde prestados nessa valência, nomeadamente através da observação *in loco* do cumprimento das condições e requisitos de funcionamento dos estabelecimentos, que a ERS se deslocou a cada um dos estabelecimentos previamente identificados. Com este propósito, foi criado um grupo de trabalho que estabeleceu um conjunto de fatores e parâmetros de avaliação da qualidade com base na legislação em vigor, na literatura especializada e na realidade nacional¹⁰².

4.1. Requisitos de qualidade

4.1.1. Elaboração de *ckeck list* e a recolha de dados

Com o intuito de proceder à caracterização e diagnóstico das atuais condições de realização de cuidados de saúde na área de Radioterapia externa, em Portugal Continental, a ERS realizou, com o concurso de médicos consultores externos, ações de fiscalização a todos estabelecimentos que desenvolvem a sua atividade nessa valência.

Para aferição do atual panorama no que toca à qualidade dos serviços prestados a nível dos cuidados na Radioterapia, foi elaborada uma *check list*¹⁰³ que, introduzindo

¹⁰⁰ Vide: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cancer/index_pt.html

¹⁰¹ Vide: http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2009/04/rt_nov08.pdf

¹⁰² As fontes consideradas na elaboração dos preditos fatores e parâmetros foram já enunciadas no primeiro capítulo do presente Estudo.

¹⁰³ A versão integral da *check list* consta do Anexo II do presente Estudo.

critérios de qualidade avalia o desempenho nesta vertente dos estabelecimentos fiscalizados. Os parâmetros de qualidade foram divididos por fatores, de modo a permitir uma análise mais adequada dos resultados, por cada estabelecimento prestador de cuidados de Radioterapia. Nessa medida, foram considerados os seguintes fatores:

- I – Organização e Funcionamento;
- II – Recursos Humanos;
- III – Requisitos Técnicos/Especificações Técnicas.

4.1.2. Resultados obtidos

I) Organização e Funcionamento

Da realidade verificada *in loco*, no decurso das ações de fiscalização realizadas, foi possível constatar que todos os estabelecimentos possuem a documentação relativa aos equipamentos instalados, encontrando-se as competentes licenças e autorizações dentro dos prazos de validade.

Apurou-se que todos elaboraram um plano de proteção radiológica com monitorização individual das doses recebidas pelos profissionais afetos ao serviço.

A manutenção dos equipamentos, de acordo com o manual do fabricante, constitui preocupação para todos os estabelecimentos, estando os registos de todas as reparações e intervenções de manutenção dos equipamentos devidamente arquivadas e assinadas pelos responsáveis dos equipamentos.

II) Recursos Humanos

Em relação aos recursos humanos especializados, apurou-se a presença de profissionais médicos especialistas em Radioterapia, físicos, técnicos e pessoal de enfermagem, em respeito pelos *ratios* propostos pelo Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto e mais em concreto, face às orientações sugeridas pelo *Manual de Boas Práticas em Radioterapia* da DGS.

Todos os estabelecimentos possuem diretor clínico ou diretor de serviço, com grau de especialista em Radioterapia e inscrito na Ordem dos Médicos.

III) Requisitos Técnicos e Especificações Técnicas

No que diz respeito aos requisitos técnicos necessários à atividade desta especialidade, e em concreto quanto ao meio físico e espaço envolvente, às normas genéricas de construção, à climatização, aos equipamentos de desinfeção e esterilização, bem como aos equipamentos sanitários, verificou-se que os mesmos respeitam os requisitos exigidos para esse efeito.

Refira-se que existe uma grande preocupação com a dignidade e privacidade dos utentes, patente não só na existência de vestiários devidamente equipados, mas também pela existência de múltiplas salas de espera para que os utentes se sintam confortáveis, usufruindo do necessário resguardo no momento anterior ao tratamento.

Quanto às instalações específicas de Radioterapia externa verificou-se a conformidade das mesmas em relação aos requisitos exigíveis pela lei e pelo descrito no *Manual de Boas Práticas em Radioterapia*.

Os equipamentos e medicação de emergência são fundamentais, tendo sido constatado que a totalidade dos estabelecimentos estão equipados ou têm acesso a um carro de emergência devidamente apetrechado.

IV) Outras considerações e conclusão

Todos os estabelecimentos demonstram grande preocupação no planeamento dos cuidados a ter com os doentes, bem como a necessidade de manter os registos atualizados. E além do mais foi possível averiguar que demonstram um cuidado especial com a informação prestada ao doente.

É ainda evidente que a preocupação com as questões da humanização dos cuidados constitui uma prioridade para todos os estabelecimentos da área de Radioterapia.

Em termos gerais, considera-se que a prestação de cuidados na área da Radioterapia cumpre com as normas de qualidade previstas.

4.2. Análise comparativa dos aceleradores lineares em funcionamento

Recorde-se que o *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas* (PNPCDO), de 2007, já assumia com especial relevância, como aliás mencionado no primeiro capítulo, as técnicas de Radioterapia no tratamento do doente oncológico. Ali

se sugeria que “[...] o aumento da procura obrigava a novas exigências, tornando-se essencial estabelecer uma estratégia nacional – faseada e criteriosa, capitalizando o investimento que lhe está subjacente – que reflita a escala de desenvolvimento a atingir. O reforço do papel dos centros de referência, deve pautar-se pelos mais elevados padrões de exigência, baseados em:

Concentração de recursos tecnológicos e humanos, onde se disponibilizam as técnicas mais diferenciadas;

Atenção muito especial à formação de profissionais nas diferentes áreas.

Promoção da avaliação de resultados terapêuticos, segundo os indicadores internacionais;

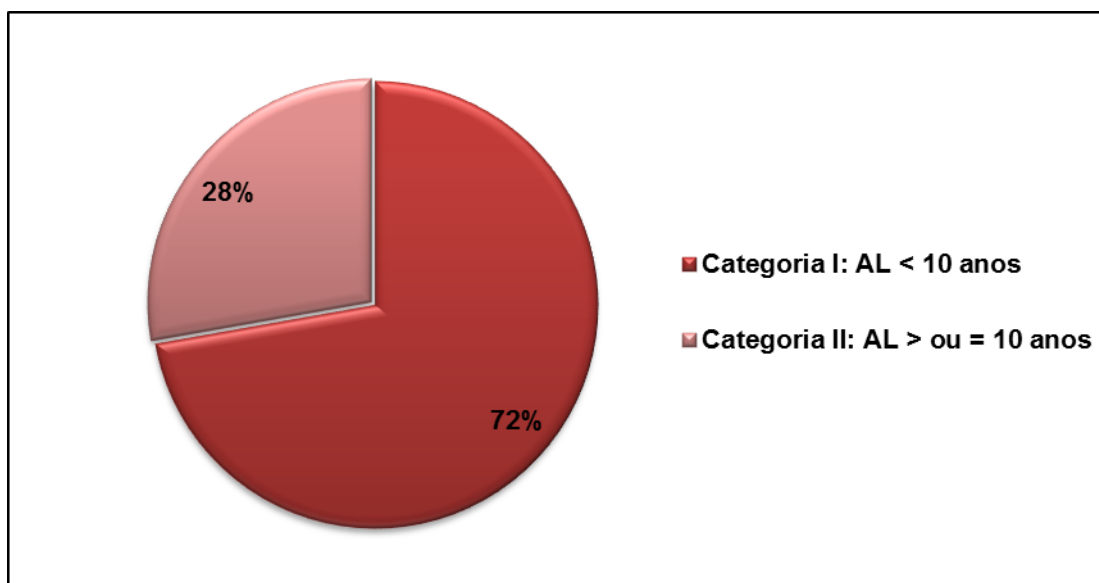
Aproximação progressiva ao cumprimento dos tempos de espera ótimos em Radioterapia.

Assim, e até 2010, dever-se-á proceder à atualização e substituição de todas as unidades de terapia com mais de 10 anos de existência e programar a expansão do parque tecnológico da Radioterapia.”.

De acordo com o verificado pela ERS, esta meta tal como preconizada *supra* revela-se genericamente alcançada, conforme melhor pode ser observado dos gráficos seguintes e que, em suma, pretendem facilitar a comparação do estado do parque tecnológico existente no ano de 2008 e a situação verificada no presente ano. Para tanto, foram assumidos como ponto de partida da análise comparativa, os dados constantes do Gráfico 8, todos retirados do documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a próxima década*, elaborado pela Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas, no âmbito do Alto Comissariado da Saúde, e datado de novembro de 2008. Assim, foi decidido utilizar a mesma categorização dos equipamentos, isto é, aceleradores lineares com menos de 10 anos (Categoria I) e aceleradores lineares com 10 anos ou mais (Categoria II).

Recorde-se que o universo de equipamentos considerado no ano de 2008 foi de 36 aceleradores lineares em funcionamento, localizados em Portugal Continental, constando-se que 72% estavam inseridos na Categoria I e 28% na Categoria II (ver gráfico 8).

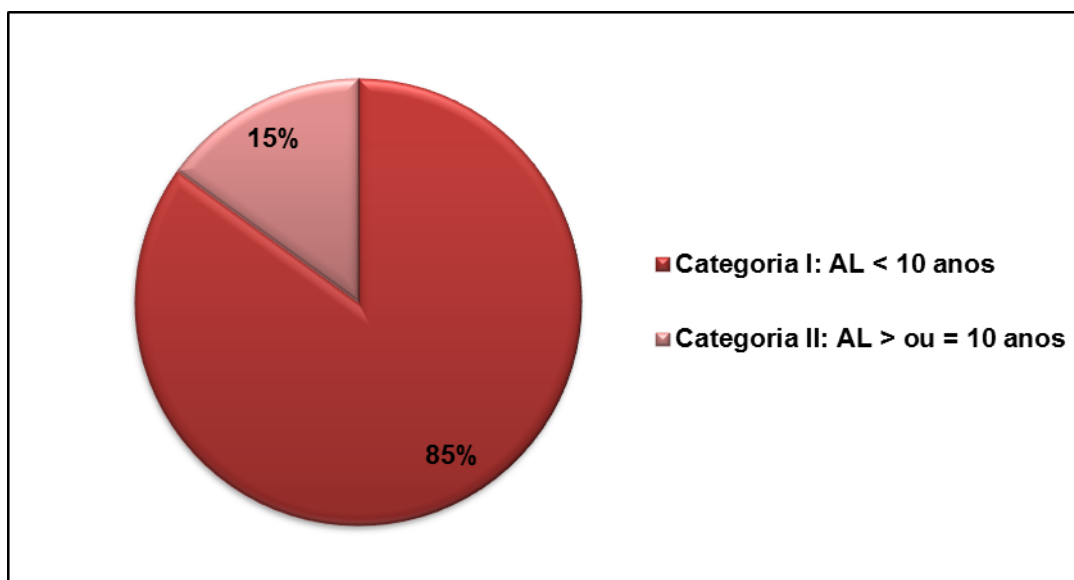
Gráfico 8 - Percentagem de aceleradores lineares, por categorias, em 2008.



