

PROJECTO DE LEI N.º 127/XI/1.^a

CRIA A REDE NACIONAL DE CUIDADOS ONCOLÓGICOS

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Em Portugal, o cancro é a primeira causa de morte até aos 75 anos e, em termos globais, a segunda causa de morte imediatamente a seguir às doenças do aparelho circulatório.

Na União Europeia, esta doença é responsável por duas em cada dez mortes nas mulheres e por três em cada dez nos homens, sendo anualmente diagnosticados com cancro, aproximadamente, 3,2 milhões de cidadãos europeus¹.

É, aliás, com base nestes números que, recentemente, a Comissão Europeia propôs uma “Parceria Europeia de Acção contra o Cancro para o período 2009-2013”², a qual define a estratégia de combate ao cancro, com o objectivo de promover a adopção de uma visão global e integrada dos diferentes níveis a que se deve processar a intervenção dos Estados e a planificação em saúde nesta área.

¹ In COM (2009) 291 final, 24.06.2009.

² O objectivo é que, no final da vigência da parceria, todos os Estados-membros disponham de planos integrados de combate ao cancro. A Comissão considera que a implementação desses planos irá contribuir de forma sustentável para a redução dos encargos com o cancro na EU, e que o objectivo de uma redução de 15% até 2020 (510.000 novos casos) é atingível.

Também individualmente alguns países despertaram para a necessidade urgente de empreender profundas reformas nos seus sistemas de saúde, com objectivos especificamente dirigidos ao combate mais eficaz a esta doença.

Em França, a 24 de Março de 2003, sob o lema “Cancer: une mobilisation nationale”³, o Presidente da República apresentou o plano nacional de luta contra o cancro, que deu origem a uma reorganização dos cuidados de saúde em oncologia.

No Reino Unido, em 2007, foi publicado o “Cancer Reform Strategy”, documento que enquadrou toda a reforma do sistema de saúde britânico, no que respeita à luta contra o cancro.

Portugal, por seu lado, tem tradição de elaboração de Planos Oncológicos Nacionais (PON) desde 1990, estando actualmente em vigor o de 2007-2010, cuja execução é da responsabilidade da Coordenação Nacional de Doenças Oncológicas, organismo directamente dependente do Alto Comissariado da Saúde.

Todavia, apesar destes instrumentos, os dados actualmente disponíveis são desanimadores e as metas e os objectivos constantes do “Plano Nacional de

³ O Documento “*Cancro: uma mobilização Nacional*” começa por referir que em França, anualmente, são diagnosticados 280.000 novos casos de cancro; o cancro mata 150.000 pessoas por ano; é a primeira causa de morte prematura e, no espaço de dez anos, será responsável por tantas mortes quantas as que ocorreram na 1ª Guerra Mundial.

Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas” estão, quase todos, por cumprir.

Estima-se que, só no nosso País morrem, anualmente, cerca de 22.000 pessoas vítimas de cancro, e o peso percentual desta doença, no total de mortes, revela um aumento constante e progressivo, sendo directamente responsável por um elevado número de anos de vida perdidos/mortes prematuras.

De acordo com o estudo científico “Custo do tratamento do cancro em Portugal”⁴, a carga da doença oncológica, medida através de um dos indicadores de avaliação do impacto da doença na saúde do indivíduo – o Disability-adjusted life-year (DALY)⁵ -, instrumento que avalia os anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura e o número de anos vividos com incapacidade, revela que “relativamente ao número de DALYs perdidos (carga da doença) em Portugal, conseguimos verificar que 18,6% dos DALYs foram associados às DCV e 15,3% foram atribuídos ao cancro. Estes valores alteraram-se certamente nos últimos anos (...) subestimando a carga da doença oncológica. Ao analisar DALYs devemos considerar que as bases de

⁴ “Custo do Cancro em Portugal”, António Araújo, Fernando Barata, Sérgio Barroso, Paulo Cortes, Margarida Damasceno, António Parreira, Jorge Espírito Santo, Encarnação Teixeira, Ricardo Pereira, in Acta Med Port 2009; 22: 525-536.

