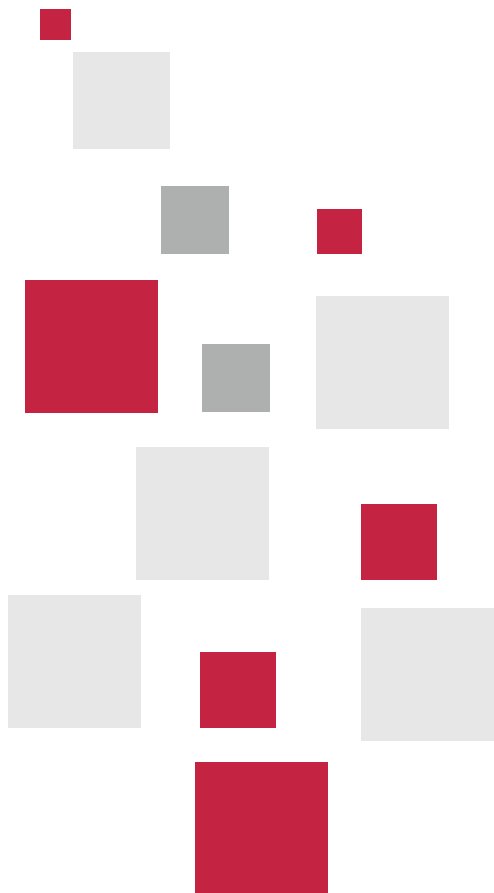




ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CENTROS DE DIÁLISE





ÍNDICE

02	01 // MENSAGEM DA DIREÇÃO
04	02 // QUEM SOMOS
06	03 // MARCOS HISTÓRICOS DA DIÁLISE
09	04 // DOENÇA RENAL CRÓNICA (DRC)
14	05 // TRATAMENTO DA DRC EM PORTUGAL
21	06 // PREÇO COMPREENSIVO
24	07 // CENTROS DE DIÁLISE EM PORTUGAL
26	08 // EMPRESAS ASSOCIADAS
28	09 // ORGANIZAÇÕES DO SETOR

MENSAGEM DA DIREÇÃO

01

A ANADIAL – Associação Nacional de Centros de Diálise foi constituída em 1985, como associação de empregadores, com o objetivo de defender os interesses e direitos dos operadores privados de hemodiálise e a promoção do respetivo progresso técnico e científico.

Atualmente através dos seus associados, a ANADIAL é responsável por cerca de 90% dos tratamentos de hemodiálise realizados, em Portugal, às pessoas com doença renal crónica submetidas a esta terapêutica de substituição. A ANADIAL orgulha-se da sua história.

Ao longo dos anos, a ANADIAL tem sido um importante Parceiro Social do Ministério da Saúde para a elaboração de políticas na área do tratamento de substituição por hemodiálise da doença renal crónica, tendo colaborado ativamente na produção das normas que regulam o licenciamento e fiscalização dos centros de hemodiálise, com especial incidência nos requisitos de qualidade e segurança.

É com orgulho que afirmamos que foi por iniciativa da ANADIAL que, após exigentes negociações com o Ministério da Saúde, foi introduzido um novo paradigma de reembolso — o preço compreensivo — importante instrumento para a gestão integrada da doença, que entrou em vigor em 2008.

Este foi um marco importante que aumentou as responsabilidades das unidades privadas, sobretudo ao nível do seu envolvimento em aspetos como a administração de medicamentos, a monitorização da aderência à terapêu-

tica e a realização racional de exames complementares de diagnóstico. Em Portugal, concretamente na hemodiálise, a iniciativa privada é complementar ao Serviço Nacional de Saúde: os doentes só fazem tratamento em unidades privadas quando o setor público não consegue dar resposta ou tem a sua capacidade instalada esgotada. Esta complementaridade tem sido fundamental para que o Ministério da Saúde possa garantir a cobertura de todo o território nacional e aproximar os cuidados das populações que deles carecem.

A implementação do preço compreensivo, a aproximação dos cuidados às populações e os excelentes *outcomes* atingidos na diálise (e também na transplantação renal, sendo Portugal um dos países líderes mundiais nesta modalidade terapêutica) configuram o tratamento da insuficiência renal como uma área de excelência no panorama do Sistema de Saúde Português.

Gostaríamos de realçar que a excelência só tem sido possível graças ao empenho de todos: não só das clínicas privadas associadas da ANADIAL, mas também das autoridades de saúde (em particular, o Ministério da Saúde) e, muito em especial, dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e, concretamente, dos médicos nefrologistas (que são, sem dúvida, o elemento catalisador de todo este “edifício” de prestação de cuidados).

O passado, do qual a ANADIAL se orgulha, resulta do seu posicionamento como entidade criadora de soluções de enquadramento para o futuro.

Perspetivando o futuro, a ANADIAL pretende reforçar a sua qualidade de parceiro dos *stakeholders* no setor da saúde, demonstrando a sua abertura para o diálogo e colaboração com doentes, autoridades e profissionais de saúde. O setor da saúde depara-se com uma mudança de paradigma, em que a pessoa doente deixa de ser o sujeito passivo da relação terapêuti-

ca, para passar a assumir uma posição cada vez mais atuante em todo o seu processo terapêutico. Simultaneamente, a discussão deixa de ter o seu enfoque na vertente público versus privado, para passar a centrar-se no binómio custo-eficiência.

Entendemos que o futuro da ANADIAL (necessariamente tributário dos sucessos do passado) passará por reforçar os pilares que têm caracterizado a atividade dos seus associados:

- a centralidade da pessoa doente, com particular enfoque na sua liberdade de escolha;
- a transparência nos *outcomes* terapêuticos;
- a parceria com as autoridades de saúde e restantes *stakeholders* do setor na procura de soluções que visem a sua sustentabilidade.

É nossa convicção que uma estratégia assente nestes pilares permitirá criar valor para o doente e para a sociedade, podendo concretizar-se designadamente na ampliação da oferta de serviços com inovação: nefroproteção; estratificação de risco; oferta personalizada e gestão da pessoa doente no seu percurso.

Estamos certos de que a ANADIAL estará à altura dos desafios que se colocarão no futuro e especificamente nesta área de atividade.

Jaime Tavares
Presidente da ANADIAL

QUEM SOMOS

02

A ANADIAL foi legalmente constituída a 7 de junho de 1985, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 215-C/75, de 30 de abril, tendo como objeto a defesa dos legítimos interesses e direitos dos estabelecimentos ou clínicas de diálise e a promoção do respetivo progresso técnico e económico.

De acordo com os seus estatutos, a Associação pode ser constituída por todas as pessoas, singulares ou coletivas, nela inscritas, ou que nela venham a inscrever-se, e que, em todo o território nacional exerçam a atividade de prestação de serviços e cuidados de saúde relacionados com a utilização de técnicas de depuração extrarenal (Artigo 2º).