Fonte: Elaboração própria com base na informação recolhida no âmbito das fiscalizações e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

No ano de 2012, o número de aceleradores lineares em funcionamento subiu para 40, a nível nacional. Destes 85% estavam inseridos na Categoria I e 15% na Categoria II.

Gráfico 9 - Percentagem de aceleradores lineares, por categorias, em 2012



Fonte: Elaboração própria com base na informação recolhida no âmbito das fiscalizações e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

Comparados os anos de 2008 e 2012, podemos concluir que o parque tecnológico conheceu um aumento de 13 pontos percentuais de aceleradores lineares na Categoria I e uma diminuição de 13 pontos percentuais na Categoria II, o que genericamente significa que em cerca de quatro anos, e sem qualquer distinção entre os setores, público ou privado, os estabelecimentos procuraram atualizar os equipamentos por si detidos e nesse sentido, foram adquirindo novos equipamentos substituindo os de idade igual ou superior a 10 anos.

No que concerne à distribuição por ARS, verificou-se que, em 2008, a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresentava o maior número de aceleradores lineares integrados na Categoria I, no total de 13, seguida pela ARS Norte com oito, a ARS Centro com quatro, a ARS Algarve com um. Nesse mesmo ano, a ARS Alentejo não possuía um qualquer acelerador linear.

No mesmo ano, e na Categoria II, a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresentava o maior número de aceleradores lineares, no total de seis, seguida pela ARS Norte com três, a ARS Centro detentora de um e as restantes ARS não possuíam um qualquer acelerador linear na referida categoria.

Tabela 33 - Número de aceleradores lineares por categorias e por ARS, em 2008

	Categoria I	Categoria II
ARS Norte	8	3
ARS Centro	4	1
ARS Lisboa e Vale do Tejo	13	6
ARS Alentejo	0	0
ARS Algarve	1	0
Total	26	10

Fonte: Elaboração própria com base na informação recolhida no âmbito das fiscalizações e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

Atualmente, a ARS Lisboa e Vale do Tejo detém 16 aceleradores lineares na Categoria I, e é seguida pela ARS Norte com 13, a ARS Centro com dois, a ARS Alentejo com dois e a ARS Algarve com um.

Já na Categoria II, e para este ano, a ARS Centro assumiu deter três, sendo este o maior número de aceleradores lineares nesta categoria, seguida pela ARS Norte com dois, e a ARS Lisboa e Vale do Tejo com um. As restantes ARS não apresentam nenhum acelerador linear na referida categoria.

Tabela 34 - Número de Aceleradores Lineares por categorias e por ARS, em 2012

	Categoria I	Categoria II
ARS Norte	13	2
ARS Centro	2	3
ARS Lisboa e Vale do Tejo	16	1
ARS Alentejo	2	0
ARS Algarve	1	0
Total	34	6

Fonte: Elaboração própria com base na informação recolhida no âmbito das fiscalizações e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*

Comparados os números observados nos anos de 2008 e de 2012, foi possível elaborar a tabela *infra* que, em suma, permite concluir pelo aumento de quatro aceleradores lineares e uma distribuição distinta entre as ARS.

Tabela 35 – Evolução de Aceleradores Lineares, por categorias e por ARS, entre 2008 e 2012

	Categoria I	Categoria II
ARS Norte	5	-1
ARS Centro	-2	2
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3	-5
ARS Alentejo	2	-
ARS Algarve	0	-
Total	8	-4

Fonte: Elaboração própria com base na informação recolhida no âmbito das fiscalizações e no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.

Na Categoria I, a ARS Norte apresentou um aumento de cinco aceleradores lineares, na ARS Centro ocorreu uma diminuição de duas unidades, a ARS Lisboa e Vale do Tejo conheceu um aumento de três, a ARS Alentejo de duas e na ARS Algarve não houve qualquer alteração. Na Categoria II, na ARS Norte o número dos equipamentos diminuiu em um, na ARS Centro aumentou em dois, na ARS Lisboa e Vale do Tejo diminuiu em cinco e, finalmente, na ARS Alentejo e na ARS Algarve não se constatou qualquer variação no decurso de quatro anos.

Além da análise quantitativa dos equipamentos em funcionamento e utilizado na aplicação das técnicas de Radioterapia externa, foi possível constatar que existe uma crescente preocupação dos interessados em acompanhar as novas tecnologias,

verificando-se que, especialmente no que toca às novas unidades, o investimento está a ser realizado em aparelhos que permitem concretizar técnicas cada vez mais especializadas.

4.3. Outros aspetos qualitativos atinentes à prestação de cuidados de saúde de Radioterapia

Na sequência da análise das respostas dos estabelecimentos aos pedidos de elementos entregues aquando das fiscalizações e concretamente quando questionados sobre o “[...] *prazo decorrido entre o pedido de licença de funcionamento do serviço de Radioterapia e a sua concessão.*”¹⁰⁴, verificou-se que na ARS Norte 14% do total dos prestadores aí existentes obtiveram a licença em menos de seis meses, 57% obtiveram a licença em mais de seis meses e 29% não tinham qualquer informação disponível. Na ARS Centro 100% dos prestadores obtiveram a licença num prazo superior a seis meses, na ARS Lisboa e Vale do Tejo 25% dos prestadores obtiveram a licença em menos de seis meses, 25% obtiveram a licença em mais de seis meses, e 50% não tinham a informação disponível. Finalmente, na ARS Alentejo e na ARS Algarve 100% dos prestadores não tinham a informação disponível.

Tabela 36 – Prazo decorrido entre o pedido de licença de funcionamento do serviço de Radioterapia e a sua concessão, por ARS, em março de 2012

ARS	Inferior a 6 meses	Superior a 6 meses	Informação não disponível
ARS Norte	14%	57%	29%
ARS Centro	0%	100%	0%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	25%	25%	50%
ARS Alentejo	0%	0%	100%
ARS Algarve	0%	0%	100%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

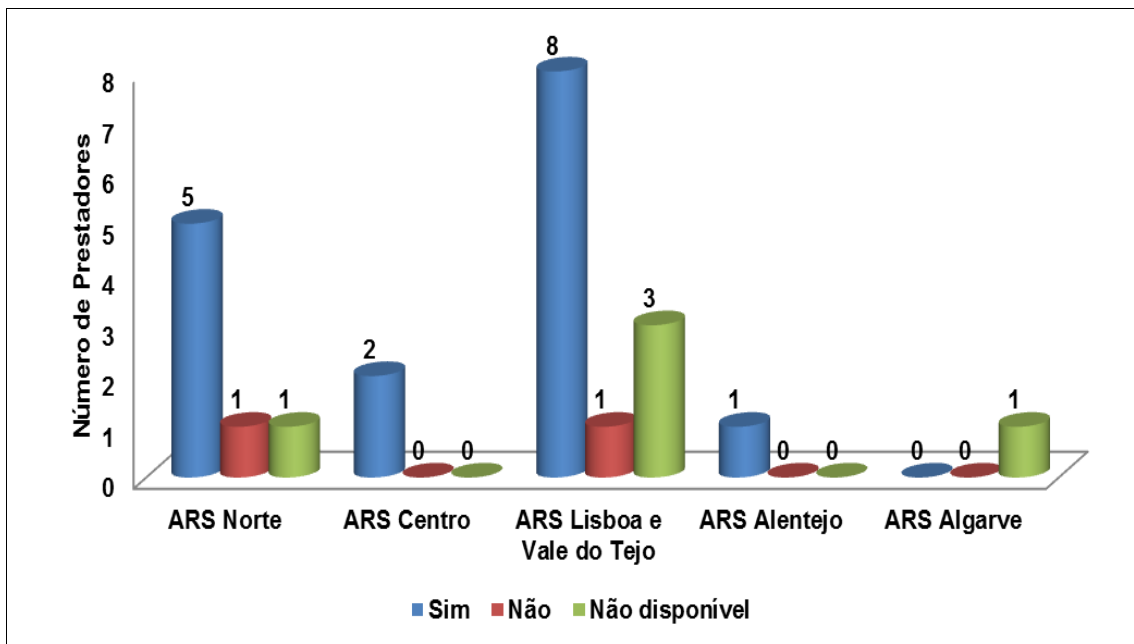
No que concerne à questão na qual se solicitava aos estabelecimentos que “[...] *Confirma[sssem a...] realização de consulta de decisão multidisciplinar no serviço e quantificação dos doentes cujo diagnóstico foi avaliado no âmbito da mesma entre 1*

¹⁰⁴ A respeito da obtenção de licenças veja-se a legislação tal como considerada no enquadramento normativo no capítulo 1 do presente Estudo.

de março de 2011 e 31 de março de 2012”, constatou se que no total dos prestadores inquiridos, 16 realizam consultas de decisão multidisciplinar. Mais concretamente,

- i) na ARS Norte cinco prestadores revelaram que realizavam consultas de decisão multidisciplinar, um evidenciou que não realizava, e um que não tinha a informação disponível;
- ii) na ARS Centro os dois prestadores realizam consultas de decisão multidisciplinar;
- iii) na ARS Lisboa e Vale do Tejo oito prestadores revelaram que realizavam consultas de decisão multidisciplinar, um evidenciou que não realizava tais consultas e três prestadores não tinha a informação disponível;
- iv) na ARS Alentejo o único estabelecimento do setor privado aí existente revelou que realiza consultas de decisão multidisciplinar; e
- v) na ARS Algarve o único estabelecimento não tinha a informação disponível.

Gráfico 10 - Estabelecimentos que realizam consultas de decisão multidisciplinar, por ARS, em março de 2012



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos.

No que concerne à “[...] *Confirmação da implementação de procedimentos para recolha de informação junto dos doentes com vista à avaliação da qualidade da prestação de tratamentos de Radioterapia* (por exemplo, informações relativas à

sobrevivência pós-tratamento e à incidência de casos de iatrogenia)”, com a exceção de um prestador na ARS Norte e um prestador na ARS Lisboa e Vale do Tejo, todos os demais revelaram que recolhiam a informação junto dos doentes com vista à avaliação da qualidade da prestação de cuidados de saúde de Radioterapia.

5. Conclusões

O presente Estudo procedeu ao levantamento da realidade existente em Portugal Continental no que respeita à prestação de cuidados de saúde de Radioterapia externa.