⁵ O indicador DALY e os seus componentes apontam os anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura e o número de anos vividos com incapacidade, e são instrumentos de avaliação do impacto da doença na saúde do indivíduo. É considerado como um instrumento de avaliação sumário, que combina a avaliação do impacto da enfermidade, a incapacidade e a mortalidade sobre uma determinada população, assim como a sua prevalência (in “Custo do Cancro em Portugal”)

dados disponíveis e consultadas são as estimativas para 2002. Desde então, a mortalidade derivada das DCV em Portugal diminuiu e a mortalidade derivada do cancro aumentou, alterando os cenários actuais em termos de carga da doença. Este factor associado ao aumento da prevalência do cancro e ao envelhecimento da população irá determinar um aumento em DALYs para o cancro comparativamente às DCV.”

No que respeita ao financiamento da doença, conclui ainda o referido estudo que “os gastos com o tratamento do cancro em Portugal ficam aquém do que seria esperado”, com verbas duas vezes inferiores às que são dispendidas nas doenças cardiovasculares, constatando-se, assim, que o cancro está de fora das prioridades de investimento público em saúde. Ou seja, o impacto da doença na sociedade excede largamente os recursos consumidos com o seu tratamento.

A percentagem das verbas que são adjudicadas à doença, no total do Orçamento do Estado destinado à saúde, não chega aos 4%.

Se analisarmos a estimativa do custo do tratamento do cancro em Portugal, comparando-o aos valores dedicados a este fim na Europa e Estados Unidos da América (EUA), conclui-se que o custo directo per capita, no nosso País, é de 53,33 euros, estando abaixo deste montante somente a Hungria, a Polónia e a República Checa.

Outra área crítica, relaciona-se com os tempos de espera para cirurgia e para início de radioterapia que excedem frequentemente os prazos clinicamente aceitáveis.

Segundo o Relatório Primavera do Observatório dos Sistemas de Saúde de 2009, “Em Portugal ainda existe um tempo de espera excessivo na doença neoplásica maligna que se traduz numa espera média de 102 dias por uma cirurgia, contra os 14 dias internacionalmente recomendados”.

No primeiro semestre de 2008 houve um acréscimo de 3 mil doentes em lista de espera para cirurgia, em relação ao mesmo período de 2007, perfazendo um número total de 22 mil doentes oncológicos em espera.

Em 2008, 10.000 doentes com cancro foram operados fora do prazo e 233 doentes com cancro morreram sem conseguir uma cirurgia.

Para além desta realidade, coexiste uma outra, porventura ainda mais iníqua, que assenta numa total assimetria regional na acessibilidade e no tratamento oncológico, que já levou um alto responsável desta área a dizer que “o tratamento do cancro em Portugal depende do código postal do doente”.

Não são, de todo, admissíveis, as variações constatadas entre regiões, quer nas taxas de cura, quer na qualidade de vida dos doentes, no tratamento de doenças similares.

São igualmente inaceitáveis, e profundamente injustas, as diferenças verificadas no acesso à informação por parte dos doentes, ao rastreio ou aos cuidados especializados, continuados e paliativos, bem como no apoio psicológico às famílias dos doentes.

No caso específico dos rastreios, há previsões que indicam que, se for alargado o rastreio do colo do útero a 100% da população, obter-se-á uma redução estimada de mais de 94% dos anos de vida perdidos.⁶

Na obstante, a elevada qualidade técnica dos profissionais de saúde dedicados a esta área, reconhecidos internacionalmente, Portugal defronta-se com um problema de carência destes recursos humanos. Faltam médicos de oncologia, médicos de radioterapia, físicos e técnicos de radioterapia.

Faltam igualmente equipamentos de radioterapia. Estima-se em cerca de 5 o número mínimo de aparelhos de radioterapia necessários para efectuar os tratamentos indicados para uma base populacional de um milhão de habitantes. Esta realidade exigiria que Portugal dispusesse de, pelo menos, 52 aparelhos, valor bastante superior ao actual número de equipamentos, que se encontra perto dos 40, sendo que cerca de 15, maioritariamente nos serviços públicos, já ultrapassaram o período de funcionamento recomendado de 10-12 anos.

