

**PARECER SOBRE A (I)LEGALIDADE DO RECURSO A CONTRATAÇÃO DIRETA  
PARA REALIZAÇÃO DE ATOS E SERVIÇOS DISPONÍVEIS NO SETOR  
CONVENCIONADO**

## SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente parecer tem por objeto a análise da (i)legalidade dos procedimentos de contratação direta desencadeados por diversas Unidades Locais de Saúde (ULS) em 2025, com vista à internalização de atos e serviços laboratoriais que se encontram disponíveis no setor convencionado.

O parecer conclui que os concursos lançados pela ULS de Matosinhos (Proc. PI/409/2025), ULS de Braga (Proc. n.º 5/03549/25) e ULS do Baixo Mondego (Proc. n.º 8027/2025 – “Internalização de Análises Clínicas”) violam o quadro normativo aplicável, designadamente o regime jurídico das convenções (DL n.º 139/2013, de 9 de outubro) e o Despacho n.º 12876-C/2024, de 29 de outubro.

A Constituição, no seu artigo 64.º, impõe ao Estado o dever de garantir a todos os cidadãos o acesso em tempo útil a cuidados de saúde, incumbindo-o de organizar o SNS de forma a assegurar universalidade, igualdade e eficiência. Essa obrigação foi concretizada pelo legislador também através do regime das convenções, que consagra o setor convencionado como componente complementar necessária do SNS, estruturado em torno dos princípios da liberdade de escolha dos utentes, da igualdade de tratamento entre prestadores, da transparência e da concorrência.

O Despacho n.º 12876-C/2024 densificou este regime ao estabelecer uma hierarquia vinculativa: ii) recurso obrigatório ao setor convencionado sempre que inexista capacidade interna em tempo útil; ii) apenas em último caso, se também a rede convencionada não garantir resposta, recurso à subcontratação externa direta. O despacho consagrou ainda mecanismos tecnológicos de agendamento, assegurando o exercício efetivo da liberdade de escolha pelo utente. Daqui resulta uma proibição jurídica absoluta de lançar concursos públicos ou outros procedimentos de contratação direta para atos e serviços disponíveis no setor convencionado.

A análise económica evidencia a ausência de racionalidade financeira nos processos de internalização. O estudo independente conduzido pela consultora Roland Berger, realizado em benefício do Ministério da Saúde e acompanhado pela ACSS, concluiu que não existe justificação económica para a internalização de análises clínicas, na medida em que os custos totais de realização hospitalar (incluindo pessoal,

equipamentos, reagentes, logística e overheads) são tendencialmente superiores aos preços convencionados. Os concursos agora lançados pelas ULS fragmentam custos e criam duplicações de despesa, pagando separadamente por colheitas, reagentes e consumíveis, ao mesmo tempo que suportam internamente os custos fixos da operação laboratorial.

Estes procedimentos restringem, também e de forma grave, a concorrência e a liberdade de escolha dos utentes. Ao substituir um modelo aberto, concorrencial e centrado no utente – em que qualquer prestador convencionado pode ser escolhido em igualdade de circunstâncias – por um modelo fechado, monopolizado pela ULS e pelo seu contratado exclusivo, as ULS eliminam a concorrência e afastam todos os outros prestadores de tal zona geográfica, muitas vezes com perda de proximidade e conveniência.

Por último, os impactos negativos destas práticas são múltiplos: violação do direito constitucional de acesso em tempo útil, restrição da liberdade de escolha do utente, distorção da concorrência e eliminação da igualdade entre prestadores, ineficiência económica com desperdício de recursos públicos, risco acrescido de incumprimento dos tempos máximos de resposta garantida, perda de capilaridade da rede de proximidade e ameaça à sustentabilidade do setor convencionado.

## **I – ENQUADRAMENTO INICIAL, CUMPRIMENTO NORMATIVO E CONFORMIDADE**

O presente parecer respeita as normas de *compliance* e o quadro jusconcorrencial. A sua elaboração foi e é da exclusiva responsabilidade da ANL, e não envolveu a recolha de elementos junto de quaisquer associados, nem a utilização de documentos ou informações previamente disponibilizadas à Associação, nem tampouco a discussão ou, por qualquer forma, contacto com associados e ou seus representantes, dirigentes ou colaboradores.

Todas as informações utilizadas neste parecer provêm de fontes oficiais ou públicas, citadas ao longo do texto e, conjuntamente com a análise jurídica no mesmo ínsita, em especial do regime jurídico do setor convencionado e sua complementaridade para a resposta do SNS, visa-se analisar da desconformidade

jurídica do recurso pelas Unidades Locais de Saúde (ULS) a procedimentos de contratação direta de atos e ou serviços que estão disponíveis no setor convencionado.