1. Na perspetiva do acesso, foram identificados todos os estabelecimentos de saúde, do setor público e privado que prestam cuidados de Radioterapia externa, num total de 23 estabelecimentos naquelas condições, dos quais, sete estão localizados na ARS Norte, sendo três de natureza privada e quatro de natureza pública; dois na ARS Centro, ambos de natureza pública, 12 na ARS Lisboa e Vale do Tejo, sendo oito de natureza privada e quatro de natureza pública; um na ARS Alentejo de natureza pública; e um na ARS Algarve de natureza privada. Já no que respeita ao número de aceleradores lineares em funcionamento, identificou-se um total de 40 aceleradores lineares, dos quais 15 encontram-se na ARS Norte, cinco na ARS Centro, 17 na ARS Lisboa e Vale do Tejo, dois na ARS Alentejo e um na ARS Algarve.
2. Na análise de proximidade, e tendo em conta as populações das áreas dos concelhos e pontos de referência dessas áreas (sedes de concelho), calcula-se que 8.301.478 de portugueses são cobertos pelas áreas de influência até 60 minutos de viagem em estrada, ou seja, 83% da população de Portugal Continental. No entanto, se for considerada a distância de 45 minutos em estrada, constata-se que 6.947.673 de portugueses estão cobertos, ou seja, 69% da população de Portugal Continental.
3. Mais se verificou que a realidade entre as diferentes ARS é muito heterogénea e uma parte significativa da população residente no Alentejo e no Centro está localizada a mais de 60 minutos de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde com um serviço de Radioterapia. Mesmo que se procedesse a uma análise de cenário com a inclusão de mais equipamentos projetados, as conclusões evidenciam que tal planeamento não altera genericamente as condições de acesso.
4. Constatou-se que 17% da população total não está abrangida pelas áreas de influência até 60 minutos de viagem. Assim, se cerca de 22 mil utentes obtiveram cuidados de saúde de Radioterapia entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, estima-se que, de entre estes, 3740 utentes precisaram de percorrer, diversas vezes, distâncias com tempos de viagem (aqui considerada a ida e a volta) superiores a 120 minutos.

5. A partir dos 60 minutos, cada utente fará no mínimo 50 horas de viagem até um serviço de Radioterapia, se se considerar um tratamento de cinco vezes por semana durante cinco semanas e viagens de ida e volta de 120 minutos (isto é, 3000 minutos).
6. Já considerada a referência de 45 minutos, contata-se que 31% da população total não está abrangida pelas áreas de influência, sendo que se estima que 6820 utentes precisaram de percorrer, diversas vezes, distâncias com tempos de viagem (aqui considerada a ida e a volta) superiores a 90 minutos.
7. A partir dos 45 minutos, cada utente fará no mínimo 38 horas de viagem até um serviço de Radioterapia, se se considerar um tratamento de cinco vezes por semana durante cinco semanas e viagens de ida e volta de 90 minutos (isto é, 2250 minutos).
8. No cenário apresentado que prevê a inclusão de novos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia externa e respetivos aceleradores lineares autorizados, ainda que não instalados, o número total de prestadores aumentaria de 23 para 27 e o número de aceleradores lineares de 40 para 57, o que representaria um aumento de 17 aceleradores lineares, ou seja, um aumento de 42,5%.
9. Considerando que entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012 foram tratados cerca de 22 mil doentes e que um acelerador linear trata em média 500 doentes por ano, a capacidade instalada (de 57 aceleradores lineares) possibilitaria o tratamento para cerca de 28.500 utentes por ano. Apesar do aumento, o número de doentes tratados ficaria ainda aquém do limite superior de 30.000 utentes, estabelecido no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*.
10. Ainda nesse cenário que considerou a inclusão dos aceleradores autorizados que não estavam instalados em março de 2012, foi possível concluir que a população total coberta até 60 minutos, entre a residência e o estabelecimento prestador de cuidados de saúde de Radioterapia, mantinha-se nos 83%, e considerando a população coberta até 45 minutos, aumentaria de 69% para 74%. Ora, mesmo assim, os novos aceleradores lineares autorizados só permitirão uma melhoria da proximidade dos cuidados de saúde de Radioterapia externa aos utentes da ARS Norte.
11. Com efeito, note-se que se mantém igual a cobertura na ARS Lisboa e Vale do Tejo e na ARS Algarve, apesar da inclusão do Hospital de Todos os Santos¹⁰⁵ e do

¹⁰⁵ Importa notar, que não obstante a Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas fazer referência ao Hospital de Todos os Santos e aí prever a instalação de dois aceleradores lineares, não foi ainda tomada a decisão definitiva quanto à sua construção, pelo que não é de prever, num curto espaço

Hospital de Faro, EPE, respetivamente, na base inicial de prestadores, em função da sua localização no mesmo concelho dos prestadores já existentes em março de 2011.

12. Considerando o terceiro cenário que previa a possibilidade de instalação de dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e de dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE previstos no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década*, verifica-se que o número total de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia externa aumentaria de 23 para 29 e o número de aceleradores lineares aumentaria de 40 para 61.

13. Com a inclusão destes dois novos estabelecimentos com dois aceleradores lineares cada, a população abrangida até 60 minutos de viagem em estrada, entre a residência e o estabelecimento prestador de cuidados de saúde de Radioterapia, aumentaria para 86%, destacando-se o aumento significativo na região Centro. Por outro lado, continuaria a verificar-se uma baixa cobertura populacional na ARS do Alentejo quando consideradas áreas de influência de 60 minutos.

14. No que diz respeito à população abrangida até 45 minutos de viagem em estrada, esta seria de 78%, destacando-se os aumentos nas regiões Norte e Centro. Neste cenário, continuaria a haver uma baixa cobertura populacional na ARS do Alentejo e na ARS do Algarve, quando consideradas áreas de influência de 45 minutos.

15. No quarto e, último cenário, em que se prevê serem instalados mais dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, em alternativa à instalação de dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, verificou-se que a percentagem de cobertura total aumentaria para 87%, contribuindo para tal o aumento de cobertura na região Centro para 77%, dentro do limite de tempo de viagem de 60 minutos, entre a residência e o estabelecimento, pelo que se constatou que esta seria uma medida mais adequada quando comparada com a instalação dos dois novos aceleradores lineares no Centro Hospitalar Cova da Beira EPE. No contexto de tempo de viagem de 45 minutos, a percentagem de cobertura total da população aumentaria para 79%, com aumento, neste caso, de cobertura na região Centro para 60%, o que reforça ainda mais a opção pelo Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.

16. Na análise da capacidade e no que concerne ao rácio do número de aceleradores lineares por milhão de habitantes, a nível nacional, verifica-se atualmente um rácio de

de tempo, que tais aceleradores lineares possam estar em funcionamento, pelo menos naquela localização.

3,98. A nível regional esse rácio de 3,98 aceleradores lineares por milhão de habitantes é apenas ultrapassado pelas ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo. Ainda, a este respeito, importa recordar que o documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década* evidencia que o rácio adequado deveria ser igual ao verificado a nível europeu e que é atualmente de seis aceleradores lineares por milhão de habitantes. Ora, com a análise anteriormente apresentada, conclui-se que o rácio em Portugal Continental, bem como em todas as regiões de saúde fica aquém do referido rácio de seis aceleradores lineares por milhão de habitantes.

17. Mesmo que fosse considerado o número de aceleradores lineares descrito pelos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia no âmbito do pedido de informação entregue nas fiscalizações de maio de 2012, a totalidade dos 45 aceleradores lineares continuaria a não permitir atingir o rácio proposto de seis aceleradores lineares por milhão de habitantes.

18. Relativamente ao cenário tendo como base a análise da rede de março de 2012, acrescentando os aceleradores lineares autorizados mas não instalados e os aceleradores lineares adicionais previstos até 2017, no documento *Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década* do Alto Comissariado da Saúde e da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, com dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e dois aceleradores lineares no Centro Hospitalar Alto Ave, EPE, observa-se que o rácio de aceleradores lineares por milhão de habitante melhorava nas ARS Norte e ARS Centro. Não obstante, a ARS Centro continuava a exibir um rácio abaixo daquele que é recomendado. Importa notar que qualquer que seja o cenário, nenhum acelerador linear adicional é proposto para a ARS Alentejo, fazendo com que apresente sempre um rácio de 3,91 aceleradores lineares por milhão de habitantes, abaixo do que é recomendado.

19. Tendo, agora, em consideração a avaliação da dimensão da capacidade relativamente aos recursos humanos, constata-se que o rácio de médicos especialistas em Radioterapia, a tempo inteiro, por milhão de habitantes, se apresenta como o mais elevado na ARS Lisboa e Vale do Tejo com o valor de 9,33, seguido pela ARS Centro com 8,60, pela ARS Norte com 7,59, pela ARS Alentejo com 5,87 e, por último, pela ARS Algarve com 4,44 médicos especialistas em Radioterapia, a tempo inteiro, por milhão de habitantes.

20. Analisado o rácio de médicos especialistas em Radioterapia, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes, verifica-se que o rácio mais elevado mantém-se na ARS Lisboa e Vale do Tejo com 11,79, seguido pela ARS Norte com 9,21, pela ARS Centro com 8,60, pela ARS Alentejo 5,87 e, por último, pela ARS Algarve com 4,44 médicos especialistas em Radioterapia, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes.

21. Relativamente ao rácio de técnicos de Radioterapia e Dosimetria, a tempo inteiro, por milhão de habitantes, o mais elevado verifica-se na ARS Lisboa e Vale do Tejo com 35,38, seguido pela ARS Alentejo com 25,44, pela ARS Norte com 20,87, pela ARS Centro com 18,34 e, por último, pela ARS Algarve com 17,76 técnicos a tempo inteiro, por milhão de habitantes.

22. Já quanto ao rácio de técnicos de Radioterapia e Dosimetria, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes, verifica-se que o rácio é mais elevado na ARS Lisboa e Vale do Tejo com 36,21, seguido pela ARS Alentejo com 25,44, pela ARS Norte com 22,49, pela ARS Centro com 21,20 e, por último, pela ARS Algarve com 17,76 técnicos, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes.

23. No que concerne ao número de físicos, a tempo inteiro, por milhão de habitantes, o rácio mais elevado verifica-se na ARS Lisboa e Vale do Tejo com 10,15, seguido pela ARS Alentejo com 5,87, pela ARS Centro com 5,73, pela ARS Norte com 4,88 e, por último, pela ARS Algarve com 4,44 físicos, a tempo inteiro, por milhão de habitantes.

24. Analisando o rácio de físicos, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes verifica-se que o rácio é mais elevado na ARS Lisboa e Vale do Tejo com 10,70, seguido pela ARS Norte com 5,96, pela ARS Alentejo com 5,87, pela ARS Centro com 5,73 e, por último, pela ARS Algarve com 4,44 físicos, a tempo inteiro e a tempo parcial, por milhão de habitantes.

25. Na análise temporal do acesso foi possível constatar que a diferença do tempo médio de duração das sessões de tratamento entre as diversas ARS não ultrapassa mais de quatro minutos.

26. Mais se constatou que a ARS Centro apresenta o número mais elevado de horas semanais de funcionamento dos serviços de Radioterapia, com 65,00 horas, seguida pela ARS Norte com 61,79, pela ARS Algarve com 60,00, pela ARS Lisboa e Vale do Tejo com 55,00, e por último, pela ARS Alentejo com 50,00 horas.