⁶ In "Acção contra o cancro: Parceria Europeia" – COM 291 final, 24.06.2009

Aliás, o levantamento destas necessidades foi efectuado, em 2004, pelo Governo do PSD-CDS/PP que aprovou em Conselho de Ministros uma deliberação, com o objectivo de proceder à instalação progressiva no País de novas unidades de radioterapia nas regiões de Aveiro, Braga, Bragança, Évora, Faro, Setúbal, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu.

Não obstante existirem Registos Oncológicos Regionais, não possuímos uma visão nacional homogénea, com dados seguros quanto a taxas de incidência e de mortalidade por cancro, ou quanto aos resultados obtidos por cada uma das instituições no tratamento de cada tumor.

Não existem igualmente resultados de avaliações sistemáticas da qualidade de vida dos doentes ou da qualidade organizativa dos serviços.

Acresce que a Rede de Referenciação Integrada em Oncologia (RRIO), apesar de ter sido definida no anterior Plano Oncológico Nacional (2001-2005), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, de 17 de Agosto, “nunca foi formalmente implementada, não existindo uma monitorização do percurso dos doentes com cancro, que permita avaliar a situação actual relativamente ao fluxo dos doentes com patologia oncológica”, como no actual Plano se refere.

A Rede de Referenciação Integrada em Oncologia (RRIO) deve pois ser constituída, como sempre se preconizou, como um sistema que abarque diferentes tipos de instituições que se articulam entre si na prestação de

cuidados especializados em oncologia, numa perspectiva integrada e globalizante, norteadas pela preocupação de dar às pessoas um atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficácia e com humanidade.

Assim, deve ser implementada uma rede de cuidados especializados de oncologia que articule, numa base de cooperação e complementaridade, as instituições prestadoras de cuidados de saúde, independentemente da sua dimensão e natureza jurídica, de modo a criar as condições facilitadoras do cumprimento dos seguintes objectivos:

- a) Melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes com patologia oncológica;
- b) Incluir numa única rede todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde especializados em oncologia que requeiram a sua adesão e desde que as mesmas cumpram os requisitos técnicos e científicos exigíveis;
- c) Assegurar que os doentes oncológicos possam aceder a qualquer uma das instituições aderentes à rede para realizar os tratamentos mais adequados ao seu caso particular e independentemente do sistema de saúde pelo qual estejam abrangidos;
- d) Optimizar a utilização dos recursos nacionais disponíveis, públicos e privados, através de uma gestão clínica orientada para o doente e assente na partilha de informação ao nível dos recursos humanos e dos equipamentos;
- e) Facilitar a prestação cruzada de cuidados oncológicos entre as instituições aderentes de modo a que o médico oncologista possa aceder à

resposta técnica ou cirúrgica mais adequada ao seu paciente e em tempo útil;

f) Permitir a uniformização de procedimentos promover a partilha de informação, aperfeiçoar as práticas médicas e ainda promover a transferência de conhecimento científico entre as instituições que integram a Rede.

Em termos prospectivos, estima-se que, dentro de 40 anos, o número de novos casos de cancro (por cada 100.000 habitantes) seja cerca de 3,5 vezes o valor actual⁷.

Este aumento vai ocorrer em simultâneo com a redução da taxa de mortalidade esperada para quase todos os tipos de cancros, em consequência da aplicação de novos meios de diagnóstico e tratamento, e na adopção das desejáveis medidas de prevenção e rastreio do cancro.

São todas estas variáveis e condicionantes que, segundo os responsáveis técnicos, devem influenciar as decisões a tomar pelos responsáveis políticos, quanto à organização e financiamento dos serviços de saúde de forma a garantir a prestação de cuidados aos doentes, sem nunca pôr em causa a sua qualidade.

⁷ In “Relatório Primavera de 2008 - Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas”, Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

O actual modelo de organização da coordenação para as doenças oncológicas, que funciona na dependência do Alto-Comissariado para a Saúde, que por sua vez depende directamente do Ministro da Saúde, já provou que não cumpre os objectivos que justificaram a sua constituição o que, na nossa apreciação, resulta do efeito combinado e perverso da subordinação política, escassez de autonomia e ausência de competências para executar e fazer cumprir as medidas constantes do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas.