No âmbito do seu objeto, compete nomeadamente à Associação (Artigo 4º):

a // Definir as linhas gerais da sua atuação na defesa e uniformização dos interesses dos seus associados, bem

como os princípios que deverão reger os respetivos direitos e obrigações;

b // Colaborar com os organismos oficiais e fiscais, do setor de atividade dos seus associados;

c // Estudar e propor às entidades competentes os princípios e as normas que deverão regulamentar a instalação e funcionamento de estabelecimentos ou clínicas de diálise, nomeadamente quanto a condições de trabalho e segurança;

d // Representar perante os organismos da Administração Pública, perante as entidades privadas nacionais e perante as entidades públicas e privadas nacionais e estrangeiras os interesses dos seus associados;

e // Proporcionar aos seus associados serviços destinados a apoiar e a incentivar o desenvolvimento da respetiva atividade;

f // Estabelecer com entidades públicas e particulares acordos de prestação de serviços e de cooperação no âmbito de assistência social e do seguro social;

g // Representar os seus associados, bem como informá-los e orientá-los, nas questões suscitadas em matéria de relações de trabalho, proporcionando-lhes, na medida do possível, apoio de natureza técnica ou de qualquer outro tipo;

h // Representar os seus associados na negociação e celebração de convenções coletivas de trabalho;

i // Recolher, classificar e divulgar informações e elementos estatísticos de interesse para o setor de atividade dos seus associados;

j // Desenvolver, de um modo geral, quaisquer outras atividades de interesse para o setor de atividade dos seus associados.

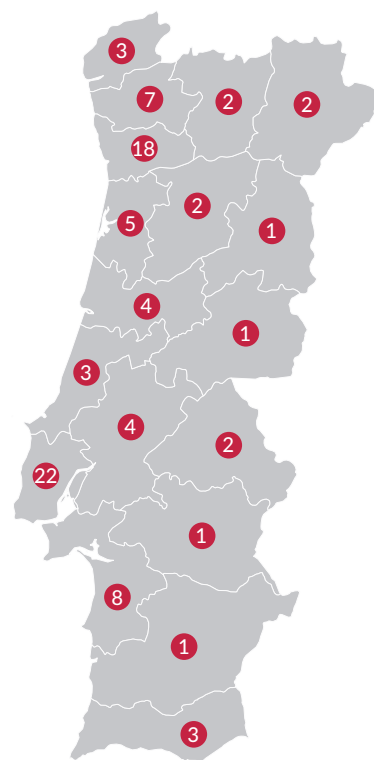
8 de fevereiro de 2018

É aprovado o regulamento do Conselho Técnico-Científico da ANADIAL, em Assembleia Geral.



ATUALMENTE OS
CENTROS FILIADOS
DA ANADIAL
EMPREGAM
CERCA DE 5 MIL
COLABORADORES,
EM PORTUGAL.

Localização dos Centros
de Diálise filiados na ANADIAL.
Informação adicional
no website www.anadial.pt



MARCOS HISTÓRICOS DA DIÁLISE

03

1940 - 49

Willem Kolff, considerado o pai da diálise, construiu o primeiro dializador (rim artificial).

1950 - 59

Em 1958, Filipe Vaz realizou, em Portugal, a primeira hemodiálise de urgência a uma doente grávida e criou um centro de transfusões que disponibilizou a quem necessitasse, praticamente sem custos.

1960 - 69

Foi criado o Centro de Reanimação do Hospital Curry Cabral, unidade polivalente integrada no serviço de Medicina Interna, que tinha nos objetivos o tratamento de casos de insuficiência renal aguda.

Jacinto Simões, como diretor do Centro de Reanimação no Hospital Curry Cabral, iniciou em 1967 o primeiro programa de diálise crónica utilizando a diálise peritoneal aguda e a hemodiálise.

Iniciou-se a hemodiálise no Serviço de Medicina Interna do Hospital de Santo António, no Porto, e no Serviço de Urologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Em 1969 foi efetuado o primeiro transplante com rim de dador vivo, realizado por Linhares Furtado, em Coimbra.

1970 - 79

O Hospital Curry Cabral começou a fazer transplantes renais. Até 1972 foram efetuadas cinco transplantações de rins de dadores vivos.

Em 1973, Filipe Vaz inaugura a primeira Unidade privada de hemodiálise.

Começaram a regressar os doentes a fazer hemodiálise em Espanha. Em 1976 foi criado o Serviço Médico à Periferia.

Em 1976 foi aprovada a Lei que permitia a colheita de órgãos para transplantação. Foi criada a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR).

1980 - 89

Linhares Furtado em Coimbra e João Pena em Lisboa iniciaram colheitas para transplantação com rins de cadáver. Em 1981 nos Hospitais de Sta. Cruz em Lisboa e no de Sto. António no Porto iniciaram-se os primeiros programas de diálise peritoneal.

A Ordem dos Médicos reconheceu a autonomia da Nefrologia e criou o respetivo Colégio da Especialidade. Foi formalmente constituída a Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

Foi criado o Gabinete do Registo Nacional do Tratamento da Insuficiência Renal Crónica. O Registo Português de Transplantação Renal entrou em funcionamento.

1985

NASCEU A ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CENTROS DE DIÁLISE (ANADIAL).



• 1990 - 99

Crescimento da rede privada de centros de diálise no país permitindo uma maior proximidade do utente ao tratamento.

• Em 1990, início do tratamento com Agentes Estimuladores da Eritropoiese.

Em 1992, em Évora, uma intoxicação por alumínio na água para tratamento causou a morte a 20 doentes em hemodiálise no Hospital Distrital.

• Desenvolvimento de programas hospitalares de diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA), avanços técnicos em diálise peritoneal automática (DPA), icodextrina e soluções de baixo teor de produtos de degradação da glicose (GDPs).

Expansão do uso de Membranas Biocompatíveis, do Dialisante com Bicarbonato e da Ultrafiltração Controlada.

• Desenvolvimento de programas de transplantação de dador vivo. Programa Nacional de Doação Renal Cruzada para Transplantação, início de programa de transplante renal ABO incompatível em Portugal (Hospital de Santo António).

Expansão do programa de transplantação em doentes hipersensibilizados.

• 2000 - 09

Foi introduzido um novo modelo de reembolso em diálise “pagamento por preço compreensivo”.

• Em 2001 foi publicado, pelo Colégio da Especialidade de Nefrologia, o primeiro Manual de Boas Práticas de Hemodiálise.

• 2010 - 18

Renegociação do preço compreensivo em diálise com a introdução de novos serviços (acessos vasculares).

• A 8 de fevereiro de 2018, em Assembleia Geral, foi aprovado o regulamento do Conselho Técnico-Científico da ANADIAL.