27. No que concerne aos horários referentes ao atendimento de situações de emergência, verificou-se que na ARS Norte, 57% do total dos estabelecimentos aí existentes realiza o *“Atendimento de situações de emergência no horário de funcionamento”* e 43% tem *“Resposta permanente de situações de emergência”*, na ARS Centro todos os estabelecimentos têm *“Atendimento de situações de emergência no horário de funcionamento”*, na ARS Lisboa e Vale do Tejo 67% do total dos estabelecimentos aí existentes realiza o *“Atendimento de situações de emergência no horário de funcionamento”* e 33% tem *“Resposta permanente de situações de emergência”*, na ARS Alentejo o estabelecimento tem *“Resposta permanente de situações de emergência”*, e na ARS Algarve o estabelecimento tem *“Atendimento de situações de emergência no horário de funcionamento”*.

28. Ainda, considerado o período entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, verificou-se, através das respostas dos prestadores, que na ARS Norte 14% do total dos prestadores aí existentes trata doentes num tempo de resposta superior a quatro semanas e 57% dos prestadores trata doentes num prazo inferior a quatro semanas, e 29% dos prestadores não tinham informação disponível. Na ARS Centro, 50% dos prestadores trata os doentes num prazo inferior a quatro semanas e 50% dos prestadores não tinham a informação disponível. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 42% do total dos prestadores indicaram que tratam doentes num prazo superior a quatro semanas, 25% dos prestadores tratam doentes num prazo inferior a quatro semanas e 33% dos prestadores não tinham a informação disponível. Na ARS Alentejo, o prestador existente não tinha qualquer informação disponível. E, por último, na ARS Algarve, o único prestador destacou que trata os doentes num prazo inferior a quatro semanas.

29. Foi igualmente possível averiguar que, em situação de emergência oncológica somente um estabelecimento indicou que tratou doentes em tempo superior a 48 horas, sendo que os restantes estabelecimentos, a nível nacional, indicaram que tratam os doentes em tempo inferior a 48 horas.

30. Relativamente ao número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa foi na ARS Lisboa e Vale do Tejo que se verificou um maior número de doentes, 1947, seguida pela ARS Norte com 930 doentes, pela ARS Centro com 680 doentes, pela ARS Alentejo com 157, e por último, pela ARS Algarve com 40 doentes submetido a tratamentos de Radioterapia paliativa.

31. No que concerne à informação relativa à percentagem dos doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa que teve um tempo de espera superior a duas semanas, entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, verificou-se que um prestador na ARS Norte, um prestador na ARS Centro, e dois prestadores na ARS Lisboa e Vale do Tejo registavam percentagens de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa com espera superior a duas semanas, os restantes prestadores dentro das mesmas ARS assumiram que tratavam os doentes num prazo inferior ou que não tinham a informação disponível. A ARS Alentejo e a ARS Algarve evidenciaram que tratavam os doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa com um tempo de espera inferior a duas semanas.

32. No que concretamente respeita a esta análise temporal, impõe-se realçar que os tempos máximos aceitáveis, tal como constantes do *Manual de Boas Práticas de Radioterapia*, publicado pela Direção Geral de Saúde, são respeitados pela generalidade dos estabelecimentos na resposta aos utentes que aguardam tratamentos de Radioterapia. Além disso, também na prática de técnicas de Radioterapia paliativa, os estabelecimentos assumem procedimentos adequados ao estabelecido no referido Manual.

33. Foi igualmente analisada a referenciação de utentes entre os diversos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia (públicos e privados), tal como identificada pelos mesmos quando comparada com a conhecida estrutura da RRH de Oncologia. Conclui-se que nem sempre os IPO são hospitais de *último* destino dos demais estabelecimentos que se localizam no nível inferior (este nível deve ser o indicado para a RRH de Oncologia, ali melhor descrito e com as necessárias especificações para a Radioterapia), como acontece nos casos do Centro Hospitalar do São João, EPE que declarou receber um utente do IPO do Porto e do IPO de Lisboa que assumiu referenciar para o Hospital Espírito Santo de Évora, EPE e para o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE que, por sua vez, recebe utentes do IPO de Lisboa. Também o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE assumiu referenciar para o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE (*a pedido dos utentes por ser área próxima da residência ou de apoio familiar*).

34. Por outro lado, nem todos aqueles estabelecimentos hospitalares do SNS são partes contratantes de protocolos com estabelecimentos integrados no setor privado (é o caso concreto dos prestadores localizados na ARS do Centro).

35. Considera-se que a RRH de Oncologia deveria assegurar as condições de qualidade assistencial e de acesso equitativo aos diferentes níveis de cuidados e que

nela poderiam ser incluídas diversas instituições prestadoras do setor privado, com graus de competência diferenciada ainda que com carácter complementar ou supletivo face ao setor público. Essencial era que as relações entre os diferentes estabelecimentos, assentando num sistema de diferentes níveis baseados na localização e capacidade técnica e humana, assegurassem a multidisciplinaridade e a continuidade de cuidados prestados a cada um dos utentes.

36. Assim, a relação do setor público com o setor privado é assumida não somente como essencial para o respeito dos objetivos específicos do tratamento e acompanhamento do doente oncológico, como se revela obrigatória nas relações com o SNS e como meio de resposta à procura existente. Assim, a RRH de Oncologia que venha a ser implementada para os cuidados de saúde de Radioterapia, por cada uma das ARS, ao abrigo das suas competências, deverá atender não só à capacidade de resposta e aos recursos disponíveis existentes no SNS, mas igualmente, ainda que a título complementar, à capacidade do setor privado já instalada. Esta mesma conclusão coaduna-se com o entendimento veiculado pelo Despacho n.º 10430/2011 publicado DR, 2.ª série de 18 de agosto de 2011, com as exigências de uma utilização racional e eficiente do SNS e de consequente internalização de MCDT excepcionada com o recurso à subcontratação de entidades externas sempre que necessário com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência de mercado.

37. No atual contexto económico, financeiro e social e, como visto, normativo, revela-se essencial que qualquer resposta às necessidades dos utentes não esqueça a capacidade do SNS e a já instalada capacidade de resposta do setor privado. Desta forma, compete ao SNS, aqui consideradas as distintas entidades com capacidade de decisão, avaliar a sua efetiva capacidade de resposta, decidir de forma fundamentada pela eventual necessidade de investir e financiar novos equipamentos e demais recursos técnicos e humanos, pela sua localização e/ou deslocalização, e ainda, monitorizar quer o cumprimento dos relevantes TMRG e outros tempos máximos constantes, designadamente, do *Manual de Boas Práticas de Radioterapia*.

38. Numa vertente dirigida à concorrência, verificou-se, numa primeira análise, que os 25% maiores prestadores de cuidados de Radioterapia (considerados individualmente) detêm 40% do total de aceleradores lineares, enquanto os 25% dos prestadores que detêm um menor número de aceleradores lineares detêm 20% do total de aceleradores lineares. Daqui se conclui que, tendo em consideração somente os prestadores privados em cuidados de saúde de Radioterapia, existe uma distribuição relativamente equitativa do número de aceleradores lineares.

39. De acordo com o Índice de Concentração dos três grupos com um número mais elevado de aceleradores lineares no mercado de Radioterapia, constatou-se que detêm 66,67% da quota de mercado total e o IHH assume o valor de 1822,22, que aponta para uma concentração de mercado moderada. Numa análise da Curva de Lorenz, obtida por referência ao número de aceleradores por grupo de prestadores, retira-se que os 29% dos três grupos que detêm um maior número de aceleradores lineares, possuem 67% do total de aceleradores lineares, e os 29% dos três grupos com um menor número de aceleradores lineares, apresentam 13% do total de aceleradores lineares.

40. Assim, o mercado de prestação de serviços de saúde de Radioterapia, quando considerados grupos de prestadores, é mais concentrado relativamente àquele já analisado e no qual foram considerados os prestadores isoladamente.

41. Procedeu-se igualmente à análise da concentração de mercado, por consideração da quota de mercado refletida pelo número de doentes tratados. Considerando os dois estabelecimentos que tratam um maior número de doentes, constatou-se que os mesmos detêm 32% da quota de mercado. Considerando a quota de mercado de todos os estabelecimentos privados, obtém-se um IHH = 1102,94, que representa um índice que traduz uma concentração de mercado moderada, ainda que inferior àquele quando considerado o número de aceleradores por prestador.

42. Da análise assim empreendida resulta que o mercado de prestação de serviços de saúde de Radioterapia, quando apenas considerados estabelecimentos privados individualmente, é um mercado pouco concentrado, sendo que o grau de concentração aumenta se forem considerados grupos de prestadores. Também revela um grau de concentração moderado quando é tido em consideração a quota de mercado (isto é, o número de doentes tratados).

43. Considerados todos os prestadores públicos e privados, e o Índice de Concentração para os dois prestadores com um maior número de aceleradores lineares, constatou-se que os mesmos detêm 25% do total de aceleradores lineares do mercado. Não obstante, visto o mercado por cada ARS, com consideração do número de aceleradores lineares, como representativos de poder de mercado, constata-se que a ARS Norte apresenta um Índice de Concentração dos três prestadores com maior número de aceleradores lineares de 73,33%, e um IHH = 2711,11, que traduz um índice de concentração elevado. Importa realçar que o IPO do Porto, EPE é detentor de 47% dos aceleradores existentes na ARS Norte. Por sua vez, a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresenta um Índice de Concentração para os cinco prestadores do mercado

com um número mais elevado de aceleradores lineares de 58,82% e IHH de 934,26, o que traduz uma concentração do mercado baixa. Já na ARS Centro constata-se a existência de dois prestadores públicos, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE e Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, com três e dois aceleradores lineares, respetivamente, tendo-se obtido um IHH = 5200, indiciando uma elevada concentração. Na ARS Alentejo verifica-se um prestador do sector público (Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE) com dois aceleradores lineares, e na ARS Algarve um prestador do sector privado (Quadrantes Faro - Unidade de Radioterapia do Algarve) com um acelerador linear.

44. Da análise a nível regional, contrariamente às conclusões obtidas a nível nacional, conclui-se que o mercado se encontra muito concentrado, salvo na ARS Lisboa e Vale do Tejo, que apresenta um nível de concentração baixo.

45. No que concerne na avaliação da produção de cada prestador privado, tendo em consideração a entidade financiadora, constata-se que os prestadores privados tratam, na maioria dos casos, doentes do SNS. Na ARS Norte foi possível constatar a existência de um prestador que apresentou uma percentagem de doentes tratados financiados por seguradoras, ADSE e outras entidades, em número superior aos doentes por si tratados pelo SNS. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo dois prestadores evidenciaram uma percentagem de doentes tratados financiados pelas seguradoras, ADSE e outras entidades superior aos doentes tratados pelo SNS. Na ARS Algarve, o único prestador existente realiza na íntegra todos os cuidados de saúde no âmbito da Radioterapia. Importa lembrar que na ARS Centro não existe nenhum prestador privado de Radioterapia.

46. Se tivermos por critério de análise não o prestador de cuidados de saúde na área de Radioterapia externa mas o grupo empresarial no qual o mesmo está inserido e que tem um contrato com uma entidade pública, constata-se que dos 14 contratos existentes 50% foram celebrados por dois grupos empresariais privados.