É esse o único desiderato do parecer, não podendo o mesmo ser interpretado como uma posição (ou decisão) de associação de empresas, nem o mesmo contém qualquer indicação, sugestão, ou elemento que fomente, potencie ou conduza a um qualquer comportamento não consentâneo com a liberdade e autonomia de cada associado.

## **II - MOTIVAÇÃO DO PARECER**

No decurso de 2025, três Unidades Locais de Saúde – Matosinhos, Braga e Baixo Mondego – desencadearam procedimentos concursais que, em substância, visam substituir o recurso à rede convencionada por um modelo de internalização de atos e serviços laboratoriais, apoiado em contratações parcelares de colheitas, logística e reagentes. Estas iniciativas constituem a motivação do presente parecer por revelarem, de forma clara, a adoção de estratégias de ULS que se afastam do quadro jurídico vinculativo que determina o recurso ao setor convencionado sempre que inexista capacidade interna e que apenas em último recurso admite a subcontratação extra-convenções.

A ULS de Matosinhos lançou, em junho de 2025, o concurso público internacional PI/409/2025, com um preço base superior a quinhentos mil euros e prazo de execução de trinta meses, destinado à prestação de serviços de colheitas de análises clínicas nas suas unidades. O objeto do concurso circunscreve-se à fase pré-analítica, isto é, à recolha de sangue e outras amostras biológicas, mantendo-se presumivelmente a realização técnica das análises no laboratório do Hospital Pedro Hispano. Trata-se, portanto, de uma terceirização limitada à colheita, que não ativa a rede convencionada mas que apoia um processo de internalização. De notar que os critérios de escolha assentam numa lógica de proposta economicamente mais vantajosa, sem determinação de preços mínimos ou preços anormalmente baixos, e tampouco são solicitados documentos de habilitação dos concorrentes, não se encontrando sequer garantido que são cumpridas as exigências legais e profissionais para o exercício da atividade de colheitas de amostras biológicas.

Na mesma linha, a ULS de Braga promoveu em julho de 2025 o concurso público n.º 5/03549/25 para a prestação de serviços de colheitas de análises clínicas. O contrato, com a duração de doze meses ou até ao limite de 129 870 euros, prevê um valor unitário de 1,85 euros por colheita para um total estimado de 70 200 colheitas. Também aqui se contrata apenas a fase da colheita, ficando a execução laboratorial concentrada no Hospital de Braga. O resultado é a canalização dos utentes para o circuito interno da ULS, em substituição da rede de laboratórios convencionados que antes assegurava esse serviço, e também aqui os critérios de escolha assentam numa lógica de proposta economicamente mais vantajosa, sem determinação de preços mínimos ou preços anormalmente baixos (mau grado ser feita referência ao mesmo, não se apresenta fixado), e tampouco são solicitados documentos de habilitação dos concorrentes, pelo que também não se encontra garantido que são cumpridas as exigências legais e profissionais para o exercício da atividade de colheitas de amostras biológicas.

A ULS do Baixo Mondego, por sua vez, aprovou em junho de 2025 o lançamento do procedimento n.º 8027/2025, designado expressamente “Internalização de Análises Clínicas”. O objeto do contrato vai além da colheita, incluindo igualmente o fornecimento de reagentes e consumíveis clínicos indispensáveis ao funcionamento do Serviço de Medicina Laboratorial do Hospital Distrital da Figueira da Foz. O contrato prevê a recolha de amostras nos centros de saúde, o transporte para o hospital e o aprovisionamento de materiais necessários, centralizando toda a execução analítica no laboratório hospitalar e substituindo, de forma deliberada, a anterior utilização do setor convencionado.

Embora com detalhes distintos, os três procedimentos convergem no essencial: em todos, a execução das análises é centralizada nos laboratórios hospitalares das ULS, sem recurso à rede convencionada, enquanto se contratam serviços auxiliares de colheita, logística ou fornecimento de reagentes para sustentar a internalização. Esta convergência tem consequências diretas no percurso do utente, que deixa de poder exercer livremente o seu direito de escolha e fica obrigado a recolher nas unidades da ULS, dependendo exclusivamente do respetivo laboratório hospitalar.