Confrontado com a ineficácia do actual quadro legislativo, e assumindo a luta contra o cancro como um desígnio nacional, o PSD vem agora propor uma estrutura com maior autonomia e competências alargadas, à semelhança dos modelos de outros países da União Europeia, que promoveram reformas legislativas na área do combate a esta doença.

As experiências mais recentes, nomeadamente o modelo inglês⁸, demonstram claramente a necessidade e a vantagem do envolvimento dos actores mais relevantes, incluindo os doentes, na definição, aplicação e avaliação dos princípios e objectivos de uma estratégia global de combate ao cancro, bem como na elaboração das linhas de orientação que identifiquem as instituições participantes na rede de prestação de cuidados e que definam com precisão o âmbito da respectiva intervenção.

⁸ Cancer Reform Strategy – 2007;

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_081006

Por outro lado, e face às propostas recentemente apresentadas pelo Coordenador Nacional para as Doenças Oncológicas, entende-se que alguns dos critérios técnicos apresentados carecem de fundamentação técnica e científica, nomeadamente os limites mínimos impostos, que implicam a desqualificação e encerramento de serviços ou que promova a sua concentração em apenas três ou quatro pontos do território nacional, salvo para as patologias oncológicas raras.

É uma premissa inquestionável que não se pode pretender estar a defender o interesse do doente, quando se propõe a sua deslocação para centenas de quilómetros do seu domicílio, como única alternativa para poder ter acesso a cuidados especializados e de qualidade nesta área.

O modelo ora proposto pelo Grupo Parlamentar do PSD assenta na definição e na aplicação dos seguintes princípios de organização da prestação dos cuidados oncológicos:

- Rentabilizar e localizar os investimentos a realizar através de um sistema de avaliação e de planeamento rigoroso;

- Promover o acesso a cuidados especializados de grande qualidade o mais próximo possível do seu local de residência;

- Garantir a multidisciplinaridade, como base da boa prática médica em oncologia, bem como a continuidade dos cuidados, o que implica uma abordagem global de cada doente e a prestação de todos os actos necessários ao seu diagnóstico, tratamento, reabilitação e seguimento por quem se responsabilizou pelo seu diagnóstico e decisão terapêutica;
- Apostar na prevenção e no diagnóstico precoce, nomeadamente através da realização de rastreios monitorizados;
- Elaborar um registo oncológico organizado e actualizado de todos os casos diagnosticados, contendo informação sobre o tratamento e o seu resultado;
- Aplicar um processo de certificação a cada instituição que permita estabelecer a sua capacidade de prestação e determinar as necessidades em termos de recursos e investimentos;
- Realizar auditorias aos serviços prestadores para aferição da sua qualidade e cumprimento dos requisitos técnicos e assistenciais;
- Definir tempos máximos para que os doentes acedam aos cuidados especializados de que necessitem, em condições de equidade;
- Envolver os actores mais relevantes, incluindo os doentes, na definição, aplicação e avaliação dos princípios e objectivos de uma estratégia global de combate ao cancro.

O cancro é um flagelo que atinge um número cada vez maior de pessoas e respectivas famílias, representando um enorme encargo para toda a sociedade e para o País.

O actual quadro organizativo não oferece resposta suficiente para um combate eficaz ao cancro, mercê da falta de autonomia institucional das estruturas de coordenação e avaliação do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas.

Através da presente iniciativa, o Grupo Parlamentar do PSD pretende criar uma estrutura que assuma um papel preponderante no sistema de saúde no âmbito do combate ao cancro, dispondo para esse efeito de novas competências, designadamente no âmbito técnico e científico, de certificação e de auditoria.

Assim, nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, os Deputados abaixo assinados, do Grupo Parlamentar do Partido Social Democrata, apresentam o seguinte projecto de lei:

Artigo 1.º

Natureza jurídica

1 – É criada, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, a Comissão Nacional de Cuidados Oncológicos, adiante designada por CNCO.