47. Importa notar que, no âmbito dos protocolos celebrados entre estabelecimentos públicos e privados para a realização de cuidados de saúde de Radioterapia, o elemento que mais sofre alterações e distinções consoante a vontade decisória das partes é o dos preços praticados. A este respeito e considerados os preços médios constata-se que na ARS Algarve os preços praticados são mais elevados no âmbito de tais protocolos. Relembre-se que na ARS Algarve existe somente um prestador privado, sendo este também o que realiza os cuidados de saúde de Radioterapia, pelo

que não se verifica qualquer estímulo à concorrência pelos preços entre os prestadores.

48. Outro facto constatado foi que na ARS Lisboa e Vale do Tejo são praticados preços médios mais elevados do que na ARS Norte, facto que resulta dissonante com as regras de mercado, atenta a presença naquela ARS de um número maior de estabelecimentos privados e que, por isso, poderiam concorrer com preços mais baixos para a realização de protocolos com os estabelecimentos públicos para a realização de cuidados de saúde de Radioterapia.

49. No que concerne aos preços pagos pelos utentes aos estabelecimentos privados, constata-se que é, de um modo geral, na ARS Lisboa e Vale do Tejo que os preços são mais elevados. Assim sendo, não se verifica concorrência pelos preços nos prestadores privados naquela região de saúde, uma vez que é naquela área que se encontram mais prestadores privados e que poderiam concorrer com preços mais baixos para os particulares. No outro extremo encontra-se a ARS Norte que é, das três ARS, a que apresenta preços mais baixos relativos à tabela de particulares.

50. Com o intuito de aferir se os tratamentos realizados internamente pelo SNS, e concretamente por cada um dos estabelecimentos públicos analisados no presente Estudo, são mais compensatórios ou mais prejudiciais em termos monetários, analisou-se o valor que aqueles recebem pelos utentes que são por si referenciados para os estabelecimentos do setor privado.

51. Ao fazer um simples exercício, tendo por base os preços médios praticados (calculados com base nos protocolos), e usando como exemplo, os preços praticados na ARS Norte, um doente que seja submetido a um planeamento simples, simulação simples e um tratamento simples, custa aproximadamente 373€ ao prestador público que decida referenciar esse mesmo doente para o privado. Tal estimativa permite concluir que este valor é superior ao financiado pelo SNS ao abrigo do Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) aplicável e, por isso, é superior ao valor que o SNS paga ao estabelecimento hospitalar. Note-se que, o valor reembolsado pelo SNS, em ambulatório, por cada doente submetido a tratamento de Radioterapia varia entre 203,87 € e 315,38 €.

52. No âmbito da qualidade foi necessário proceder à caracterização e diagnóstico das atuais condições de realização de tratamento na área de Radioterapia em Portugal Continental. Para tanto, foi observado o cumprimento das condições e requisitos de funcionamento das unidades de Radioterapia, bem como a qualidade da prestação efetiva de cuidados de saúde aos utentes.

53. Foram realizadas, com o concurso de médicos consultores externos à ERS, 23 fiscalizações durante o mês de maio de 2012, que permitiram concluir que os estabelecimentos revelam constantes preocupações de atualização dos equipamentos utilizados, especialmente, dos aceleradores lineares, ao mesmo tempo que procuram atualizar conhecimento técnico e, em alguns casos, uma melhor gestão dos serviços ao abrigo de regras que se pretendem defensoras dos interesses dos utentes, da qualidade dos cuidados e dos serviços prestados, com intenções acrescidas de melhoria na qualidade do atendimento e acompanhamento de cada um dos utentes.

54. A respeito de outros requisitos de qualidade na prestação de cuidados de Radioterapia, foi possível concluir que, em regra, a obtenção de licença de funcionamento demora, em todas as ARS, mais de seis meses, ainda que muitos dos estabelecimentos tenham garantido não terem essa informação disponível.

55. No que concerne à implementação de procedimentos para recolha de informação junto dos doentes com vista à avaliação da qualidade da prestação de cuidados de saúde de Radioterapia, com a exceção de um prestador na ARS Norte e um prestador na ARS Lisboa e Vale do Tejo, todos os demais revelaram que recolhiam a informação junto dos doentes com vista à avaliação da qualidade da prestação de cuidados de saúde de Radioterapia.

Anexo I – Minutas dos pedidos de elementos remetidos aos estabelecimentos

- do setor privado

Ao abrigo das competências estabelecidas no n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, e na sequência da solicitação do Ministério da Saúde, a Entidade Reguladora da Saúde deliberou proceder à elaboração de um Estudo atinente à *Prestação de Cuidados de Saúde de Radioterapia*, no âmbito do qual se pretende avaliar do acesso de todos os utentes aos cuidados nessa valência, do nível de concorrência existente entre os prestadores envolvidos, bem como dos parâmetros de qualidade dos serviços prestados.

Nesse âmbito, solicita-se a V. Exa., ao abrigo do n.º 1 do artigo 49.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, a resposta às questões/esclarecimentos formulados *infra* e destacados por cada uma das vertentes assumidas no predito Estudo, para facilidade de análise:

I. Acesso dos utentes:

- 1) Indicação, para cada acelerador linear do serviço, da duração média aproximada, em minutos, das sessões de tratamento, desagregada por diagnóstico e técnicas mais usuais;
- 2) Indicação dos horários de funcionamento/atendimento do serviço de Radioterapia, com destaque para os horários referentes ao atendimento de situações de emergência;
- 3) Números de médicos e técnicos especialistas em Radioterapia e dos profissionais especializados em física médica que exercem funções a tempo inteiro e a tempo parcial;
- 4) Número total de doentes que foram submetidos a tratamentos de Radioterapia externa entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011, com quantificação dos novos casos de cancro;
- 5) Número total de doentes que foram submetidos a tratamentos de Braquiterapia entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011;
- 6) Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia, cujo início do tratamento ocorreu após 4 semanas do momento do diagnóstico, considerando o período entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011;

- 7) Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia em situação de emergência oncológica e indicação das percentagens de doentes que tiveram um tempo de espera superior a 8 horas (na compressão medular), 24 horas e 48 horas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com anotação do tempo máximo registado;
- 8) Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011 e percentagem deste número que teve um tempo de espera superior a 2 semanas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com indicação do tempo máximo registado;
- 9) Especificação do tempo médio observado, por diagnóstico, entre o momento da sua determinação e a realização da consulta de decisão multidisciplinar;
- 10) Número de doentes tratados entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011 que interromperam o tratamento antes do previsto e justificaram tal interrupção enunciando razões financeiras e, consequentemente, necessidade de continuação do tratamento em estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

II. Concorrência entre os prestadores:

- 1) Enumeração das técnicas de Radioterapia utilizadas no estabelecimento, nas áreas de Radioterapia externa e Braquiterapia, com indicação das técnicas mais usuais;
- 2) Tabelas de preços particulares praticados nos últimos cinco anos e referentes aos tratamentos de Radioterapia prestados pelo serviço;
- 3) Quantificação dos doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011, desagregada por entidades financiadoras (particulares, entidades seguradoras, ADSE, etc.);
- 4) Identificação do(s) Hospital(is) do SNS, caso aplicável, que reencaminha(m) doentes para o serviço, especificando quer a base contratual utilizada para o efeito (juntando cópia do(s) documento(s) contratual(is) e dos preços), quer os concretos serviços abrangidos, quer o número de doentes assim reencaminhados para o serviço entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011, para os diferentes tipos de tratamentos de Radioterapia (informação desagregada por Hospital);

- 5) Identificação dos estabelecimentos não públicos prestadores de cuidados de saúde com quem o serviço terá eventualmente celebrado acordo(s) ou protocolo(s) para a referência de doentes, descrição detalhada de todas as condições contratuais, bem como envio de suporte documental;
- 6) Indicação dos concelhos de residência dos doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia para delimitação da área de abrangência geográfica do serviço;
- 7) Informação sobre o prazo decorrido entre o pedido de licença de funcionamento do serviço de Radioterapia e a sua concessão.

III. Qualidade dos serviços prestados:

- 1) Envio de cópia da licença de funcionamento do serviço de Radioterapia;
- 2) Envio de cópias das licenças dos equipamentos existentes no serviço e, quando não aplicável, enumeração de todos os equipamentos existentes no serviço com indicação dos respetivos modelos, marcas e datas de início de funcionamento;
- 3) Confirmação da realização de consulta de decisão multidisciplinar no serviço e quantificação dos doentes cujo diagnóstico foi avaliado no âmbito da mesma entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011;
- 4) Confirmação da implementação de procedimentos para recolha de informação junto dos doentes com vista à avaliação da qualidade da prestação de tratamentos de Radioterapia (por exemplo, informações relativas à sobrevivência pós-tratamento e à incidência de casos de iatrogenia);
- 5) Informação sobre a implementação de um programa de garantia de qualidade no serviço e, no caso afirmativo, indicação da entidade emissora de todas as normas, orientações e princípios que serviram de referência ao predito programa e envio de cópia das mesmas;
- 6) Informação sobre a existência de uma comissão interna de garantia e controlo de qualidade em Radioterapia, ou outras estruturas organizacionais, implementadas no serviço e, no caso afirmativo, indicação das suas atribuições e identificação dos seus membros e respetivas formações profissionais;
- 7) Informação sobre a existência de um programa de manutenção dos equipamentos de irradiação, simulação, sistemas de planimetria e cálculo dosimétrico e, caso afirmativo, identificação do responsável pela sua elaboração e execução;

- 8) Percentagem de doentes tratados entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011, que antes de iniciarem o tratamento no estabelecimento, tiveram o seu diagnóstico anátomo-patológico da neoplasia reavaliado por um segundo médico (anátomo-patologista), diferenciando as situações em que tal sucede por iniciativa do doente ou do próprio serviço e especificando, quanto a esta última hipótese, o procedimento existente para o efeito e entidade(s) junto da(s) qual(is) é solicitada a segunda opinião.

Solicita-se, ainda, o envio de quaisquer outros elementos ou esclarecimentos adicionais que V. Exa. considere relevantes à análise do tema em Estudo, devendo igualmente proceder às respostas das questões/esclarecimentos formulados *supra* de forma completa e individualizada, e acompanhadas sempre de cópia dos elementos documentais que possam suportar as mesmas.

Por último, e considerado o urgente interesse atribuído ao Estudo, muito se agradece que o envio dos elementos ora solicitados seja efetuado até ao dia **8 de abril de 2011**, preferencialmente por *e-mail* para os endereços de correio eletrónico dos técnicos ----, para os quais poderão igualmente ser encaminhadas quaisquer questões relativas ao presente pedido de elementos.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo,

(Prof. Doutor Jorge Simões)

- do setor público

Ao abrigo das competências estabelecidas no n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, e na sequência da solicitação do Ministério da Saúde, a Entidade Reguladora da Saúde deliberou proceder à elaboração de um Estudo atinente à *Prestação de Cuidados de Saúde de Radioterapia*, no âmbito do qual se pretende avaliar o acesso de todos os utentes aos cuidados nessa valência, do nível de concorrência existente entre os prestadores envolvidos, bem como dos parâmetros de qualidade dos serviços prestados.