Ao optarem por internalizar e contratar diretamente serviços auxiliares, as ULS de Matosinhos, Braga e Baixo Mondego afastam-se do regime legalmente estabelecido, que determina o recurso prioritário ao

setor convencionado, e criam um modelo alternativo que não encontra suporte no Despacho n.º 12876-C/2024, nem no regime jurídico das convenções. Acresce que tais procedimentos restringem a concorrência de forma significativa: o regime das convenções é um modelo de adesão universal, no qual todos os prestadores convencionados podem concorrer em igualdade de circunstâncias e em que a escolha efetiva do prestador cabe ao utente. Este modelo garante liberdade de escolha ao cidadão, igualdade de oportunidades aos prestadores e uma concorrência saudável que incentiva a eficiência e a qualidade.

Ao invés, os concursos lançados pelas ULS selecionam um único prestador externo, mediante contratação direta, que passa a prestar em exclusivo o serviço de apoio à internalização na respetiva área geográfica. O utente perde a possibilidade de escolher entre diferentes laboratórios convencionados e vê-se limitado ao circuito imposto pela ULS, enquanto todos os restantes prestadores são afastados da prestação de serviços ao SNS naquela região. Esta substituição de um regime aberto, concorrencial e centrado no utente por um regime fechado, monopolizado e centralizado na própria ULS traduz-se numa restrição da liberdade de escolha, numa redução da concorrência e numa desigualdade de tratamento entre operadores económicos.

É neste contexto, entre as exigências de legalidade administrativa, a garantia constitucional de acesso à saúde, a proteção da liberdade de escolha dos utentes e a necessidade de assegurar concorrência e boa gestão dos recursos públicos, que se situa a motivação deste parecer e a razão pela qual se impõe uma análise jurídica aprofundada da legitimidade, ou da ilegitimidade, destes procedimentos.

### **III - O ENQUADRAMENTO CONSTITUCIONAL: DIREITO DE ACESSO À SAÚDE (ART. 64.º DA CRP)**

O direito de acesso a cuidados de saúde em tempo adequado resulta diretamente da Constituição da República Portuguesa (CRP). O artigo 64.º da CRP consagra o direito de todos os cidadãos à proteção da saúde, incumbindo o Estado de o realizar através de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e, tendencialmente, gratuito, entre outros meios (art. 64.º, n.º 2, alínea a)).

Este preceito constitucional estabelece uma obrigação do Estado de garantir o acesso efetivo e equitativo de todos os cidadãos aos cuidados de saúde necessários, e impõe que tal acesso se faça em condições de igualdade e dentro de prazos compatíveis com a proteção da saúde. Em suma, a Constituição impõe ao legislador infraconstitucional e à administração a criação de mecanismos que assegurem que nenhum cidadão utente fique privado de cuidados de saúde atempados por insuficiências do sistema público.

A tutela constitucional do direito à saúde abrange não apenas a existência formal de serviços de saúde, mas também a qualidade e tempestividade dos cuidados prestados. O acesso em tempo útil é, obviamente, parte integrante do conteúdo do direito à saúde, na medida em que cuidados de saúde tardios frustram a efetividade desse direito (um acesso tardio é *de jure* um não acesso).

Tendo todos os cidadãos a mesma dignidade social e sendo iguais perante a lei, e ninguém podendo ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito em razão, designadamente, do seu território de origem (art. 13.º, n.ºs 1 e 2), e sendo imposta a incumbência prioritária ao Estado de, para assegurar o direito à proteção da saúde, garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, e garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde, a concretização plena do artigo 64.º da CRP exigiu a definição de tempos máximos de resposta e a criação de garantias de cumprimento desses tempos, evitando esperas excessivas que coloquem em risco os utentes.

E note-se que cabendo ao Estado organizar o SNS, este deve (i) fazê-lo de modo a prevenir atrasos indevidos e, quando necessário, recorrer a parceiros do setor privado ou social (setor convencionado) para suprir lacunas de capacidade, assegurando sempre a continuidade da resposta assistencial; e (ii) de forma articulada com tais parceiros do setor privado ou social, porquanto é também expressa determinação do legislador constituinte que lhe incumbe “disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, **articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade**” (cfr. a al. d) do n.º 3 do art. 64.º da CRP).

Consequentemente, os princípios da articulação entre o SNS e o setor privado e da complementaridade deste último têm previsão normativa e constituem uma imposição constitucional.