2 – A CNCO é dotada de autonomia científica, técnica e administrativa e funciona na dependência directa do Ministro da Saúde.

3 – A CNCO tem sede em Lisboa e exerce a sua actividade a nível nacional.

Artigo 2.º

Atribuições

São atribuições da CNCO:

- a) A elaboração, o acompanhamento, a coordenação e a avaliação da execução da concretização da política de combate às doenças oncológicas;
- b) A coordenação científica e executiva do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas;
- c) A promoção da melhoria da qualidade e eficácia dos cuidados de saúde oncológicos;
- d) A implementação das medidas tendentes à redução da morbilidade e da mortalidade por cancro, à melhoria da qualidade de vida e da satisfação dos doentes com os cuidados de saúde prestados na área da oncologia.

Artigo 3.º

Competências

Compete à CNCO:

- a) Elaborar o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, bem como coordenar e avaliar a sua execução;
- b) Acompanhar a execução dos programas comunitários de acção contra o cancro, bem como outros de âmbito internacional que incidam sobre a mesma matéria;
- c) Fomentar e recomendar o desenvolvimento de acções de prevenção primária do cancro, através da promoção de estilos de vida saudáveis, designadamente pelo combate ao tabagismo e sedentarismo, e prevenção da obesidade;
- d) Promover e garantir a generalização de uma prática oncológica cientificamente correcta e sustentável, baseada em linhas de orientação para a constituição das unidades prestadoras, o acesso generalizado e equitativo dos doentes à rede oncológica, ao diagnóstico, ao tratamento e aos cuidados continuados, de reabilitação e paliativos.
- e) Implementar a rede nacional de cuidados oncológicos, integrando todos os níveis de cuidados, para garantir tratamento em tempo clinicamente aceitável, com qualidade e de forma avaliável, aos doentes oncológicos;
- f) Promover a melhoria da vigilância epidemiológica do cancro e elaborar um registo oncológico de âmbito nacional, organizado e actualizado, que inclua todos os casos diagnosticados, a caracterização clínica do tumor e do tratamento e os resultados obtidos;
- g) Assegurar que as estruturas prestadoras de cuidados oncológicos disponham de sistemas de informação eficazes que permitam planear estratégias e monitorizar e avaliar as medidas tomadas;

- h) Programar e realizar, em todo o País, programas de rastreio de elevada qualidade, nomeadamente para os cancros do colo do útero, da mama e do cólon e recto;
- i) Certificar e realizar auditorias aos serviços prestadores de cuidados oncológicos integrados no sistema de saúde, incluindo a avaliação das tecnologias utilizadas neste domínio;
- j) Promover e facilitar a comunicação entre as instituições responsáveis pelos cuidados oncológicos;
- k) Promover, em especial com as sociedades científicas, as universidades e os Institutos Portugueses de Oncologia Francisco Gentil, E.P.E.'s, a investigação nacional em oncologia.

Artigo 4.º

Dever de colaboração

1 – Todas as organizações prestadoras de cuidados de saúde na área da oncologia devem prestar a colaboração solicitada pela CNCO e dar sequência às suas iniciativas.

2 – No âmbito do dever de colaboração, as entidades referidas no número anterior devem disponibilizar à CNCO, directamente ou através das Comissões Oncológicas Regionais, toda a informação estatística e económica pertinente.

Artigo 5.º

Órgãos

A CNCO compreende os seguintes órgãos:

- a) O coordenador;
- b) O Conselho Técnico e Científico;
- c) O Conselho Consultivo;
- d) A Comissão de Auditoria e Certificação;
- e) As Comissões Oncológicas Regionais.

Artigo 6.º

Coordenador

1 – O coordenador da CNCO, adiante designado por coordenador nacional, é nomeado por despacho do Ministro da Saúde.