Nesse âmbito, solicita-se a V. Exa., ao abrigo do n.º 1 do artigo 49.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, a resposta às questões/esclarecimentos formulados *infra* e destacados por cada uma das vertentes assumidas no predito Estudo, para facilidade de análise:

I. Acesso dos utentes:

- 1) Indicação, para cada acelerador linear do serviço, da duração média aproximada, em minutos, das sessões de tratamento, desagregada por diagnóstico e técnicas mais usuais;
- 2) Indicação dos horários de funcionamento/atendimento do serviço de Radioterapia, com destaque para os horários referentes ao atendimento de situações de emergência;
- 3) Números de médicos e técnicos especialistas em Radioterapia e dos profissionais especializados em física médica que exercem funções a tempo inteiro e a tempo parcial;
- 4) Número total de doentes que foram submetidos a tratamentos de Radioterapia externa entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011, com quantificação dos novos casos de cancro;
- 5) Número total de doentes que foram submetidos a tratamentos de Braquiterapia entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011;
- 6) Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia, cujo início do tratamento ocorreu após 4 semanas do momento do diagnóstico, considerando o período entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011;

- 7) Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia em situação de emergência oncológica e indicação das percentagens de doentes que tiveram um tempo de espera superior a 8 horas (na compressão medular), 24 horas e 48 horas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com anotação do tempo máximo registado;
- 8) Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011 e percentagem deste número que teve um tempo de espera superior a 2 semanas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com indicação do tempo máximo registado;
- 9) Especificação do tempo médio observado, por diagnóstico, entre o momento da sua determinação e a realização da consulta de decisão multidisciplinar;
- 10) Identificação do(s) Hospital(is) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que referencia(m) doentes para o serviço, com quantificação dos doentes que entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011 foram reencaminhados para os diferentes tipos de tratamentos de Radioterapia (informação desagregada por Hospital);
- 11) Identificação do(s) Hospital(is) do SNS para onde o serviço referencia utentes para tratamentos de Radioterapia, especificando o número de doentes assim reencaminhados pelo serviço entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011 para os diferentes tipos de tratamentos (informação desagregada por Hospital).

II. Concorrência entre os prestadores:

- 1) Enumeração das técnicas de Radioterapia utilizadas no estabelecimento, nas áreas de Radioterapia externa e Braquiterapia, com indicação das técnicas mais usuais;
- 2) Identificação do(s) estabelecimento(s) não público(s) eventualmente contratado(s) pelo serviço para a prestação de tratamentos de Radioterapia aos seus doentes, especificando quer a base contratual utilizada para o efeito (juntando cópia do(s) documento(s) contratual(is)), quer os concretos tipos de tratamentos abrangidos (indicando os preços contratados), quer o número de doentes assim reencaminhados pelo serviço entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011, para os diferentes tipos de tratamentos (informação desagregada por estabelecimento não público);

- 3) Indicação dos concelhos de residência dos doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia para delimitação da área de abrangência geográfica do serviço;
- 4) Informação sobre o prazo decorrido entre o pedido de licença de funcionamento do serviço de Radioterapia e a sua concessão.

III. Qualidade:

- 1) Envio de cópia da licença de funcionamento do serviço de Radioterapia;
- 2) Envio de cópias das licenças dos equipamentos existentes no serviço e, quando não aplicável, enumeração de todos os equipamentos existentes no serviço com indicação dos respetivos modelos, marcas e datas de início de funcionamento;
- 3) Confirmação da realização de consulta de decisão multidisciplinar no serviço e quantificação dos doentes cujo diagnóstico foi avaliado no âmbito da mesma entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011;
- 4) Confirmação da implementação de procedimentos para recolha de informação junto dos doentes com vista à avaliação da qualidade da prestação de tratamentos de Radioterapia (por exemplo, informações relativas à sobrevivência pós-tratamento e à incidência de casos de iatrogenia);
- 5) Informação sobre a implementação de um programa de garantia de qualidade no serviço e, no caso afirmativo, indicação da entidade emissora de todas as normas, orientações e princípios que serviram de referência ao predito programa e envio de cópia das mesmas;
- 6) Informação sobre a existência de uma comissão interna de garantia e controlo de qualidade em Radioterapia, ou outras estruturas organizacionais, implementadas no serviço e, no caso afirmativo, indicação das suas atribuições e identificação dos seus membros e respetivas formações profissionais;
- 7) Informação sobre a existência de um programa de manutenção dos equipamentos de irradiação, simulação, sistemas de planimetria e cálculo dosimétrico e, caso afirmativo, identificação do responsável pela sua elaboração e execução;
- 8) Percentagem de doentes tratados entre 1 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011, que antes de iniciarem o tratamento no estabelecimento, tiveram o seu diagnóstico anátomo-patológico da neoplasia reavaliado por um segundo médico (anátomo-patologista), diferenciando as situações em que tal sucede por iniciativa do doente ou do próprio serviço e especificando, quanto a esta última

hipótese, o procedimento existente para o efeito e entidade(s) junto da(s) qual(is) é solicitada a segunda opinião.

Solicita-se, ainda, o envio de quaisquer outros elementos ou esclarecimentos adicionais que V. Exa. considere relevantes à análise do tema em Estudo, devendo igualmente proceder às respostas das questões/esclarecimentos formulados *supra* de forma completa e individualizada, e acompanhadas sempre de cópia dos elementos documentais que possam suportar as mesmas.

Por último, e considerado o urgente interesse atribuído ao Estudo, muito se agradece que o envio dos elementos ora solicitados seja efetuado até ao dia **8 de abril de 2011**, preferencialmente por *e-mail* para os endereços de correio eletrónico dos técnicos -----, para os quais poderão igualmente ser encaminhadas quaisquer questões relativas ao presente pedido de elementos.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo,

(Prof. Doutor Jorge Simões)

AUTO DE NOTIFICAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS

Aos _____ do mês de _____ do ano de dois mil e doze, pelas _____ horas e _____ minutos, nas instalações da _____ sitas _____, onde se encontram os funcionários da Entidade _____ Reguladora da _____ Saúde (ERS), _____

_____, investidos dos poderes de fiscalização previstos no artigo 43.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, devidamente identificados, foi o(a) Exmo(a). Senhor(a). _____, [casado(a)/divorciado(a)/solteiro(a)], portador(a) do Documento de Identificação _____ número _____ emitido em _____ pelo SIC de _____, e [residente/com domicílio profissional] em _____, na qualidade de _____ do *supra* identificado estabelecimento prestador de cuidados de saúde, notificado para ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 49.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, responder às questões/esclarecimentos formulados *infra*. -----

I. Acesso dos utentes:

- 1) Indicação do número de aceleradores lineares existentes, e em funcionamento, no serviço;
- 2) Indicação, para cada acelerador linear, da duração média aproximada, em minutos, das sessões de tratamento, desagregada por diagnóstico e técnicas mais usuais;
- 3) Indicação dos horários de funcionamento/atendimento do serviço de Radioterapia, com destaque para os horários referentes ao atendimento de situações de emergência;
- 4) Números de médicos e técnicos especialistas em Radioterapia e dos profissionais especializados em física médica que exercem funções a tempo inteiro e a tempo parcial;

- 5) Número total de doentes que foram submetidos a tratamentos de Radioterapia externa entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, com quantificação dos novos casos de cancro;
- 6) Número total de doentes que foram submetidos a tratamentos de Braquiterapia entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012;
- 7) Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia, cujo início do tratamento ocorreu após 4 semanas do momento do diagnóstico, considerando o período entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012;
- 8) Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia em situação de emergência oncológica e indicação das percentagens de doentes que tiveram um tempo de espera superior a 8 horas (na compressão medular), 24 horas e 48 horas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com anotação do tempo máximo registado;
- 9) Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012 e percentagem deste número que teve um tempo de espera superior a 2 semanas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com indicação do tempo máximo registado;
- 10) Especificação do tempo médio observado, por diagnóstico, entre o momento da sua determinação e a realização da consulta de decisão multidisciplinar;
- 11) Caso se aplique, identifique o(s) Hospital(is) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que referencia(m) doentes para o serviço, com quantificação dos doentes que entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012 foram reencaminhados para os diferentes tipos de tratamentos de Radioterapia (informação desagregada por Hospital);
- 12) Caso se aplique, identifique o(s) Hospital(is) do SNS para onde o serviço referencia utentes para tratamentos de Radioterapia, especificando o número de doentes assim reencaminhados pelo serviço entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012 para os diferentes tipos de tratamentos (informação desagregada por Hospital).

II. Concorrência entre os prestadores:

- 1) Enumeração das técnicas de Radioterapia utilizadas no estabelecimento, nas áreas de Radioterapia externa e Braquiterapia, com indicação das técnicas mais usuais;

- 2) Identificação do(s) estabelecimento(s) não público(s) eventualmente contratado(s) pelo serviço para a prestação de tratamentos de Radioterapia aos seus doentes, especificando
 - (i) a base contratual utilizada para o efeito (juntando cópia do(s) documento(s) contratual(is));
 - (ii) os concretos tipos de tratamentos abrangidos (indicando os preços contratados);
 - (iii) o número de doentes assim reencaminhados pelo serviço entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, para os diferentes tipos de tratamentos (informação desagregada por estabelecimento não público);
 - (iv) o valor médio reembolsado pelo SNS por cada doente referenciado entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, ao abrigo da base contratual identificada em (i);
 - (v) o valor médio pago ao(s) estabelecimento(s) não público(s), por cada doente referenciado entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, ao abrigo da base contratual identificada em (i).
- 3) Indicação dos concelhos de residência dos doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia para delimitação da área de abrangência geográfica do serviço;
- 4) Informação sobre o prazo decorrido entre o pedido de licença de funcionamento do serviço de Radioterapia e a sua concessão.

III. Qualidade dos serviços prestados:

- 1) Confirmação da realização de consulta de decisão multidisciplinar no serviço e quantificação dos doentes cujo diagnóstico foi avaliado no âmbito da mesma entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012;
- 2) Confirmação da implementação de procedimentos para recolha de informação junto dos doentes com vista à avaliação da qualidade da prestação de tratamentos de Radioterapia (por exemplo, informações relativas à sobrevivência pós-tratamento e à incidência de casos de iatrogenia);
- 3) Identificação de procedimentos, práticas comuns e hábitos de informação aos utentes, relativos à segunda opinião médica sobre os cuidados de saúde oncológicos;

- 4) Identificação das situações mais frequentes relativas à segunda opinião médica no âmbito dos cuidados de saúde oncológico: por iniciativa do doente ou do próprio serviço/médico.