DOENÇA RENAL CRÓNICA

04

A doença renal crónica é uma doença provocada pela deterioração lenta e irreversível da função renal. Como consequência da perda de função, existe retenção no sangue de substâncias que normalmente seriam excretadas pelo rim, resultando na acumulação de produtos metabólicos tóxicos no sangue (azotemia ou uremia). São várias as doenças que podem provocar lesões

nos rins e provocar a insuficiência renal crónica, nomeadamente a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, as glomerulonefrites crónicas e algumas doenças hereditárias. Nas fases mais avançadas os portadores desta doença necessitam de realizar regularmente um tratamento de substituição da função renal que poderá ser a hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal.



O RIM DESEMPENHA UM CONJUNTO ALARGADO DE FUNÇÕES QUE PODEM SER CATEGORIZADAS DA SEGUINTE FORMA:

- Manutenção da composição corporal, mediante eliminação de água e iões;
- Excreção de produtos resultantes do metabolismo, como a ureia e a creatinina;
- Produção e secreção de enzimas e hormonas, como a eritropoetina, hormona essencial à formação de glóbulos vermelhos e à ativação da vitamina D, indispensável à saúde do osso.

POR QUE RAZÃO DEVE SER A DOENÇA RENAL CRÓNICA MOTIVO DE PREOCUPAÇÃO?

- A doença renal crónica é muito comum, afetando 8 a 10 % da população adulta.
- A doença renal crónica é uma doença que na sua fase inicial pode ser muito silenciosa clinicamente, apresentando-se sem sintomas, ou os sintomas podem ser muito poucos. Esta característica faz com que o seu diagnóstico possa ser tardio em muitos casos.
- Amorbilidade e mortalidade cardiovascular associadas à doença renal crónica, mesmo nas suas fases precoces, são muito elevadas. O diagnóstico precoce é muito importante porque permite intervenções terapêuticas que atrasam a progressão da doença para as suas fases avançadas em que os doentes necessitam de tratamento de substituição da função renal e permite diminuir o elevado risco cardiovascular.
- Se a doença renal crónica for detetada precocemente e gerida de forma correta, a deterioração da função renal pode ser retardada e até mesmo revertida.

Como se trata de uma doença com poucos sintomas, a maioria das pessoas com doença renal crónica não sabe que é portadora desta doença. Daí a importância do seu rastreio ativo, através de análises ao sangue ou à urina, para permitir o diagnóstico precoce.

Os doentes com hipertensão arterial, diabetes, obesidade e história familiar de doença renal são populações de risco para o desenvolvimento desta doença que deve ser ativamente despistada.

PRINCIPAIS SINTOMAS DE DRC

A doença renal crónica manifesta-se clinicamente de forma inespecífica durante uma grande parte da sua evolução:

- Na sua fase mais inicial os sintomas podem ser muito poucos. Neste estadio, pode sentir-se a necessidade acrescida de urinar durante a noite (nictúria). Esta situação encontra-se relacionada com a diminuição da capacidade dos rins em reabsorverem a água e concentrar a urina.
- Os doentes com doença renal crónica, apresentam muitas vezes hipertensão arterial associada à incapacidade dos rins eliminarem o excesso de sal e de água. Esta situação pode conduzir a problemas cerebrovasculares e/ou à insuficiência cardíaca.
- À medida que a doença renal crónica progride e se acumulam substâncias tóxicas no sangue, o indivíduo cansa-se facilmente e diminui a sua agilidade mental. Com a acumulação de compostos tóxicos instalam-se as alterações neurológicas e musculares, como espasmos musculares, fraqueza muscular e câibras.
- Alterações gastrointestinais como perda de apetite, náuseas, vômitos, inflamação da mucosa oral (estomatite) e um sabor desagradável na boca também ocorrem em fases avançadas. Estes sintomas podem levar à desnutrição e à perda de peso.
- Os indivíduos que sofrem de doença renal crónica avançada desenvolvem frequentemente úlceras intestinais e hemorragias. A pele pode tornar-se castanho-amarelada. Alguns dos doentes que sofrem de doença renal crónica têm prurido generalizado.

ESTÁ DEMONSTRADO QUE A MELHOR FORMA DE REDUZIR A PREVALÊNCIA DA DOENÇA RENAL CRÓNICA É A PROMOÇÃO DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DOENÇA.

ESTADIO 1 TFG Normal ou Elevada (TFG > 90 ml/min)	<p>Poucos sintomas de doença renal crónica. A doença é diagnosticada quando se verificam as seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tensão arterial alta• Valores de creatinina ou ureia no sangue mais elevados do que o normal• Sangue ou proteína na urina• Evidências de lesões renais detetadas através de Ressonância Magnética, TAC, ecografia ou Raio-X de contraste• Um historial familiar de doença renal poliquística
ESTADIO 2 DRC Ligeira (TFG = 60-89 ml/min)	
ESTADIO 3 DRC Moderada (TFG = 30-59 ml/min)	<p>Existência de anemia (escassez de glóbulos vermelhos) e/ou o aparecimento de doença óssea precoce</p>
ESTADIO 4 DRC Grave (TFG = 15-29 ml/min)	<p>Quando a TFG desce para 30, a maioria das pessoas tem de consultar um especialista em doenças renais (um nefrologista). Uma TFG abaixo de 15 indica que é necessário avançar para diálise ou transplante renal.</p>
ESTADIO 5 DRC na Fase Terminal (TFG < 15 ml/min)	<p>Os doentes com doença renal crónica na sua fase mais avançada, o estadio 5 – quando só uma pequena percentagem do rim se encontra a funcionar – necessitam em determinada altura, para poderem viver, de efetuar um dos tratamentos de substituição da função renal, que podem ser a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal.</p>

TFG: A Taxa de Filtração Glomerular é um teste utilizado para examinar o desempenho dos rins.

A INFORMAÇÃO SISTEMÁTICA E O DEVIDO ESCLARECIMENTO ACERCA DAS DIFERENTES MODALIDADES DISPONÍVEIS DE TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 SÃO OBRIGATÓRIOS PARA TODO O DOENTE RENAL CRÓNICO. EM CADA SERVIÇO HOSPITALAR DE NEFROLOGIA DEVE EXISTIR UMA CONSULTA DEDICADA AO ESCLARECIMENTO DO DOENTE ACERCA DAS DIFERENTES MODALIDADES DE TRATAMENTO. (NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE).

DIÁLISE

A diálise é um procedimento artificial que elimina os resíduos e a água em excesso do sangue. Destina-se a doentes com doença renal crónica terminal (Estadio 5). Existem dois tipos de diálise: diálise peritoneal e hemodiálise.

DIÁLISE PERITONEAL

A diálise peritoneal é uma técnica de diálise que utiliza a membrana peritoneal como um filtro para limpar o sangue e remover a água corporal em excesso. É realizada em casa. O tratamento é realizado de forma contínua, todos os dias, poderá ser realizado durante a noite, entre 8 a 10 horas, ou em procedimentos breves realizados durante o dia.

ALGUMAS VANTAGENS

- Pode ser efetuada em casa.
- A vida está apenas condicionada aos momentos das mudanças das bolsas de líquido.