2 – Ao coordenador nacional compete:

- a) Dirigir a CNCO e representá-la publicamente;
- b) Convocar e dirigir as reuniões do Conselho Técnico e Científico;
- c) Apresentar ao Conselho Técnico e Científico os pareceres da comissão de certificação, bem como o resultado das auditorias realizadas pela comissão de auditoria;
- d) Assegurar o encaminhamento das deliberações do Conselho Técnico e Científico;

- e) Apresentar anualmente o relatório de acompanhamento das doenças oncológicas em Portugal, o qual inclui, nomeadamente a avaliação da execução do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, bem como o resultado das certificações e auditorias realizadas;
- f) Providenciar junto dos organismos e serviços competentes a obtenção dos meios e instrumentos necessários ao desempenho das suas competências;
- g) Estabelecer articulação com organismos internacionais, representando o Ministério da Saúde junto de organismos similares;
- h) Recorrer, sempre que necessário, a serviços externos de consultadoria, nomeadamente para a realização de estudos e pareceres no âmbito das atribuições da CNCO.

3 – O coordenador nacional é equiparado, para todos os efeitos legais, a director-geral.

Artigo 7.º

Conselho Técnico e Científico

1 – Ao Conselho Técnico e Científico incumbe:

- a) Elaborar as linhas de orientação técnica e científica para referenciação, diagnóstico e tratamento de doentes em unidades de oncologia, compreendendo a estrutura, os equipamentos, os meios humanos,

tecnológicos e organizacionais, bem como a definição dos tempos de espera clinicamente aceitáveis;

- b) Propor os critérios subjacentes à definição da Rede de Referência Integrada em Oncologia;
- c) Emitir parecer sobre a elaboração das políticas de formação de pessoal especializado para a prestação de cuidados em oncologia e acompanhar a sua execução;
- d) Elaborar protocolos terapêuticos e promover e divulgar o conhecimento do perfil de tratamentos oncológicos com vista a uma prática mais racional e eficaz;
- e) Acompanhar o ensino e a investigação da oncologia;
- f) Colaborar na política de medicamentos para o tratamento em oncologia.

2 – Para os efeitos do disposto na alínea a) do número anterior, o Conselho Técnico e Científico define os requisitos de competência para a prestação das diferentes modalidades de cuidados oncológicos, tendo em consideração a incidência da doença, o número de doentes tratados, os recursos humanos e técnicos existentes e o desempenho de cada instituição, tendo em vista a garantia dos padrões de qualidade considerados indispensáveis.

3 – O Conselho Técnico e Científico tem a seguinte composição:

- a) O coordenador nacional, que preside;
- b) Um representante do colégio de especialidade de oncologia da Ordem dos Médicos;

- c) Um representante do colégio de especialidade de radioterapia da Ordem dos Médicos;
- d) Um representante do colégio de especialidade de cirurgia da Ordem dos Médicos;
- e) Um representante do colégio de especialidade de anatomia patológica da Ordem dos Médicos;
- f) Um representante dos Institutos Portugueses de Oncologia Francisco Gentil, E.P.E. 's;
- g) Um representante de cada Comissão Oncológica Regional;
- h) Um representante da universidade, com ligações à investigação e ensino da Oncologia;
- i) Um representante da Escola Nacional de Saúde Pública;
- j) Duas personalidades de reconhecido mérito, a designar mediante deliberação dos restantes elementos do Conselho Técnico e Científico.

Artigo 8.º

Conselho Consultivo

1 – O Conselho Consultivo é o órgão de consulta da CNCO, ao qual compete emitir parecer e apresentar propostas e recomendações, a pedido do Ministro da Saúde, do coordenador nacional ou por sua iniciativa, designadamente sobre:

- a) Os princípios e objectivos em que deve assentar a definição da política de saúde na área da oncologia;
- b) Os direitos e deveres dos doentes oncológicos;

- c) Os planos nacionais de prevenção e controlo das doenças oncológicas;
- d) A formação e investigação em oncologia.

2 – O Conselho Consultivo tem a seguinte composição:

- a) Um presidente, designado pelo coordenador nacional;
- b) Um representante da Direcção-Geral de Saúde;
- c) Um representante da Ordem dos Médicos;
- d) Um representante de cada Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, EPE's;
- e) Um representante da Sociedade Portuguesa de Oncologia;
- f) Um representante da Liga Portuguesa contra o Cancro;
- g) Dois representantes das instituições privadas e de solidariedade social que prestam cuidados de saúde na área da oncologia;
- h) Um representante das associações de famílias e utentes dos serviços de saúde que prestam cuidados oncológicos.