Mais se notifica

_____.

O envio dos elementos ora solicitados deverá ser realizado para os correios eletrónicos dos técnicos ----- no prazo de **10 (dez) dias úteis** a contar da data do presente Auto de Notificação. -----

Não havendo mais a declarar, o presente Auto será assinado pelo representante do estabelecimento prestador de cuidados de saúde bem como pelos funcionários da ERS presentes. -----

O Representante,

Os funcionários da ERS,

AUTO DE NOTIFICAÇÃO AOS ESTABELECIMENTOS PRIVADOS

Aos _____ do mês de _____ do ano de dois mil e doze, pelas _____ horas e _____ minutos, nas instalações da _____ sitas _____, onde se encontram os funcionários da Entidade _____ Reguladora _____ da _____ Saúde (ERS), _____

_____, investidos dos poderes de fiscalização previstos no artigo 43.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, devidamente identificados, foi o(a) Exmo(a). Senhor(a). _____, [casado(a)/divorciado(a)/solteiro(a)], portador(a) do Documento de Identificação _____ número _____ emitido em _____ pelo SIC de _____, e [residente/com domicílio profissional] em _____, na qualidade de _____ do *supra* identificado estabelecimento prestador de cuidados de saúde, notificado para ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 49.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, responder às questões/esclarecimentos formulados *infra*. -----

I. Acesso dos utentes:

- 1) Indicação do número de aceleradores lineares existentes, e em funcionamento, no serviço;
- 2) Indicação, para cada acelerador linear do serviço, da duração média aproximada, em minutos, das sessões de tratamento, desagregada por diagnóstico e técnicas mais usuais;
- 3) Indicação dos horários de funcionamento/atendimento do serviço de Radioterapia, com destaque para os horários referentes ao atendimento de situações de emergência;
- 4) Números de médicos e técnicos especialistas em Radioterapia e dos profissionais especializados em física médica que exercem funções a tempo inteiro e a tempo parcial;

- 5) Número total de doentes que foram submetidos a tratamentos de Braquiterapia entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012;
- 6) Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia, cujo início do tratamento ocorreu após 4 semanas do momento do diagnóstico, considerando o período entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012;
- 7) Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia em situação de emergência oncológica e indicação das percentagens de doentes que tiveram um tempo de espera superior a 8 horas (na compressão medular), 24 horas e 48 horas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com anotação do tempo máximo registado;
- 8) Número de doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia paliativa entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012 e percentagem deste número que teve um tempo de espera superior a 2 semanas entre o momento do diagnóstico e o início da Radioterapia, com indicação do tempo máximo registado;
- 9) Especificação do tempo médio observado, por diagnóstico, entre o momento da sua determinação e a realização da consulta de decisão multidisciplinar;
- 10) Número de doentes tratados entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012 que interromperam o tratamento antes do previsto e justificaram tal interrupção enunciando razões financeiras e, conseqüentemente, necessidade de continuação do tratamento em estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

II. Concorrência entre os prestadores:

- 1) Enumeração das técnicas de Radioterapia utilizadas no estabelecimento, nas áreas de Radioterapia externa e Braquiterapia, com indicação das técnicas mais usuais;
- 2) Tabelas de preços particulares praticados nos últimos cinco anos e referentes aos tratamentos de Radioterapia prestados pelo serviço;
- 3) Quantificação dos doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, desagregada por entidades financiadoras (particulares, entidades seguradoras, ADSE, etc.);
- 4) Identificação do(s) Hospital(is) do SNS, caso aplicável, que reencaminha(m) doentes para o serviço, especificando

- (i) a base contratual utilizada para o efeito (juntando cópia do(s) documento(s) contratual(is) e da tabela de preços);
 - (ii) os concretos serviços abrangidos;
 - (iii) o número de doentes assim reencaminhados para o serviço entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, para os diferentes tipos de tratamentos de Radioterapia (informação desagregada por Hospital);
 - (iv) o valor médio recebido por cada doente reencaminhado entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012, ao abrigo da base contratual indicada em (i).
- 5) Indicação dos concelhos de residência dos doentes submetidos a tratamentos de Radioterapia para delimitação da área de abrangência geográfica do serviço;
 - 6) Informação sobre o prazo decorrido entre o pedido de licença de funcionamento do serviço de Radioterapia e a sua concessão.

III. Qualidade dos serviços prestados:

- 1) Confirmação da realização de consulta de decisão multidisciplinar no serviço e quantificação dos doentes cujo diagnóstico foi avaliado no âmbito da mesma entre 1 de março de 2011 e 31 de março de 2012;
- 2) Confirmação da implementação de procedimentos para recolha de informação junto dos doentes com vista à avaliação da qualidade da prestação de tratamentos de Radioterapia (por exemplo, informações relativas à sobrevivência pós-tratamento e à incidência de casos de iatrogenia);
- 3) Identificação de procedimentos, práticas comuns e hábitos de informação aos utentes, relativos à segunda opinião médica sobre os cuidados de saúde oncológicos;
- 4) Identificação das situações mais frequentes relativas à segunda opinião médica no âmbito dos cuidados de saúde oncológico: por iniciativa do doente ou do próprio serviço/médico.

Mais se notifica

_____.

O envio dos elementos ora solicitados deverá ser realizado para os correios eletrónicos dos técnicos ----- no prazo de **10 (dez) dias úteis** a contar da data do presente Auto de Notificação. -----

Não havendo mais a declarar, o presente Auto será assinado pelo representante do estabelecimento prestador de cuidados de saúde bem como pelos funcionários da ERS presentes. -----

O Representante,

Os funcionários da ERS,

Anexo II – *Check-List* utilizada nas fiscalizações dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de de Radioterapia



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE CHECK-LIST RADIOTERAPIA

Data:	Hora:	Local:
-------	-------	--------

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Identificação do Estabelecimento Prestador de Cuidados de Saúde

Nome _____

NIPC _____ Registo _____

Identificação do responsável pelo atendimento

Nome _____

BI _____ Data de emissão _____

Função _____

Identificação da Direcção Clínica

Nome _____

Cédula _____

INSTRUÇÃO DO PROCESSO DE LICENCIAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Registo na ERS	Sim ☐	Não ☐
Certidão de registo na ERS	Sim ☐	Não ☐
Licença de funcionamento	Sim ☐	Não ☐
Pedido de licença de funcionamento em preenchimento	Sim ☐	Não ☐

DOCUMENTAÇÃO

Pessoa Colectiva - Cópia NIPC	Sim ☐	Não ☐
Pessoa Singular - Cópia do BI do responsável e NIF	Sim ☐	Não ☐
Relação nominal do pessoal e mapa dos grupos de profissionais	Sim ☐	Não ☐
Levantamento actualizado da arquitectura das instalações da unidade	Sim ☐	Não ☐
Autorização de utilização camarária	Sim ☐	Não ☐
Cópia do contrato com entidades certificadas para a gestão de resíduos hospitalares	Sim ☐	Não ☐
Certidão actualizada do registo comercial	Sim ☐	Não ☐
Licença de funcionamento no âmbito da segurança radiológica	Sim ☐	Não ☐
Cópia do termo de responsabilidade pela exploração das instalações eléctricas	Sim ☐	Não ☐
Cópia do contrato com entidade certificada para o fornecimento de artigos esterilizados	Sim ☐	Não ☐
Certificado de inspecção das instalações de gás	Sim ☐	Não ☐

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

INFORMAÇÃO AOS UTENTES (afixada em local bem visível do público)

Informação com o nome do director clínico	Sim ☐	Não ☐
Horário de funcionamento	Sim ☐	Não ☐
Tabela de preços disponível para consulta	Sim ☐	Não ☐
Procedimentos a adoptar em situações de emergência	Sim ☐	Não ☐
Direitos e deveres dos utentes	Sim ☐	Não ☐

DOCUMENTAÇÃO

Seguro profissional e de actividade	Sim ☐	Não ☐
Regulamento interno	Sim ☐	Não ☐
Registo nominativo dos cuidados de saúde efectuados	Sim ☐	Não ☐
Resultados das vistorias realizadas pela ARS e outras entidades	Sim ☐	Não ☐
Contratos de prestação de serviços com terceiros	Sim ☐	Não ☐
Licença de funcionamento do serviço de Radioterapia;	Sim ☐	Não ☐

Licenças dos equipamentos existentes no serviço ou inventário de equipamentos existentes no serviço com indicação dos respectivos modelos, marcas e datas de início de funcionamento;	Sim ☐	Não ☐
Programa de garantia de qualidade no serviço e, no caso afirmativo, indicação da entidade emissora de todas as normas, orientações e princípios que serviram de referência ao predito programa;	Sim ☐	Não ☐
Programa de manutenção dos equipamentos de irradiação, simulação, sistemas de planimetria e cálculo dosimétrico	Sim ☐	Não ☐
Documento comprovativo emitido pelas autoridades competentes do cumprimento das regras de segurança radiológica das instalações	Sim ☐	Não ☐
Autorização para instalação de equipamento pesado de Radioterapia	Sim ☐	Não ☐
Documentação das especificações técnicas dos equipamentos instalados	Sim ☐	Não ☐
Documento de registo de ocorrências de cada aparelho	Sim ☐	Não ☐
Documentação referente ao controle de qualidade de exposição a radiações ionizantes dos funcionários da instalação	Sim ☐	Não ☐
Resultados do programa de controle de qualidade	Sim ☐	Não ☐
Registo do controle de resíduos radioactivos	Sim ☐	Não ☐
Contratos de recolha e entrega de fontes radioactivas	Sim ☐	Não ☐
Documento comprovativo das vistorias já efectuadas	Sim ☐	Não ☐
Documento de aceitação do equipamento de Radioterapia de acordo com anexo V do Decreto - Lei nº 180/ 2002, de 8 de Agosto	Sim ☐	Não ☐

A) LIVRO DE RECLAMAÇÕES

Existência de livro de reclamações (LR)	Sim ☐	Não ☐
Afixação de letreiro informativo sobre a existência do LR	Sim ☐	Não ☐
Letreiro com identificação completa e morada da ERS	Sim ☐	Não ☐
Arquivo organizado para livros de reclamações encerrados	Sim ☐	Não ☐
Entrega do duplicado da reclamação ao utente	Sim ☐	Não ☐
Manutenção do triplicado da reclamação no livro	Sim ☐	Não ☐

Original folha do LR não remetida ERS _____

Duplicados do LR não entregues ao utente _____

Triplicados removidos do LR _____

Data do termo de abertura LR _____ N.º série do LR _____

Identificação do titular do LR _____

Arquivo (10 anos)

Arquivo clínico individual com relatório de alta assinado pelo médico responsável	Sim ☐	Não ☐
Arquivo de imagem de planeamento e simulação	Sim ☐	Não ☐
Registo da taxa de dose medida a 1m da zona implantada nos doentes submetidos a Braquiterapia com implantes	Sim ☐	Não ☐