ALGUMAS DESVANTAGENS

- São necessárias várias sessões de treino para aprender a lidar com o equipamento.
- No caso de diálise peritoneal automatizada, limita a vida noturna.

HEMODIÁLISE

A hemodiálise é a forma mais frequente de tratamento. O sangue é purificado através de um filtro especial, o dialisador e de uma máquina de hemodiálise. É realizada no hospital ou em clínicas de diálise perto da residência dos doentes. Durante o tratamento, o sangue é retirado de um vaso sanguíneo e passa através de um filtro sintético – dialisador, o chamado “rim artificial”, antes de ser devolvido ao organismo.

Habitualmente são necessárias três sessões de hemodiálise por semana, tendo em média a duração de 4 horas cada sessão.

ALGUMAS VANTAGENS

- Não é necessário equipamento em casa.
- Não é necessário treino.



ALGUMAS DESVANTAGENS

- Vida condicionada aos horários dos tratamentos.
- Três tratamentos por semana com a duração média de 4 horas cada.
- É necessário assegurar vaga num centro de tratamento no caso de se deslocar para fora da área de residência.

TRANSPLANTE

O transplante renal envolve a colocação de um novo rim no organismo, proveniente de um dador vivo ou falecido. É uma intervenção cirúrgica efetuada sob anestesia geral.

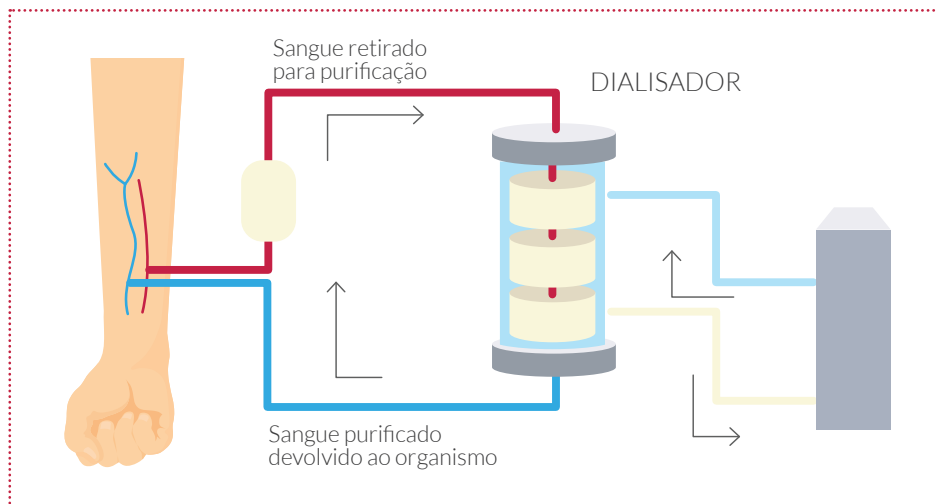
ALGUMAS VANTAGENS

- Pouco tempo após o transplante, o doente pode voltar à sua vida normal.
- Não tem restrições especiais.



ALGUMAS DESVANTAGENS

- Deve cumprir rigorosamente a medicação diária, sob risco de rejeição do órgão.
- O órgão pode ser rejeitado pelo organismo em qualquer período.



TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EM PORTUGAL

05

A rede de tratamento substitutivo da função renal portuguesa conta com mais de duas dezenas de serviços hospitalares de Nefrologia com valências de hemodiálise e diálise peritoneal, mais de uma centena de unidades periféricas de hemodiálise e oito unidades de transplantação renal de adultos com grande dispersão pelo continente e ilhas. Se excluirmos algumas zonas muito periféricas podemos considerar que a oferta é muito satisfatória. Esta distribuição contrasta com o que se passava quando começaram a ser tratados com hemodiálise os primeiros insuficientes renais crónicos portugueses em que a ausência de resposta em Portugal obrigou alguns “afortunados” no infortúnio a deslocarem-se para Espanha de forma a poderem ser tratados. A maioria dos portugueses não tinha sequer acesso à hemodiálise e de transplante ainda pouco se falava.

ANÁLISE GLOBAL
DO TRATAMENTO
SUBSTITUTIVO
RENAL DA DOENÇA
RENAL CRÓNICA
EM PORTUGAL

VARIAÇÕES GEOGRÁFICAS NA TAXA DE INCIDÊNCIA DE DRC 5 [ESRD] TRATADA (POR MILHÃO DE POPULAÇÃO / ANO), POR PAÍS, 2014

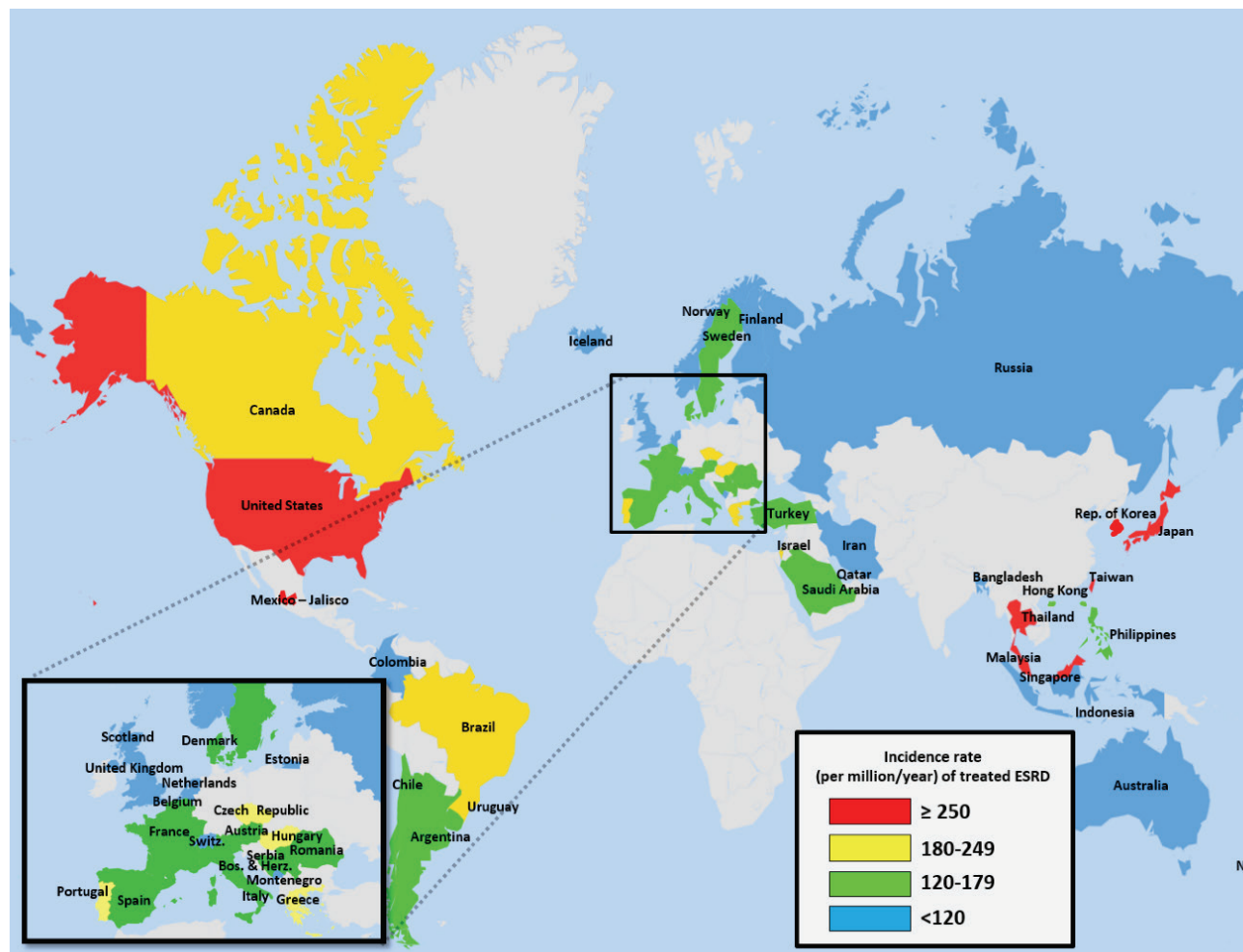


Fig. 1 – Distribuição geográfica da incidência de tratamento da DRC 5 por países em 2014, dados do Relatório Anual de 2016 da USRDS

Quase 20000 doentes renais crónicos em estadio 5 (DRC %) em Portugal estavam em tratamento substitutivo renal no final de 2016, cerca de 60% em hemodiálise, 37% transplantados renais e menos de 4% em diálise peritoneal. Mais de 90% dos doentes em hemodiálise são tratados em unidades privadas de hemodiálise convencionadas com o estado, algo que encontra razões históricas na falta de oferta do setor público. A implantação da diálise peritoneal em relação à hemodiálise tem sido sempre muito baixa em Portugal, variando entre 5 e 10% nos doentes a iniciar tratamento e entre 3,5 e 6% nos doentes prevalentes entre 1997 e 2016. Pelo contrário, a transplantação renal desenvolveu-se de forma significativa em Portugal com taxas de transplantação renal que colocam Portugal nos países que mais transplantam os seus doentes renais crónicos. Foram transplantados entre 400 a 600 doentes por ano nos últimos 10 anos.

É reconhecido o facto que Portugal tem uma das mais elevadas incidências de doentes a iniciar diálise sem que conheçam de forma inequívoca os motivos para tal, como se ilustra nos dados do Registo da USRDS para os quais o Gabinete de Registo da DRC 5 da Sociedade Portuguesa de Nefrologia contribui com dados agregados (Fig. 1). Apesar disso não se pode afirmar que a incidência esteja a crescer, mantendo-se relativamente estável nos últimos 11 anos com valores que oscilam entre 218 e 235 por milhão de população (pmp). A prevalência em diálise tem crescido fruto dum balanço positivo entre doentes a entrar em diálise e doentes a sair por morte ou outros motivos, principalmente para transplante. Facto que merece relevância é a elevada prevalência do tratamento da DRC 5 entre grupos etários mais avançados que supera 3000 casos pmp acima dos 65 anos e 4700 pmp acima dos 80 anos.

ALGUNS ASPETOS DO TRATAMENTO POR HEMODIÁLISE EM PORTUGAL

Iniciaram hemodiálise 2000 a 2500 doentes por ano com doença renal crónica entre 2003 e 2016 seja como primeiro tratamento ou vindos de outras modalidades de tratamento, principalmente por falência de transplante renal. A incidência de DRC 5 em hemodiálise estabilizou, mas fruto de taxas de mortalidade relativamente baixas e mesmo com taxas de transplantação renal elevadas, observou-se um crescimento do número de doentes em tratamento nos últimos 10 anos com taxas que variaram entre 1,2 e 5% ao ano, embora significativamente mais baixas nos últimos anos.

Alguns aspetos demográficos devem ser referidos e desde logo importa salientar a elevada idade da população de doentes em tratamento com uma média de idades que subiu de 63,8 anos para 67,7 anos em apenas 10 anos. É igualmente interessante referir que a média de idades é mais elevada na zona centro do país onde em 2016 superou os 69 anos e que mais de 20% dos doentes em hemodiálise em Portugal têm idade superior a 80 anos.

DIABETES COMO CAUSA DE DRC EM HD 2007 - 2016

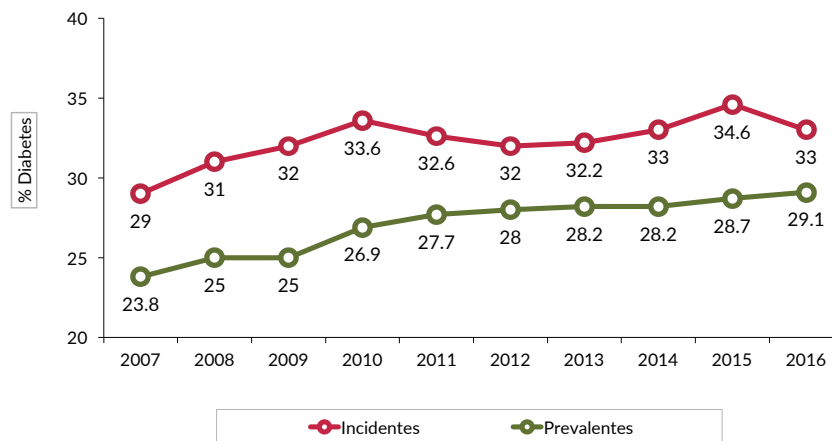


Fig. 2 – Diabetes como causa da doença renal crónica entre 2007 e 2016 em Portugal | Gabinete de registo da SPN 2016

EM RELAÇÃO À ETIOLOGIA É RELEVANTE QUE EM 33% DOS DOENTES INCIDENTES E EM 29% DOS PREVALENTES A DIABETES É A CAUSA DA DOENÇA RENAL (FIG. 2).

MORTALIDADE GLOBAL EM HD 2007 - 2016



Fig. 3 – Mortalidade global anual em Portugal entre 2007 e 2016 | Gabinete de registo da SPN 2016

A hipertensão arterial é a causa apontada para a doença renal em 15% dos casos pelo que quase 50% dos doentes têm na sua génese patologias em que as medidas preventivas e de controlo da doença podem ter um impacto no desenvolvimento e evolução da doença renal crónica.

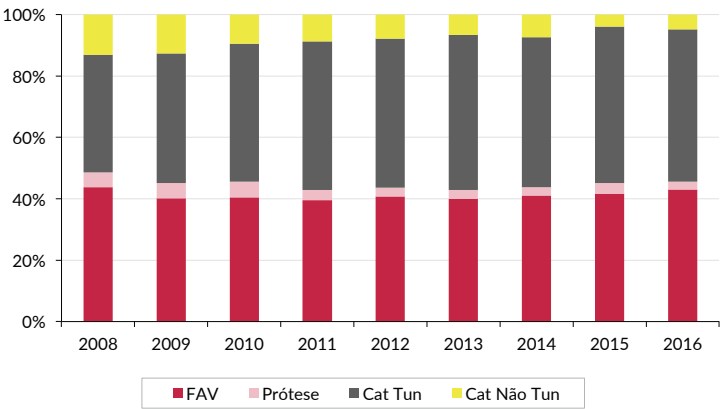
A ANÁLISE DA MORTALIDADE REVELA DADOS INTERESSANTES, POIS APESAR DO AUMENTO DA MÉDIA DE IDADES A MORTALIDADE DECRESCEU NOS ÚLTIMOS ANOS TENDO SIDO DE 13,09% EM 2016 PARA O CONJUNTO DE TODAS AS UNIDADES DE HEMODIÁLISE (FIG. 3) E DE 12,36% SE CONTABILIZARMOS APENAS AS UNIDADES PERIFÉRICAS.

Cerca de 25% dos doentes não tiveram seguimento por Nefrologia antes de iniciarem hemodiálise embora com ligeira melhoria em 2015 e 2016 comparativamente aos anos anteriores.

O acesso vascular utilizado para realizar hemodiálise pode ter impacto na mortalidade, sendo quase sempre preferível a realização de hemodiálise através duma fístula arteriovenosa. A realização de hemodiálise através de cateter venoso central parece acrescer risco de mortalidade e morbilidade. Desde 2010/2011 que a responsabilidade pela construção do acesso vascular passou a ser das unidades onde o doente efetua tratamento, com exceção do primeiro acesso vascular e dos cateteres venosos centrais que continuam a ser assegurados pelas unidades hospitalares de referência.

A TAXA DE DOENTES EM TRATAMENTO ATRAVÉS DE CATETER VENOSO CENTRAL DIMINUI DESDE ESSA TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE DO ACESSO VASCULAR PARA AS UNIDADES DE HEMODIÁLISE, PELO CONTRÁRIO NÃO SE OBSERVA MELHORIA NO PRIMEIRO ACESSO VASCULAR E MAIS DE 50% DOS DOENTES INICIAM HEMODIÁLISE COM UM CATETER (FIG. 4).

ACESSO VASCULAR UTILIZADO NA PRIMEIRA SESSÃO DE HEMODIÁLISE | 2008 - 2016



ACESSO VASCULAR NOS DOENTES PREVALENTES (CVC) | 2007 - 2016

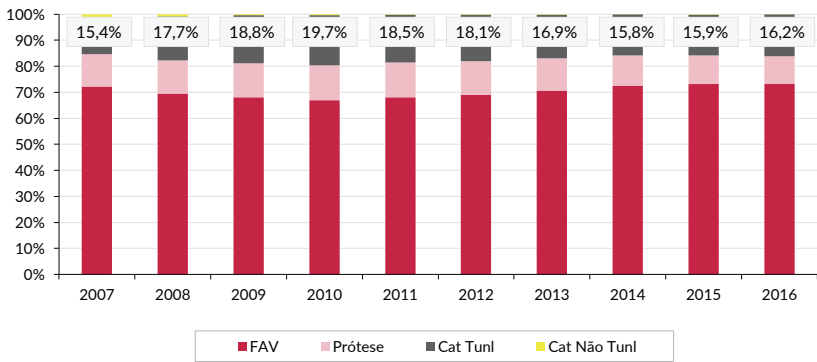


Fig. 4 – Acesso vascular utilizado na primeira sessão de hemodiálise e nos doentes prevalentes (taxa de cateteres venosos centrais) entre 2007 e 2016 | Gabinete de registo da SPN 2016

Em Portugal existem diferenças regionais na demografia dos acessos vasculares com maior taxa de fístulas arterio-venosas no Norte e maior taxa de próteses no Sul. Na zona Centro existe uma proporção mais elevada de doentes a realizar tratamento através de cateter.

As unidades hospitalares tendem a concentrar doentes com mais comorbilidades, não sendo de estranhar que apresentem alguns índices diferentes das unidades periféricas como por exemplo maior percentagem de doentes seropositivos para hepatite B, hepatite C ou VIH, maior prevalência de cateteres venosos centrais e taxas de mortalidade mais elevadas.

A análise de dados de registos agregados tem limitações inultrapassáveis, mas o Registo da Doença Renal Crónica em estadio 5 da Sociedade Portuguesa de Nefrologia criado em 1984 e com dados de 100% das unidades hospitalares e periféricas de diálise e transplantação renal desde 1997 permite identificar aspetos demográficos importantes de que devem ser salientadas as elevadas incidências e prevalências de doentes com DRC estadio 5 em tratamento em Portugal. É também relevante referir que a população de doentes em tratamento é idosa e com múltiplas comorbilidades, mas ainda assim a mortalidade é relativamente baixa e com tendência decrescente nos últimos 10 anos embora não seja muito evidente que essa diminuição de mortalidade se mantenha pois nos últimos 2 anos houve um aumento muito ligeiro. A grande maioria dos doentes tem acesso a técnicas de diálise como a hemodiafiltração e a hemodiálise de alto fluxo. Diversos parâmetros utilizados para inferir o sucesso e qualidade do tratamento com hemodiálise apresentam elevados padrões de qualidade em Portugal quando comparados com outros países dentro dos mesmos prestadores. Pode afirmar-se sem grande receio de erro que em Portugal o acesso à hemodiálise é universal para os doentes que necessitam deste tratamento, a rede de centros de hemodiálise está geograficamente bem distribuída e os padrões de qualidade são elevados.

PREÇO COMPREENSIVO

06

Com o objetivo de obter controle de custos e possibilitar o cálculo antecipado dos montantes necessários para financiar o programa de tratamento da doença renal crônica, o Ministério da Saúde negociou com os prestadores um modelo de capitação que denominou como Preço Compreensivo. Na essência trata-se de acertar um pagamento prospectivo ao prestador de um montante semanal previamente

te negociado, para tratar um grupo de doentes. O prestador aceita o risco do pré-pagamento e gere os cuidados prestados de forma ao custo do serviço ser inferior ao valor do reembolso. Desta forma, o controle dos custos e a evidência da qualidade do serviço prestado passam a ser responsabilidade do prestador, que ganha autonomia operacional, com considerável aumento do risco.



O QUE INCLUI?

Presentemente, o “pacote de serviços” (*bundle*) prestados contra um pagamento fixo semanal inclui:

- Tratamentos de diálise;
- Consultas de acompanhamento nefrológico;
- Todos os exames auxiliares de diagnóstico relacionados com a doença renal crônica;
- Entrega / Administração de toda a medicação para o tratamento da anemia, da doença óssea metabólica, doença cardiovascular, infecções e transfusões de sangue;
- Construção e manutenção de acessos vasculares para hemodiálise.



OBRIGAÇÕES

Os prestadores fornecem à Direção-Geral da Saúde dados demográficos atualizados sobre todos os doentes em tratamento e mensalmente os indicadores de qualidade negociados com a Direção-Geral da Saúde, cujo cumprimento condiciona a manutenção do licenciamento de cada clínica e o reembolso do serviço prestado.

FUNCIONAMENTO DO MODELO DE REEMBOLSO

Neste modelo releva-se como crucial para todos os *stakeholders* a inclusão do maior número possível de serviços relacionados com o tratamento da doença renal crónica no pacote negociado, o que maximiza os benefícios para o pagador, a responsabilidade do prestador e a auto-regulação do sistema.

EVOLUÇÃO DO PREÇO COMPREENSIVO EM PORTUGAL



* Inclui 4% de incorporação de serviços

O artigo “Reimbursement of Dialysis: A Comparison of Seven Countries”, publicado no JASN em 2012, apresenta com simplicidade os custos comparativos da diálise nas suas várias modalidades e em vários países de referência. E permite fazer comparações globais com Portugal.

ACRESCENTANDO OS DADOS PORTUGUESES ÀS TABELAS, CONVERTIDOS EM US\$ FOI POSSÍVEL CONSTRUIR ALGUNS GRÁFICOS ELUCIDATIVOS.

Torna-se claro que o preço compreensivo que paga a diálise no nosso país não só é inferior em termos absolutos ao dos países citados (Fig. 1), mas assim se mantém quando corrigido para o rendimento per capita (Fig. 2). Portugal é o único em que a atividade é permanentemente auditada em todas as componentes do tratamento (Fig. 4). O nosso preço compreensivo é o único que paga todos os itens do tratamento dos doentes, o que não se passa em nenhum dos países analisados (Fig. 3).

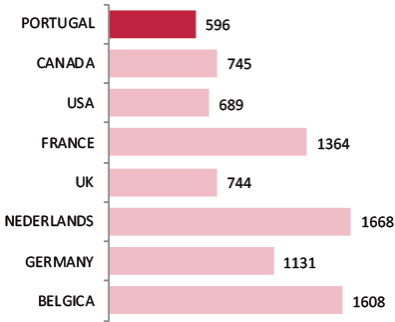


Fig.1 Preço semanal dos centros de HD em US\$

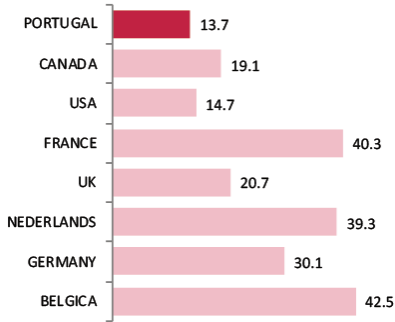


Fig. 2 Preço semanal dos centros de HD corrigido para o rendimento *per capita* (fonte dados portugueses relatório FMI 2011)

ITENS	BEL	GER	NL	UK	FRA	USA	CAN	POR
ESA	N	N	S	N	N	S	N	S
Ferro EV	N	N	S	N	S	S	S	S
VIT. D EV	N	N	S	S	S	S	S	S
Med. oral	N	N	N	N	N	N	N	S
LAB	N	N	N	N	N	S	S	S
Nefrologista	S	N	S	N	N	N	N	S
Acessos Vasc	N	N	N	N	N	N	N	S

Fig. 3 Itens cobertos pelo preço referido dos centros de HD nos vários países em análise

ITENS	BEL	GER	NL	UK	FRA	USA	CAN	POR
Kt/C	N	S	N	N	N	S	N	S
Hgb	N	S	N	N	N	S	N	S
Fosfato	N	N	N	N	N	N	N	S
Ferro	N	N	N	N	N	N	N	S
PTH	N	N	N	N	N	N	N	S

Fig. 4 Itens com auditoria anexa ao pagamento

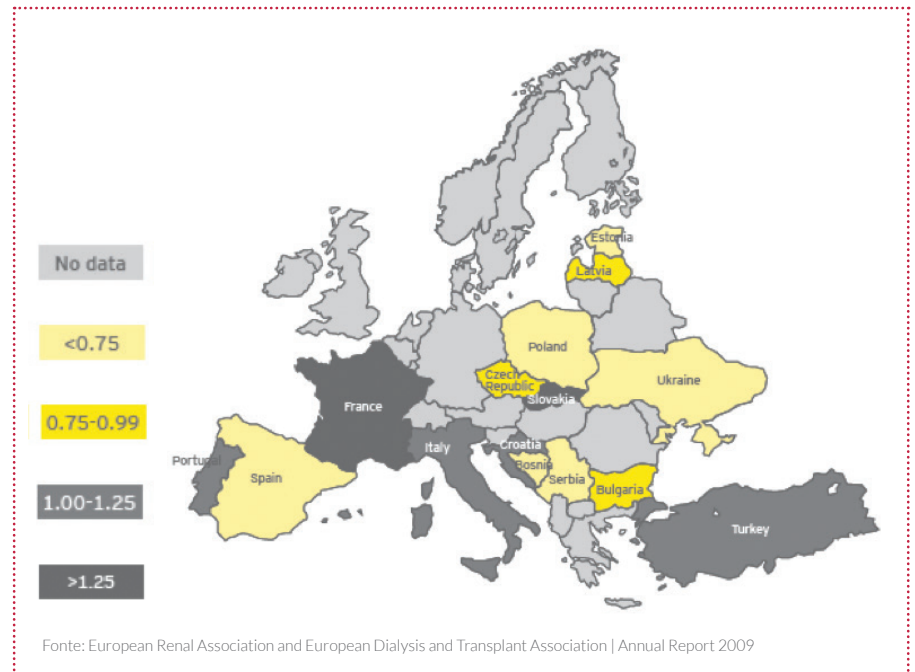
Fonte: Adaptado por A. Cabrita de Vanholder R, and al, JASN, 2012

CENTROS DE DIÁLISE EM PORTUGAL

07

Portugal é um dos países europeus com melhor cobertura geográfica no que respeita ao tratamento da doença renal crónica por hemodiálise, apresentando características únicas quando comparado com outros países: 9%

dos doentes são tratados em unidades hospitalares públicas e 91% em unidades privadas. A ANADIAL representa 89 das 94 unidades de diálise que operam em Portugal e que integram a rede convencionada da saúde.



Num setor predominantemente privado é de salientar que o tratamento da doença renal crónica é uma referência de excelência no panorama assistencial português. Mesmo numa situação de redução dos valores de reembolso a que temos assistido nos últimos anos, tem sido notório o esforço do setor privado em melhorar, cada vez mais, a qualidade da sua oferta e do seu desempenho.

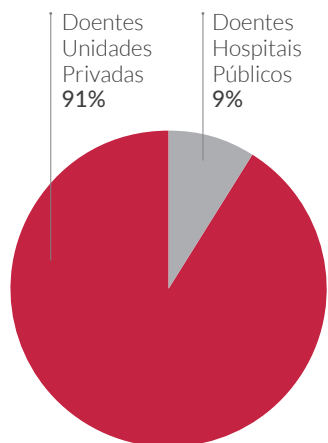
Os níveis de adequação terapêutica e as taxas de morbilidade e mortalidade

colocam-nos numa posição cimeira a nível internacional, não apenas na diálise, mas também na transplantação.

As constantes melhorias nas unidades privadas e os investimentos significativos em infraestruturas têm os doentes como grandes beneficiários e são um incentivo para o incremento da qualidade nas unidades públicas.

O TRATAMENTO
DA DOENÇA
RENAL CRÓNICA
TERMINAL É UMA
REFERÊNCIA
NO PANORAMA
ASSISTENCIAL
PORTUGUÊS.

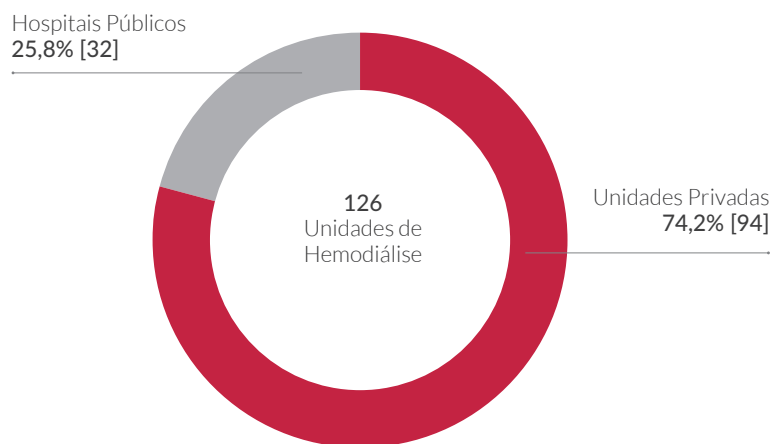
A ANADIAL pretende criar valor para o doente e para a sociedade com a ampliação de serviços com inovação.



Nº. Doentes	
Privados	10.816
Hospitais Públicos	1.085
TOTAL	11.901

Fonte: ANADIAL, 2018

UNIDADES DE HEMODIÁLISE (2018)



Fonte: ANADIAL, 2018

EMPRESAS ASSOCIADAS

08



BEIRODIAL

📍 Rua de Santo António, nº 1, 3, 5 e 7
3530-234 Mangualde
☎ 232 612 732
🌐 www.beirodial.pt



CHD-GONDOMAR

📍 Rua 05 de Outubro nº. 1
4420-086 Gondomar
☎ 224 664 220

Baxter

BAXTER MÉDICO FARMACÊUTICA

📍 Sintra Business Park
Zona Ind. Abrunheira, edf.10
2710-089 Sintra
☎ 219 252 500
🌐 www.baxter.pt

CALEDIAL

Centro de Hemodiálise de Gaia, SA

CALEDIAL – CENTRO DE HEMODIÁLISE DE GAIA, S.A.

📍 Rua D Pedro IV n.º 71
4410-313 Canelas
☎ 227 153 110

CHP

CLÍNICA DE HEMODIÁLISE DO PORTO

CHP – PORTO

📍 Centro Hospitalar
Conde de Ferreira
Rua Jerónimo Mendonça, 66
4200-335 Porto
☎ 224 664 220
🌐 www.dialiseporto.pt



DAVITA PORTUGAL

📍 Estrada de Alfragide, n.º 67
Alfrapark – Edifício F – Piso 1 Sul
2610-008 Amadora

☎ 210 015 240

🌐 www.davita.com/pt



GRUPO SANFIL MEDICINA

📍 Av. Emídio Navarro n.º 8-11
3000-150 Coimbra

☎ 239 851 650

🌐 www.sanfil.pt



POMBALDIAL CLÍNICA DE DIÁLISE, S.A.

📍 Urbanização Sol Nascente,
Lt. 71 - Caseirinhos . Sr.ª Belém
3100-328 Pombal

☎ 236 200 340

DIAVERUM

DIAVERUM INVESTIMENTOS & SERVIÇOS LDA.

📍 Sintra Business Park, edifício 4
Escritório 2 C – Zona Industrial
da Abrunheira . 2710-068 Sintra

☎ 219 252 400

🌐 www.diaverum.pt



IDTDR – INST. DIAG. TRATA- MENTO DOENÇAS RENAIS

📍 Rua Fonte das Sete Bicas
170 - 3º Piso
4460-188 Senhora da Hora

☎ 220 033 880



UNIHEMO

📍 Rua da Bolsa, 7
4050-116 Porto

☎ 222 062 124



NEPHROCARE PORTUGAL

📍 R. Prof. Salazar de Sousa, lt 12
1750-233 Lisboa

☎ 217 501 100

🌐 www.nephrocare.pt



UNINEFRO MATOSINHOS-SOC. PRESTADORA DE CUIDADOS MÉDICOS E DIÁLISE, S.A

📍 Rua da Misericórdia, 310
4450-193 Matosinhos

☎ 229 364 290

🌐 www.uninefro.com




ORGANIZAÇÕES DO SETOR

09




ASSOCIAÇÃO DE DOENTES RENAIIS DE PORTUGAL

 R. Antero de Quental, 162
4050-052 Porto
 Tel: 225 022 851
 www.adrp.pt

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE INSUFICIENTES RENAIIS (APIR)

 Rua Luiz Pacheco, Lote 105, Loja B
Bairro das Amendoeiras
1950-244 Lisboa
 Tel: 218 371 65
 www.apir.org.pt

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE DIÁLISE E TRANSPLANTAÇÃO

 Trav. Elaine Sanceau, 27 - 3º Esq.
4465-620 Leça do Balio
 Tel: 918 152 479
 www.apedt.pt

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA

 Largo do Campo Pequeno nº 2, 2º A
1000-078 Lisboa
 Tel: 217 970 187
 www.spnephro.pt

SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRANSPLANTAÇÃO

 Av. de Berna, 30, 3ºF
1050-042 Lisboa
 Tel: 933 205 201
 www.spt.pt

A ANADIAL agradece a colaboração de:

Alfredo Loureiro, Anabela Rodrigues, António Cabrita,
Fernando Macário, João Frazão, José Diogo Barata,
Pedro Ponce





ANADIAL
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CENTROS DE DIÁLISE

Rua Cidade de Bolama - Torres dos Olivais II - nº 10 - 5º - 1800-077 LISBOA
T: 218 551 442/3 | Fax: 218 551 444 | Email: geral@anadial.pt | www.anadial.pt