4 – O mandato dos membros do Conselho Consultivo é de três anos.

5 – Os membros do Conselho Consultivo não têm direito a remuneração.

Artigo 9.º

Comissão de Auditoria e Certificação

1 - À Comissão de Auditoria e Certificação compete realizar auditorias aos serviços que prestem cuidados de saúde oncológicos e proceder à respectiva certificação, competindo-lhe, designadamente:

- a) Dar parecer prévio sobre os projectos de decisão de organismos públicos em matéria de planeamento e instalação de serviços na área da oncologia;
- b) Proceder à certificação da qualidade técnica e científica dos serviços prestadores de cuidados oncológicos integrados no sistema de saúde, independentemente da sua natureza jurídica.
- c) Efectuar auditorias aos serviços prestadores de cuidados de saúde oncológicos, de acordo com as linhas de orientação fixadas pelo Conselho Técnico e Científico.

2 – Para os efeitos da alínea b) do número anterior, considera-se «certificação» o procedimento através do qual a comissão garante que um serviço na área da prestação de cuidados oncológicos está em conformidade com requisitos especificados pelo Conselho Técnico e Científico.

3 – Os resultados dos processos de auditoria e certificação referidos no presente artigo são integrados no relatório de acompanhamento previsto na alínea e) do n.º 2 do artigo 6.º.

4 – Os membros da Comissão de Auditoria e Certificação são nomeados pelo Ministro da Saúde, sob proposta do coordenador nacional, não podendo aqueles exercer quaisquer outras funções, públicas ou privadas, que possam ser consideradas como causas de um eventual conflito de interesses.

5 – A Comissão de Auditoria e Certificação deve incluir, obrigatoriamente, representantes da Ordem dos Médicos.

Artigo 11.º

Comissões Oncológicas Regionais

1 – As Comissões Oncológicas Regionais criadas ao abrigo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, de 17 de Agosto, acompanham a execução do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas no âmbito geográfico das regiões de saúde.

2 – As Comissões Oncológicas Regionais funcionam na dependência da CNCO.

3 – A constituição e o regulamento interno das Comissões Oncológicas Regionais são aprovados por diploma próprio do Governo, ouvido o coordenador nacional.

Artigo 12.º

Rede de Referência Integrada em Oncologia

- 1 - Os cuidados oncológicos especializados apenas podem ser prestados por entidades integradas na Rede de Referência Integrada em Oncologia.
- 2 - A Rede de Referência Integrada em Oncologia deve permitir a articulação entre instituições públicas, privadas e sociais que prestem cuidados especializados em oncologia, numa perspectiva integrada e globalizante, tendo subjacente a optimização dos recursos humanos, dos procedimentos e dos equipamentos.
- 3 - A integração das unidades prestadoras na Rede de Referência Integrada em Oncologia depende de um procedimento de candidatura aprovado por diploma próprio do Governo.

Artigo 13.º

Registos Oncológicos Regionais

Os Registos Oncológicos Regionais devem proceder à colheita sistemática e registo de dados no âmbito da oncologia, bem como à sua análise e interpretação, em todas as unidades de saúde prestadoras de cuidados oncológicos, independentemente da sua natureza.

Artigo 14.º

Encargos

Todos os encargos orçamentais decorrentes da criação e funcionamento da CNCO são suportados através de verbas para esse efeito consignadas no Orçamento do Estado.

Artigo 15.º

Relatório anual

O Governo apresenta à Assembleia da República um relatório anual de desenvolvimento da presente lei.

Artigo 16.º

Disposição final

1 - A CNCO deve estar constituída no prazo de 30 dias a contar da data da entrada em vigor da presente lei e entrar em funcionamento nos 30 dias subsequentes.

2 - O Governo deve adequar as actuais estruturas de apoio à Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (CNDO) ao disposto na presente lei.

Artigo 17.º
Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor trinta dias após a data da sua publicação.

Palácio de São Bento, 13 de Janeiro de 2010

Os Deputados,