VALÊNCIAS

Radioterapia Externa Sim ☐ Não ☐

Braquiterapia Sim ☐ Não ☐

I. RECURSOS HUMANOS

A) DIRECÇÃO CLÍNICA E PESSOAL

Director clínico com o grau de especialista em Radioterapia inscrito na Ordem dos Médicos	Sim ☐	Não ☐
Presença física do director ou substituto com qualificação equivalente	Sim ☐	Não ☐
Físico hospitalar	Sim ☐	Não ☐
Técnicos de Radioterapia	Sim ☐	Não ☐
Enfermeiro	Sim ☐	Não ☐
Auxiliares de acção médica	Sim ☐	Não ☐
Administrativos e secretariado	Sim ☐	Não ☐
Presença física obrigatória durante o período de actividade de tratamento:	Sim ☐	Não ☐
1 médico especialista em Radioterapia	Sim ☐	Não ☐
1 físico hospitalar	Sim ☐	Não ☐
1 enfermeiro	Sim ☐	Não ☐

Rácio

2 Técnicos/aparelho de tratamento/turno

Sim ☐ Não ☐

1 Técnico/simulador/turno

Sim ☐ Não ☐

B) IDENTIFICAÇÃO DOS COLABORADORES

Nome _____ NIF/BI _____

Cédula _____

Vínculo _____ Especialidade _____

Nome _____ NIF/BI _____

Cédula _____

Vínculo _____ Especialidade _____

Nome _____ NIF/BI _____

Cédula _____

Vínculo _____ Especialidade _____

Nome _____ NIF/BI _____

Cédula _____

Vínculo _____ Especialidade _____

Nome _____ NIF/BI _____

Cédula _____

Vínculo _____ Especialidade _____

Nome _____ NIF/BI _____

Cédula _____

Vínculo _____ Especialidade _____

Nome _____ NIF/BI _____

Cédula _____

Vínculo _____ Especialidade _____

REQUISITOS TÉCNICOS

A) MEIO FÍSICO E ESPAÇO ENVOLVENTE

Meio físico salubre, de fácil acessibilidade e bem ventilado

Sim ☐ Não ☐

Infra-estruturas viárias, de abastecimento de água, saneamento, energia eléctrica e telecomunicações

Sim ☐ Não ☐

Sistema de gestão de resíduos

Sim ☐ Não ☐

B) NORMAS GENÉRICAS DE CONSTRUÇÃO

Construção contempla a eliminação de barreiras arquitectónicas

Sim ☐ Não ☐

Sinalética compreensível pelos utentes

Sim ☐ Não ☐

Acabamentos devem permitir a manutenção de um grau de higienização compatível com a actividade desenvolvida

Sim ☐ Não ☐

Ascensor ou aparelho elevatório

Sim ☐ Não ☐

Protecção contra radiações ionizantes – na envolvente das salas de exames

Sim ☐ Não ☐

Vestiários de doentes nas salas de exames

Sim ☐ Não ☐

Condições que permitem o respeito pela privacidade e dignidade dos utentes

Sim ☐ Não ☐

Segurança contra incêndios e intrusão

Sim ☐ Não ☐

Sistema de gestão de resíduos

Sim ☐ Não ☐

Equipamentos de suporte vital e de emergência médica

Sim ☐ Não ☐

C) CLIMATIZAÇÃO

Aquecimento

Sim ☐ Não ☐

Ar condicionado/ventilação

Sim ☐ Não ☐

Extracção de ar quando haja libertação de produtos tóxicos ou incómodos

Sim ☐ Não ☐

Compartimentos satisfazem condições de atmosfera, temperatura e de humidade

Sim ☐ Não ☐

D) EQUIPAMENTOS DE DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO

Equipamento de desinfeção e esterilização

Utilização exclusiva de artigos descartáveis - não são reprocessados

Sim ☐ Não ☐

Utilização de artigos esterilizados em entidade externa certificada

Sim ☐ Não ☐

Utilização de artigos esterilizados em serviço interno de esterilização

Sim ☐ Não ☐

Utilização de artigos esterilizados em serviço central de esterilização

Sim ☐ Não ☐

Dispositivos potencialmente contaminados são manipulados, recolhidos e transportados em caixas ou carros fechados para a área de descontaminação

Sim ☐ Não ☐

Contentores não perfuráveis com tampa inviolável e com identificação exterior de perigo

Sim ☐ Não ☐

biológico

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

A) INSTALAÇÕES

Área de Acolhimento

Recepção/secretaria – com zona de atendimento ao público

Sim ☐ Não ☐

Zona de espera pelo atendimento

Sim ☐ Não ☐

Instalação sanitária de público (adaptada a pessoas com mobilidade condicionada)

Sim ☐ Não ☐

Área de pessoal

Vestiário de pessoal (com zona de cacifos)

Sim ☐ Não ☐

Instalação sanitária de pessoal

Sim ☐ Não ☐

Zona de relatórios

Sim ☐ Não ☐

Gabinete (de apoio ao trabalho médico e reuniões – facultativo)

Sim ☐ Não ☐

Sala de pessoal (pausa de pessoal – facultativa)

Sim ☐ Não ☐

Área de logística

Sala de sujos e despejos

Sim ☐ Não ☐

Sala de desinfecção (lavagem e desinfecção de material clínico)

Zona de desinfecção – zona limpa

Sim ☐ Não ☐

Zona de armazenagem de roupa limpa (armário/estante/carro)

Sim ☐ Não ☐

Zona de armazenagem de material de consumo (armário/estante/carro)

Zona de armazenagem de material de uso clínico (armário/estante/carro)

Sim ☐ Não ☐

Armazenagem de material de limpeza

Sim ☐ Não ☐

* (exigível quando a unidade não utilizar exclusivamente material descartável, não dispuser de serviços centralizados ou recurso ao exterior)

Sala de preparação e recobro

Carro de emergência, com monitor/desfibrilhador, aspiração, material de intubação traqueal, equipamento de ventilação manual, bala de oxigénio, tábua de fármacos de reanimação

Sim ☐ Não ☐

Maple relax

Sim ☐ Não ☐

Instalações específicas de Radioterapia Externa

Mesa de comando do equipamento no exterior da sala de tratamento

Sim ☐ Não ☐

Existência de circuito interno de televisão e intercomunicador instalado na mesa de comando

Sim ☐ Não ☐

Existência de sistema de ar condicionado na sala de tratamento

Sim ☐ Não ☐

Sistema de segurança de interrupção de emissão de radiação no caso de abertura inadvertida da porta de acesso à sala de tratamento

Sim ☐ Não ☐

Existência dentro da sala de tratamento de sistema emergência de abertura de porta

Sim ☐ Não ☐

Sinalizador luminoso de emissão de radiação

Sim ☐ Não ☐

Interruptores de emergência em número mínimo de 2

Sim ☐ Não ☐

Sistema de segurança anti-esmagamento nas portas com abertura e fecho monitorizados	Sim ☐	Não ☐
Sistema de abertura de emergência da porta da sala de tratamento	Sim ☐	Não ☐

Instalações específicas de Braquiterapia

Mesa de comando do equipamento no exterior da sala de tratamento	Sim ☐	Não ☐
Existência de circuito interno de televisão e intercomunicador instalado na mesa de comando	Sim ☐	Não ☐
Existência de sistema de ar condicionado na sala de tratamento	Sim ☐	Não ☐
Sistema de segurança de interrupção de emissão de radiação no caso de abertura inadvertida da porta de acesso à sala de tratamento	Sim ☐	Não ☐
Existência dentro da sala de tratamento de sistema emergência de abertura de porta	Sim ☐	Não ☐
Sinalizador luminoso de emissão de radiação	Sim ☐	Não ☐
Interruptores de emergência em número mínimo de 2	Sim ☐	Não ☐
Sistema de segurança anti-esmagamento nas portas com abertura e fecho monitorizados	Sim ☐	Não ☐
Sistema de abertura de emergência da porta da sala de tratamento	Sim ☐	Não ☐
Bloco cirúrgico para técnicas de Braquiterapia com implantes permanentes	Sim ☐	Não ☐
Sala de tratamento de dimensão adequada que permita comportar, para além do equipamento necessário, barreiras de protecção adequadas e um labirinto de entrada	Sim ☐	Não ☐
Sala de preparação de fontes radioactivas e área de armazenamento com cofre blindado para contenção de fontes seladas	Sim ☐	Não ☐
Área de resíduos radioactivos com contentores destinados às fontes removidas dos doentes	Sim ☐	Não ☐
Quartos com protecção radiológica com uma só cama, sanitários, circuito interno de televisão, telefone e intercomunicador centralizado na zona de enfermagem	Sim ☐	Não ☐
Anteparos móveis para protecção radiológica do pessoal	Sim ☐	Não ☐
Conjunto de instruções escritas, entregues aos doentes, sobre os cuidados e o comportamento a adoptar tendo em conta a protecção das radiações das pessoas e do meio, adequadas a cada situação.	Sim ☐	Não ☐
Pavimento impermeável coberto por folha contínua ou soldada de material que deve prolongar-se pelas paredes até cerca de 10cm de altura	Sim ☐	Não ☐
Paredes pintadas com tinta lavável de cores claras	Sim ☐	Não ☐
Superfícies de trabalho:	Sim ☐	Não ☐
Bancadas fixas e revestidas a material não poroso sem juntas	Sim ☐	Não ☐
Lavatórios constituídos por peça única de material não poroso	Sim ☐	Não ☐
Torneiras accionadas por pulso ou pé	Sim ☐	Não ☐
Mobiliário constituído por material de limpeza fácil e o estritamente indispensável.	Sim ☐	Não ☐

VI - Equipamentos

Radioterapia Externa

Acelerador linear dual	Sim ☐	Não ☐
Simulador ou Sistema de simulação virtual	Sim ☐	Não ☐
Acesso a equipamento de Tomografia Computorizada para aquisição de imagens de planeamento	Sim ☐	Não ☐
Sistema de planeamento computadorizado tridimensional	Sim ☐	Não ☐
Dosímetro que permita determinar a dose absorvida na água ou noutro meio de interesse	Sim ☐	Não ☐
Fantoma de material tecido-equivalente	Sim ☐	Não ☐
Monitor de radiação portátil	Sim ☐	Não ☐

Braquiterapia

Equipamento com sistema de “afterloading” remoto
 Sistema de planeamento computadorizado para Braquiterapia
 Calibrador de actividade de dose a administrar
 Medidor de débito de dose
 Periodicidade da calibração

Sim	☐	Não	☐
Sim	☐	Não	☐
Sim	☐	Não	☐
Sim	☐	Não	☐
Sim	☐	Não	☐

VII - Formação

Periodicidade da formação e a quem é dirigida

Sim	☐	Não	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Equipamento sanitário

Equipamento sanitário público – adaptada a deficientes

Antecâmara com lavatório (se existir esta área)
 Cabine de retrete – lavatório e bacia de retrete com acessórios para deficientes

Sim	☐	Não	☐
Sim	☐	Não	☐

Equipamento sanitário de pessoal

Antecâmara com lavatório (se existir esta área)
 Cabine de retrete – lavatório e bacia de retrete

Sim	☐	Não	☐
Sim	☐	Não	☐



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 - 455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt