

Editorial

Uma Rede de Referenciação em Oncologia: O Passo que Falta a Portugal

An Oncology Referral Network: The Step Portugal Has Yet to Take

 Lúcio Lara Santos^{1,2,3}

1. Departamento de Cirurgia do IPO-Porto, Porto, Portugal
2. Escola de Medicina e Ciências Biomédicas da UFP, Porto, Portugal
3. Membro do Conselho Científico do IARC

Corresponding Author/Autor Correspondente:

Lúcio Lara Santos [llarasantos@gmail.com]

Rua Dr. António Bernardino de Almeida 4200-072 Porto. Portugal

<https://doi.org/10.34635/rpc.1206>

Palavras-chave: Encaminhamento e Consulta; Neoplasias/epidemiologia; Neoplasias/tratamento; Qualidade de Cuidados de Saúde; Unidades de Cuidados Oncológicos

Keywords: Cancer Care Facilities; Neoplasms/epidemiology; Neoplasms/therapy; Quality of Health Care; Referral and Consultation

INTRODUÇÃO

A 25 de junho de 2026, a OCDE e a Comissão Europeia publicaram o relatório *Boas Práticas nos Cuidados Oncológicos de Elevado Valor nos Países da UE*, que traça um retrato rigoroso do estado atual do tratamento oncológico na União Europeia.¹ As suas conclusões – um aumento significativo dos diagnósticos, a par de falhas persistentes na qualidade dos serviços – merecem ser conhecidas e debatidas pela

INTRODUCTION

On 25 June 2026, the OECD and the European Commission published the report *Good Practices for Delivering High Value Cancer Care in EU Countries*, which offers a rigorous portrait of the current state of cancer care in the European Union.¹ Its conclusions — a significant rise in diagnoses, alongside persistent shortcomings in quality of care — deserve to be known and debated by the Portuguese

Received/Recebido: 09/07/2026 **Accepted/Aceite:** 10/07/2026 **Published online/Publicado online:** 23/07/2026 **Published/Publicado:** 31/07/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

comunidade cirúrgica portuguesa. Foi essa convicção que motivou o presente editorial.

De acordo com o relatório citado, o cancro representa um desafio crescente de saúde pública na União Europeia (UE): estimam-se 2,7 milhões de novos diagnósticos em 2024, o que equivale a 5,1 por minuto. Embora a oncologia absorva 7% da despesa total em saúde na UE, os sistemas atuais apresentam falhas críticas na prestação de cuidados de «elevado valor», que se manifestam em atrasos no diagnóstico, disparidades injustificadas nos resultados e uma centralidade insuficiente no doente.

O relatório sintetiza as principais evidências de ineficiência e define quatro prioridades políticas fundamentais – vias de referência integradas, otimização de recursos, infraestrutura de dados e cuidados centrados nas pessoas –, ilustradas com boas práticas já implementadas em vários Estados-Membros e capazes de transformar a trajetória do controlo do cancro na Europa (Fig. 1). O relatório sublinha:

O PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO E O DESAFIO DA EFICIÊNCIA

O cancro é a segunda principal causa de morte nos países da UE e a sua incidência continua a aumentar, com projeções

surgical community. That conviction is what prompted this editorial.

According to the cited report, cancer represents a growing public health challenge in the European Union (EU): an estimated 2.7 million new diagnoses in 2024, the equivalent of 5.1 per minute. Although oncology absorbs 7% of total health expenditure in the EU, current systems show critical failures in the delivery of high-value care, manifested in diagnostic delays, unjustified disparities in outcomes, and insufficient patient-centredness.

The report summarises the main evidence of inefficiency and defines four key policy priorities — integrated referral pathways, resource optimisation, data infrastructure, and people-centred care — illustrated with good practices already implemented in several Member States and capable of transforming the trajectory of cancer control in Europe (Fig. 1). The report emphasizes:

THE EPIDEMIOLOGICAL LANDSCAPE AND THE EFFICIENCY CHALLENGE

Cancer is the second leading cause of death in EU countries, and its incidence continues to rise, with projections

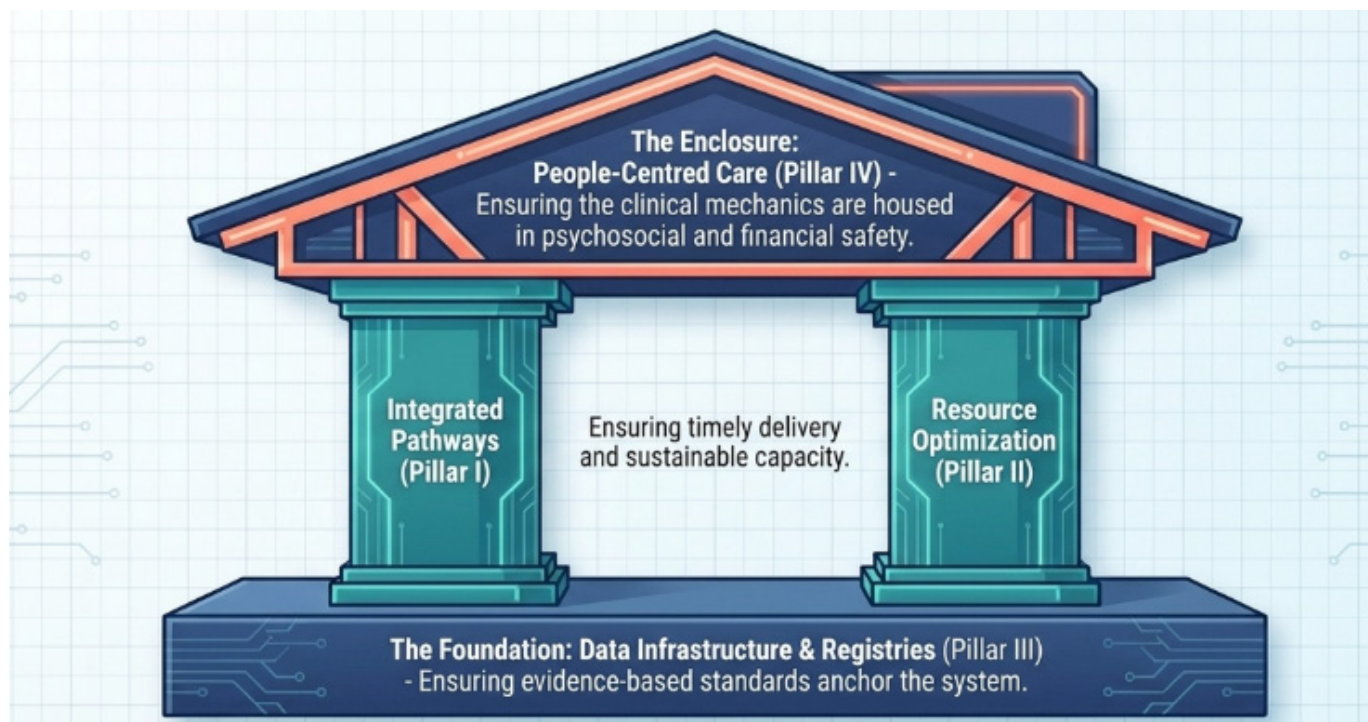


Figure 1. Strategic priorities for high-value cancer care: integrated pathways, resource optimisation and people-centred care. Prioridades estratégicas para cuidados oncológicos de elevado valor: referência oncológica integrada, otimização de recursos e cuidados centrados na pessoa.

que apontam para um agravamento do cenário nas próximas décadas.

- **Crescimento da incidência:** Desde 2000, o número de novos casos aumentou mais de 28% em ambos os sexos. Prevê-se que, até 2040, o número anual de casos na UE atinja os 3,2 milhões – um aumento de 18% face a 2022.
- **Atrasos no diagnóstico e no tratamento:**
 - Entre 15% e 40% dos doentes com cancro colorretal são diagnosticados em serviços de urgência, circunstância associada a resultados significativamente piores^{2,3};
 - Apenas três países (Bélgica, Dinamarca e Noruega) iniciam o tratamento de mais de 60% dos casos de cancro da mama feminina nos 30 dias após o diagnóstico.
- **Disparidades no rastreio:** as taxas de rastreio do cancro da mama em 2023 variaram entre 15% (Grécia) e 83% (Dinamarca e Suécia). No cancro colorretal, a variação é ainda maior: de 9% (Hungria) a 74% (Finlândia).

INEFICIÊNCIAS E VARIAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

A variabilidade injustificada nos cuidados oncológicos traduz desperdício de recursos e resultados subótimos para os doentes.

VARIAÇÕES EM PROCEDIMENTOS E DIAGNÓSTICOS

- **Mastectomias:** A percentagem de mastectomias parciais (menos invasivas) varia entre 79% em Espanha² e 50% ou menos na Roménia e na Polónia.
- **Cancro da próstata:** Em homens com mais de 75 anos, o diagnóstico em fase precoce varia entre 53% (Países Baixos) e 81% (Luxemburgo) – reflexo de práticas de diagnóstico inconsistentes, que resultam tanto em diagnósticos tardios como em tratamentos desnecessários de tumores de crescimento lento.
- **Mortalidade cirúrgica:** A taxa de mortalidade aos 30 dias após a cirurgia de cancro colorretal ronda 1,5% na Dinamarca e na Noruega, mas ultrapassa 5% na Croácia.

DESAFIOS NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

De acordo com o inquérito PaRIS da OCDE, os doentes oncológicos reportam pior saúde física e menor bem-estar do que os restantes utentes⁴:

- Apenas 44% classificam a sua saúde como boa ou excelente (contra 66% dos outros doentes);

pointing to a worsening scenario over the coming decades.

- **Rising incidence:** Since 2000, the number of new cases has increased by more than 28% in both sexes. By 2040, the annual number of cases in the EU is projected to reach 3.2 million — an 18% increase over 2022.
- **Delays in diagnosis and treatment:**
 - Between 15% and 40% of colorectal cancer patients are diagnosed through emergency services, a circumstance associated with significantly worse outcomes^{2,3};
 - Only three countries (Belgium, Denmark and Norway) start treatment for more than 60% of female breast cancer cases within 30 days of diagnosis.
- **Screening disparities:** Breast cancer screening rates in 2023 ranged from 15% (Greece) to 83% (Denmark and Sweden). For colorectal cancer, the variation is even wider: from 9% (Hungary) to 74% (Finland).

INEFFICIENCIES AND VARIATIONS IN CLINICAL PRACTICE

Unjustified variability in cancer care translates into wasted resources and suboptimal outcomes for patients.

VARIATIONS IN PROCEDURES AND DIAGNOSIS

- **Mastectomies:** The proportion of partial (less invasive) mastectomies ranges from 79% in Spain to 50% or less in Romania and Poland.
- **Prostate cancer:** In men over 75, early-stage diagnosis ranges from 53% (Netherlands) to 81% (Luxembourg) — a reflection of inconsistent diagnostic practices, resulting both in late diagnoses and in unnecessary treatment of slow-growing tumours.
- **Surgical mortality:** The 30-day mortality rate after colorectal cancer surgery is around 1.5% in Denmark and Norway, but exceeds 5% in Croatia.⁶

CHALLENGES IN PRIMARY CARE

According to the OECD's PaRIS survey, cancer patients report worse physical health and lower well-being than other patients⁴:

- Only 44% rate their health as good or excellent (versus 66% of other patients);

- Menos de um terço reporta cuidados centrados na pessoa;
- Cerca de 30% tiveram de repetir informações que já deveriam constar dos seus registos médicos – sinal claro de falhas na integração de dados.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS E MELHORES PRÁTICAS

Para aumentar o valor dos sistemas de cuidados oncológicos, o relatório identifica quatro áreas de intervenção prioritária.

CONSTRUÇÃO DE VIAS ONCOLÓGICAS INTEGRADAS

A fragmentação dos serviços deve dar lugar a percursos contínuos que liguem o diagnóstico, o tratamento e a sobrevivência.

País	Prática implementada
Dinamarca	«Protocolos oncológicos» padronizados, com tempos definidos para cada etapa do cuidado.
Suécia	Implementação de 31 vias de referência oncológica, para harmonizar diagnósticos e garantir equidade no acesso.
Áustria / Espanha ²	Investimento em funções de navegação de cuidados e em coordenação regional.

OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

O recurso a novas tecnologias e a novos modelos de prestação de cuidados pode gerar ganhos de eficiência sem comprometer a qualidade.

- **Cirurgia de ambulatório:** Os países nórdicos realizam entre 25% e 50% das mastectomias em regime de ambulatório.
- **Hospitalização domiciliária:** A França e a Polónia (Varsóvia) dispõem de sistemas de administração de quimioterapia no domicílio.
- **Biossimilares:** A adoção de biossimilares oncológicos reduziu os custos dos medicamentos em 33% na UE; a Dinamarca lidera, com 96% dos tratamentos cobertos por biossimilares.
- **Inteligência artificial (IA):** Oito países já utilizam IA no diagnóstico, incluindo Portugal (pulmão e pele), a Noruega (mama) e a Lituânia (pulmão). Na Alemanha, a dupla leitura de mamografias assistida por IA melhorou a deteção e reduziu custos.⁵

- Fewer than one-third report person-centred care;
- Around 30% had to repeat information that should already have been in their medical records — a clear sign of failures in data integration.

STRATEGIC PRIORITIES AND BEST PRACTICES

To increase the value of cancer care systems, the report identifies four priority areas for intervention.

BUILDING INTEGRATED CANCER PATHWAYS

The fragmentation of services must give way to continuous pathways linking diagnosis, treatment and survivorship.

Country	Practice implemented
Denmark	Standardised “cancer patient pathways” with defined time limits for each stage of care.
Sweden	Implementation of 31 cancer referral pathways to harmonise diagnosis and ensure equitable access.
Austria / Spain ²	Investment in care-navigation roles and regional coordination.

RESOURCE OPTIMISATION AND TECHNOLOGICAL INNOVATION

The use of new technologies and new models of care delivery can generate efficiency gains without compromising quality.

- **Day surgery:** The Nordic countries perform between 25% and 50% of mastectomies on an outpatient basis.
- **Hospital-at-home:** France and Poland (Warsaw) operate systems for administering chemotherapy at home.
- **Biosimilars:** The adoption of oncology biosimilars has reduced medicine costs by 33% in the EU; Denmark leads, with 96% of treatments covered by biosimilars.
- **Artificial intelligence (AI):** Eight countries already use AI in diagnosis, including Portugal (lung and skin), Norway (breast) and Lithuania (lung). In Germany, AI-assisted double reading of mammograms has improved detection and reduced costs.⁵

INFRAESTRUTURA DE DADOS E PADRÕES DE QUALIDADE

A monitorização rigorosa é condição essencial da melhoria contínua.

- **Alemanha:** O sistema de acreditação e certificação, em vigor desde 2003, reduziu o risco de mortalidade por cancro da mama, do cólon e da próstata.^{5,6}
- **Países Baixos:** Utilização de painéis de controlo (*dashboards*) clínicos para comparar resultados entre hospitais e identificar as melhores práticas.
- **Registos oncológicos:** Vinte e seis dos 29 países da UE+2 dispõem de registos nacionais; o desafio atual é melhorar a interoperabilidade e a atualidade dos dados (iniciativa *CancerWatch*).

CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA

Os cuidados devem abranger as necessidades psicológicas, sociais e financeiras dos doentes.

- **Saúde mental e social:** Apoio psicológico integrado (Irlanda e França) e reabilitação psicossocial (Letónia).
- **Proteção do emprego:** O cancro reduz em 14% a probabilidade de emprego. O Luxemburgo oferece até dois anos de baixa remunerada; os Países Baixos e a Alemanha privilegiam o apoio ao regresso ao trabalho.
- **Direito ao esquecimento:** A França foi, em 2016, o primeiro país a consagrar legalmente o «direito ao esquecimento» dos sobreviventes de cancro, combatendo a discriminação. Esta legislação protege os ex-pacientes da discriminação financeira, garantindo que não têm de divulgar o seu historial clínico a seguradoras ou bancos após um período específico de remissão (normalmente de 5 a 10 anos).
- **Cuidados paliativos:** Integração precoce e de base comunitária, com modelos avançados em Itália, na Noruega e na Bélgica.

O QUE FALTA FAZER EM PORTUGAL

A leitura deste relatório obriga-nos a olhar para dentro. Portugal ainda não desenhou nem aprovou o seu sistema de referenciação em oncologia – e cada ano de adiamento tem custos, medidos em diagnósticos tardios, em desigualdades de acesso e em recursos mal aproveitados.

É, por isso, o momento de refletirmos sobre a organização que queremos para o país e de criarmos as sinergias necessárias entre instituições, sociedades científicas e decisores políticos.

DATA INFRASTRUCTURE AND QUALITY STANDARDS

Rigorous monitoring is an essential condition for continuous improvement.

- **Germany:** The accreditation and certification system, in place since 2003, has reduced the risk of mortality from breast, colon and prostate cancer.^{5,6}
- **Netherlands:** Use of clinical dashboards to compare outcomes across hospitals and identify best practices.
- **Cancer registries:** Twenty-six of the 29 EU+2 countries have national registries; the current challenge is to improve data interoperability and timeliness (the *CancerWatch* initiative).

PEOPLE-CENTRED CARE

Care must address patients' psychological, social and financial needs.

- **Mental and social health:** Integrated psychological support (Ireland and France) and psychosocial rehabilitation (Latvia).
- **Employment protection:** Cancer reduces the probability of employment by 14%. Luxembourg offers up to two years of paid sick leave; the Netherlands and Germany focus on return-to-work support.
- **Right to be forgotten:** In 2016, France became the first country to enshrine in law the "right to be forgotten" for cancer survivors, combating discrimination. This legislation protects former patients from financial discrimination by ensuring they do not have to disclose their medical history to insurers or banks after a specific period of remission (typically 5 to 10 years).
- **Palliative care:** Early, community-based integration, with advanced models in Italy, Norway, and Belgium.

WHAT REMAINS TO BE DONE IN PORTUGAL

Reading this report compels us to look inward. Portugal has yet to design and approve its own oncology referral system — and every year of delay carries costs, measured in late diagnoses, inequities of access and poorly used resources.

It is therefore time to reflect on the organisation we want for the country and to build the necessary synergies between institutions, scientific societies and policymakers. When

Quando esse sistema for finalmente concretizado, deverá garantir ao doente oncológico os melhores cuidados – equitativos, atempados e financeiramente sustentáveis. As boas práticas europeias aqui resumidas mostram que é possível; falta-nos decidir fazê-lo.

that system finally comes into being, it must guarantee cancer patients the best possible care — equitable, timely and financially sustainable. The European good practices summarised here show that it can be done; what remains is for us to decide to do it.

ETHICAL DISCLOSURES

Conflicts of Interest: The author has no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Commissioned; not externally peer-reviewed.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Conflitos de Interesse: O autor declara a inexistência de conflitos de interesse.

Apoio Financeiro: Este trabalho não recebeu qualquer subsídio, bolsa ou financiamento.

Proveniência e Revisão por Pares: Solicitado; sem revisão externa por pares.

REFERENCES/ REFERÊNCIAS

1. OECD/European Union. Good practices for delivering high value cancer care in EU countries. Paris: OECD Publishing; 2026. [accessed June 2026] Available at: <https://doi.org/10.1787/a63b59ca-en>.
2. de la Portilla F, Builes S, García-Novoa A, Espín E, Kreisler E, Enríquez-Navascues JM, et al. Analysis of Quality Indicators for Colorectal Cancer Surgery in Units Accredited by the Spanish Association of Coloproctology. *Cir Esp*. 2018;96:226-33. doi: 10.1016/j.ciresp.2018.02.008.
3. Eto K, Urashima M, Kosuge M, Ohkuma M, Noaki R, Neki K, et al. Standardization of surgical procedures to reduce risk of anastomotic leakage, reoperation, and surgical site infection in colorectal cancer surgery: a retrospective cohort study of 1189 patients. *Int J Colorectal Dis*. 2018;33:755-62. doi: 10.1007/s00384-018-3037-3.
4. OECD. Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Survey (PaRIS). Paris: OECD Publishing; 2025. [accessed June 2026] Available at: <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>.
5. Brand T, Blankart K. Does access to quality accreditation improve health? – Patient-level evidence from German cancer care. *Eur J Health Econ*. 2026;27:591-607. doi: 10.1007/s10198-025-01833-z.
6. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;371:m4087. doi: 10.1136/bmj.m4087.