#### **IV - O SETOR CONVENCIONADO COMO INSTRUMENTO COMPLEMENTAR DO SNS**

Estabelecido o assento constitucional do papel consagrado ao setor privado para auxiliar o SNS no cumprimento do seu dever fundamental de garantir o acesso de todos os cuidados, a todos os cidadãos e ao longo de todo o território, o legislador infraconstitucional deu corpo a tal articulação sobretudo através da figura das “convenções”. Ao abrigo de contratos (convenções) celebrados com o Estado, o setor privado convencionado é, por definição legal, complementar do SNS e destina-se a colmatar as necessidades de prestação de cuidados do SNS, quando este, por inexistência ou insuficiência de recursos, ou também por opção por considerar não dever alocar recursos a dada atividade e ou área, não tenha capacidade para as satisfazer.

Assim, e apenas se recuando à primeira Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto -, aí foi assumido “[...] um modelo misto de sistema de saúde, consagrando a complementaridade e o carácter concorrencial do sector privado e de economia social na prestação de cuidados de saúde, integrando na rede nacional de prestação de cuidados de saúde as entidades privadas e os profissionais livres que acordem com o Serviço Nacional de Saúde a prestação de todas ou de algumas actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde” – cfr. o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, que estabelecia o regime de celebração das convenções a que se referia a base XLI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde.

Em tal diploma era reconhecido que “[...] o interesse público a prosseguir - garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, com a necessária prontidão e continuidade – condiciona[va] a natureza, os termos e o conteúdo dos contratos a celebrar”, tal como era expressamente afirmado, enquanto fins das convenções, que “As convenções destinam-se, por via da correcta rentabilização dos meios existentes e da boa articulação entre instituições de saúde públicas e privadas, a contribuir para:

- a) A necessária prontidão, continuidade e qualidade na prestação dos cuidados de saúde;
- b) A equidade do acesso dos utentes aos cuidados de saúde.” – cfr. o artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 97/98.

Atualmente vigora o Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que estabelece o regime jurídico das convenções em saúde, e que visa “[...] com respeito pelos princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência, assegurar a realização de prestações de serviços de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde.” (cfr. o respetivo preâmbulo). E expressamente estabelece-se que

“1 - A contratação de convenções deve obedecer aos seguintes princípios:

- a) Equidade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde;
- b) Complementaridade, destinando-se a sua celebração a colmatar as necessidades do SNS quando este, de forma permanente ou esporádica, não tem capacidade para as suprir;
- c) Liberdade de escolha dos prestadores pelos utentes, quer do SNS, quer de entidades convencionadas, nos limites dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização estabelecidas;
- d) Garantia de adequados padrões de qualidade da prestação de cuidados de saúde.

2 - A contratação de convenções deve prosseguir os seguintes objetivos:

- a) Prontidão, continuidade, proximidade e qualidade na prestação dos cuidados de saúde;
- b) Obtenção de ganhos de eficiência na distribuição e afetação dos recursos do SNS, através da adoção de formas de gestão flexíveis e de mecanismos concorrenciais;
- c) Promoção da qualidade dos serviços prestados, através da exigência de licenciamento, quando aplicável e, complementarmente, através da indexação de padrões de qualidade ao financiamento.” – cfr. o art. 2.º do Decreto-Lei n.º 139/2013.

Ou seja, as convenções integram a chamada rede nacional de prestação de cuidados de saúde, cooperando com o SNS para a realização do direito à saúde, e tal princípio da complementaridade vincula a celebração e utilização das convenções à prossecução do interesse público de garantir acesso universal e atempado: sempre que os serviços e estabelecimentos integrados no SNS não consigam responder à procura em tempo útil, recorre-se a entidades convencionadas para assegurar que o utente obtenha o

cuidado ou exame necessário sem demora indevida, num quadro de a equidade de acesso e liberdade de escolha do prestador pelo utente.

Tanto significa que o sistema de convenções deve operar de modo a que todos os utentes tenham igual oportunidade de ser atendidos, seja por entidades do SNS, seja por entidades convencionadas, sem discriminações. Ademais, a liberdade de escolha garante que o utente do SNS pode optar pela entidade convencionada da sua preferência, não ficando automaticamente adstrito a um prestador selecionado pelo prescritor SNS.

Outrossim, o contrato de convenção pressupõe, via de regra, um clausulado-tipo previamente aprovado, ao qual as entidades privadas aderem, obrigando-se a prestar cuidados aos utentes do SNS com qualidade, segurança, em tempo útil, e em condições semelhantes às do serviço público, por aí igualmente se estabelecerem serem deveres das entidades convencionadas:

- “a) Prestar cuidados de saúde de qualidade e com segurança aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, não estabelecendo qualquer tipo de discriminação;
- b) Executar, exata e pontualmente, as prestações contratuais em cumprimento do convencionado, não podendo transmitir a terceiros as responsabilidades assumidas perante a entidade pública contratante, salvo nos casos legal ou contratualmente admissíveis;
- c) Prestar às entidades fiscalizadoras as informações e esclarecimentos necessários ao desempenho das suas funções, incluindo o acesso a todos os registos e documentação comprovativa da prestação de cuidados, nas vertentes física, financeira e níveis de serviço observados;
- d) Facultar informações estatísticas, relativamente à utilização dos serviços, para efeitos de auditoria e fiscalização e controlo de qualidade, no respeito pelas regras deontológicas e de segredo profissional;
- e) Respeitar os protocolos, requisitos e especificações técnicas para recolha, tratamento e transmissão de informação definidas contratualmente.” – cfr. o art. 12.º do Decreto-Lei n.º 139/2013.

Em contrapartida, o SNS compromete-se ao pagamento desses serviços conforme uma tabela convencionada, a qual deve(ria) assentar “[...] numa metodologia de fixação e atualização de preços de referência, que deve adaptar-se às exigências e especificidades impostas pelos diferentes serviços de saúde abrangidos e garantir o indispensável equilíbrio entre incentivos à eficiência e a garantia de

qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.” – cfr. o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 139/2013.

Em resumo, as convenções funcionam como um instrumento ao serviço do direito de acesso, possibilitando ao SNS expandir a capacidade de resposta para além da sua rede própria, sem onerar adicionalmente o utente. Do quadro legal subjacente extrai-se que o setor convencionado não é um corpo estranho ou adversário do SNS, mas sim uma extensão contratual do próprio SNS, acionada em nome da realização plena do direito à saúde. Esta visão é plenamente consistente com os princípios constitucionais já referidos e consta expressamente da legislação ordinária: o recurso a entidades convencionadas visa assegurar prontidão, continuidade, proximidade e qualidade na prestação dos cuidados de saúde aos utentes.

## V - DIREITO À LIVRE ESCOLHA PELO UTENTE DO SNS

Concomitantemente com a proteção do direito de acesso aos cuidados, também o direito de livre escolha do prestador de cuidados de saúde pelo utente do SNS é um elemento central tanto no regime jurídico das convenções, como na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, atualmente integrada na Lei n.º 15/2014. Significa que, dentro das alternativas disponibilizadas (isto é, das unidades do SNS ou entidades convencionadas com capacidade para prestar o cuidado necessário), o utente pode manifestar a sua preferência e optar por onde deseja ser atendido.

A liberdade de escolha é também expressamente estabelecida no art. 2.º, n.º 1, alínea c) do Decreto-Lei n.º 139/2013: “Liberdade de escolha dos prestadores pelos utentes, **quer do SNS, quer de entidades convencionadas**, nos limites dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização estabelecidas” (negrito nosso). E, sublinhe-se, não se resume ao regime convencionado, sendo antes um direito transversal e que em cada momento urge ser respeitado: “O utente dos serviços de saúde tem direito de escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes.” – cfr. o art. 2.º, n.º 1 da Lei n.º 15/2014.

O Despacho n.º 12876-C/2024, de 29 de outubro, reforça este direito ao alargar a possibilidade de escolha também às situações de prescrição hospitalar. Se até 2024, a liberdade de escolha no setor convencionado era exercida sobretudo nas prescrições dos cuidados primários, uma vez que eram os médicos de família que emanavam a maioria das requisições para convencionados, agora também os atos e MCDT prescritos em contexto hospitalar igualmente passarão a dar ao utente essa liberdade de eleição do local de realização.

Esta liberdade, aliada à complementaridade do setor convencionado, visa também introduzir maior concorrência e eficiência na prestação: os prestadores convencionados têm incentivo em prestar um bom serviço para serem os escolhidos pelos utentes, e o SNS beneficia de uma maior capacidade de resposta sem sacrificar a satisfação do utente.

#### **VI - O DESPACHO N.º 12876-C/2024: HIERARQUIA DE RECURSOS, LIBERDADE DE ESCOLHA E OBRIGAÇÃO DE RECURSO AO SETOR CONVENCIONADO**

O Despacho n.º 12876-C/2024 veio, entre outros aspetos, corrigir uma ineficiência estrutural identificada com a reorganização do SNS: nas instituições verticalmente integradas, com o são as ULS, o setor convencionado só podia ser acionado num dos âmbitos de resposta – os cuidados primários -, o que contrariava o desígnio de maximizar a capacidade assistencial com todos os meios públicos, privados e sociais, e de combater desigualdades e desperdícios. Por isso, o despacho determinar as condições de requisição de MCDT ao setor convencionado pelas ULS/IPO também no âmbito dos cuidados hospitalares, de par com a definição de novos meios de marcação e gestão de marcações, da atualização de parte da classificação e de preços a pagar no âmbito das convenções, o estabelecimento de procedimentos de alteração de convenções e a prorrogação das convenções vigentes. A *ratio legis* é inequívoca: integrar, articular e tornar efetivo o recurso ao setor convencionado onde tal acrescente capacidade e rapidez, reforçando simultaneamente a centralidade do direito de escolha do cidadão e a eficiência global do SNS.

No que respeita ao primeiro pilar, o regime assenta no recurso “livre” aos convenionados, ancorado na liberdade de escolha do utente, quando estejam em causa MCDT prescritos no contexto dos cuidados de saúde primários. O n.º 2, alínea a), determina que as ULS/IPO podem requisitar MCDT ao setor convenionado no âmbito dos cuidados primários; o n.º 9 esclarece de forma expressa que o disposto no n.º 2 não prejudica o direito de escolha do cidadão quanto ao local de prestação; e os n.ºs 10 e 11 instituem canais de agendamento multicanal — digitais, presença administrativa em qualquer unidade funcional dos cuidados primários e contacto direto com a entidade convenionada — independentemente do local de inscrição do cidadão. Assim, a prescrição em contexto de CSP permite ao utente escolher livremente a entidade convenionada onde o MCDT será realizado, com suporte organizativo e tecnológico providenciado pelo SNS.

Relativamente ao segundo pilar, o despacho estende esse mesmo regime de recurso “livre” aos convenionados à prescrição de MCDT em contexto hospitalar. É precisamente aqui que se elimina a ineficiência identificada: o preâmbulo assinala que uma ULS apenas podia usar o setor convenionado “num dos seus âmbitos de resposta”, realidade que o despacho corrige ao permitir a requisição de MCDT também em cuidados hospitalares, desde que observadas as condições definidas. O n.º 2, alínea b), consagra essa possibilidade, e o n.º 9 volta a salvaguardar que tal recurso não prejudica o direito de escolha do cidadão, mantendo a coerência do modelo centrado no utente tanto em CSP como no hospital. Por efeito direto deste regime, a prescrição em contexto hospitalar passa a poder ser satisfeita, por opção do utente e do serviço, num prestador convenionado, dentro da malha regulada das convenções e sem discricionariedade impeditiva por parte da ULS.

No que se pode considerar ser um terceiro pilar do Despacho, este é claro a determinar que recurso aos convenionados no que concerne à prescrição de MCDT em contexto hospitalar é livre “nas situações em que inexista capacidade de resposta interna na instituição”, e “Considera-se que não existe capacidade de resposta interna no âmbito dos cuidados de saúde hospitalares quando não for possível realizar o MCDT até ao dia a que corresponda 85% do tempo máximo de resposta garantida (TMRG) ou, na sua inexistência, até ao dia a que corresponda 85 % do tempo clinicamente aceitável (TCA)” (cfr. o n.º 3). Mas também forçosamente se conclui que inexiste capacidade de resposta interna na instituição sempre que,

como no caso das três ULS já referidas, seja aberto um procedimento aquisitivo de bens, serviços ou meios para a realização dos MCDT.

Ou seja, o Despacho densifica um dever jurídico objetivo de recurso aos convenccionados em meio hospitalar quando falte capacidade interna em tempo útil, definindo um gatilho de acionamento automático que evita a proximidade do incumprimento dos tempos máximos.

A hierarquia normativa que resulta do conjunto n.º 2 e n.º 3 é clara: prioridade à resposta interna, mas obrigação de recorrer ao convenccionado antes de roçar o prazo legal, em respeito pelo direito de escolha e pela tutela efetiva do acesso em tempo útil.

E um quarto pilar do Despacho decorre diretamente dessa hierarquia: **está expressamente vedado às ULS, no n.º 6 do Despacho, promoverem procedimentos aquisitivos diretos de MCDT quando esses atos estejam disponíveis no setor convenccionado. O n.º 6 funciona aqui como cláusula de subsidiariedade estrita da subcontratação extra-convenções: apenas “nos casos em que não seja possível assegurar a realização dos MCDT no SNS ou no setor convenccionado”** — isto é, esgotadas cumulativamente a via interna e a via convenccionada — devem as ULS/IPO, observando transparência, igualdade e concorrência, recorrer à subcontratação de entidades externas, usando como referência a tabela de preços do SNS.

Ao consagrar esta condição de dupla insuficiência como pressuposto (ou legalidade) da contratação extra-convenções, o Despacho torna juridicamente inadmissível abrir concursos, ou outros procedimentos, para a contratação direta de atos e serviços de MCDT que estejam disponíveis na rede convenccionada. Qualquer procedimento que, como regra antecedente, suprima ou ignore a resposta convenccionada para substituir estruturalmente o modelo por prestações contratadas *ad hoc* fora das convenções contraria frontalmente o n.º 6 e a lógica do n.º 2 do Despacho.

O quinto pilar completa a arquitetura ao instituir mecanismos e soluções tecnológicas, já em fase de implementação, para operacionalizar, com base na livre escolha do utente, o agendamento de MCDT em prestadores convenccionados. O n.º 4 atribui à SPMS a responsabilidade por disponibilizar às ULS/IPO as

soluções tecnológicas necessárias ao cumprimento do n.º 2, nomeadamente via plataforma de Prescrição Eletrónica Médica; os n.ºs 10 e 11 criam desde logo canais de agendamento pelo cidadão e nos atendimentos administrativos em CSP e unidades hospitalares; o n.º 12 fixa como marco até 30 de junho de 2025 a disponibilização pela SPMS, em articulação com a ACSS, da solução que permita ao cidadão solicitar pedidos de marcação de MCDT requisitados pelas ULS/IPO nas entidades convencionadas; o n.º 13 estabelece, até 1 de janeiro de 2026, a possibilidade de o cidadão agendar diretamente esses MCDT; o n.º 14 impõe à ACSS a atualização contínua da informação sobre entidades convencionadas; e o n.º 15 determina que as entidades com convenção disponibilizem, com 90 dias de antecedência, as janelas horárias por MCDT e por dia.

Da articulação coerente destes cinco eixos resulta uma hierarquia normativa inequívoca e vinculativa para as ULS/IPO, a qual, conjugada com os canais de agendamento e a proteção expressa do direito de escolha, consagra o setor convencionado como componente complementar necessária do SNS para garantia do acesso em tempo útil. Ignorar esta ordem e abrir procedimentos de contratação direta para atos e serviços disponíveis na rede convencionada, ou estruturar “internalizações” que dependam de aquisições externas prescindindo do acionamento das convenções, configura violação direta do Despacho e do princípio da legalidade administrativa, além de subverter a liberdade de escolha do utente e a racionalidade económico-organizativa que o diploma procura assegurar.

Por essa razão, e por força do que antecede, o modelo estabelecido no Despacho n.º 12876-C/2024 — inteiramente congruente com o regime das convenções e com os princípios estruturantes da liberdade de escolha e da complementaridade do setor convencionado — implica que é absolutamente proibido às ULS a abertura de concursos públicos ou outros procedimentos aquisitivos diretos para proceder à internalização de análises clínicas, enquanto os atos em causa estejam disponíveis no setor convencionado e a capacidade interna não seja suficiente para os realizar dentro do prazo devido, devendo, nesse caso, ser acionada a rede convencionada e a livre escolha do utente, tal como o despacho determina.

## VII – *EN PLUS*: A AUSÊNCIA DE RACIONAL ECONÓMICO NOS PROCESSOS DE INTERNALIZAÇÃO

A hierarquia normativa evidenciada no Despacho n.º 12876-C/2024 apresenta, ainda, um outro fundamento e assente na racionalidade económica subjacente à complementaridade da resposta convencionada.

Efetivamente, a análise económico-financeira da internalização de análises clínicas no SNS revela-se, à luz da melhor evidência disponível e até ao momento, insustentável. O estudo independente conduzido pela consultora Roland Berger em 2018, elaborado em benefício do Ministério da Saúde e acompanhado metodologicamente pela Administração Central do Sistema de Saúde, foi expressamente concebido para apurar, com rigor técnico, os custos totais da realização de análises clínicas no SNS em comparação com o regime convencionado.

A metodologia adotada assentou no custeio por atividade e no conceito de “custo total”, procurando imputar a cada exame todos os custos diretos e indiretos, desde a colheita até ao reporte dos resultados, de forma a tornar os valores comparáveis entre hospitais e com os preços da tabela de convenções.

Os resultados obtidos demonstraram a ausência de um racional económico que pudesse sustentar os processos de internalização. A informação recolhida em mais de uma dezena de entidades hospitalares revelou graves limitações: inexistência de contabilidade analítica padronizada, critérios de imputação heterogéneos, dados incompletos e variações muito acentuadas entre instituições e tipologias de exames. O relatório concluiu, em termos inequívocos, que não existia justificação fundamentada para uma política de internalização de análises clínicas e que qualquer decisão nesse sentido deveria ser precedida de estudos de custo total transparentes, auditáveis e comparáveis.

O estudo destacou, ainda, que os principais determinantes de custo não residem nos materiais de colheita, cujo peso é marginal, mas sim no capital instalado, nos recursos humanos, na manutenção tecnológica e nos *overheads* administrativos. Ora, os processos de contratação agora lançados pelas ULS de Matosinhos, Braga e Baixo Mondego incidem justamente sobre colheitas e reagentes, isto é, sobre parcelas de custo residuais, sem atacar os verdadeiros fatores de eficiência. Ao pagar separadamente por

colheitas, reagentes e consumíveis, enquanto assume internamente os restantes encargos de pessoal, equipamentos, resíduos, qualidade e gestão, o SNS corre sério risco de duplicar despesas e de ver encarecido o custo médio por exame relativamente ao preço unitário convencionado, que já inclui todos esses elementos numa lógica de escala e de integração.

O estudo da Roland Berger, patrocinado pelo Ministério da Saúde e acompanhado pela ACSS, assinalou em suma a inexistência de racional económico para justificar a internalização e a necessidade de robustecer os sistemas de informação e de custeio antes de qualquer decisão de internalização de análises clínicas. Ignorar essas conclusões e avançar para procedimentos de internalização como os ora analisados, sem qualquer demonstração prévia de poupança efetiva em termos de custo total, equivale a atuar contra a melhor evidência disponível e a colocar em causa o princípio da boa gestão dos dinheiros públicos.

É, pois, juridicamente e economicamente imperativo concluir que, perante a ausência de um racional económico comprovado e a existência de uma rede convencionada em pleno funcionamento, a opção pela internalização de análises clínicas constitui uma decisão ineficaz, onerosa e contrária aos deveres de legalidade e eficiência que vinculam as entidades do SNS.

## **VIII – A RESTRIÇÃO À CONCORRÊNCIA**

Os procedimentos de internalização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, ao arrepio do quadro normativo das convenções, constituem um movimento claramente restritivo da concorrência e, por essa via, uma violação dos princípios estruturantes que informam a atividade administrativa no setor da saúde.

Sob a aparência de ganhos de eficiência e de racionalidade organizativa, a prática que vem sendo seguida por algumas ULS traduz-se, na realidade, numa compressão ilegítima do mercado regulado, substituindo um modelo aberto, plural e concorrencial por um modelo fechado, monopolizado e rigidamente controlado pela entidade pública adjudicante.

No regime convencionado, todos os prestadores devidamente habilitados podem aderir às convenções em condições de igualdade, sendo a escolha efetiva do prestador concretizada pelo próprio utente, em função da sua conveniência e das suas preferências legítimas. Este modelo assegura uma concorrência saudável, pois os prestadores competem continuamente entre si na qualidade do serviço, no atendimento, na proximidade geográfica e na capacidade de resposta, tendo como incentivo último a preferência dos utentes que, dentro da malha do SNS, podem livremente optar. A liberdade de escolha dos cidadãos constitui, neste quadro, não apenas uma garantia do utente, mas também um mecanismo essencial de disciplina concorrencial.

A internalização operada pelas ULS inverte esta lógica. Ao concentrarem a realização das análises clínicas exclusivamente nas suas próprias unidades laboratoriais, apoiadas por um prestador externo selecionado por concurso mas limitado a funções de apoio logístico ou técnico, estas entidades eliminam a concorrência horizontal entre laboratórios convencionados. O mercado público de análises clínicas deixa, assim, de ser um espaço aberto à pluralidade de prestadores, transformando-se num espaço monopolizado em que apenas a ULS (e o seu subcontratado exclusivo) presta o serviço em nome do SNS. A pressão competitiva desaparece, o que naturalmente reduz incentivos à eficiência, à inovação tecnológica e à melhoria da qualidade do serviço.

Este efeito tem tradução direta na esfera jurídica dos utentes. Antes da internalização, um cidadão de Matosinhos, Braga ou Baixo Mondego, munido de uma requisição de análises, podia dirigir-se ao laboratório convencionado da sua preferência — muitas vezes próximo de casa ou do local de trabalho, com horários mais alargados e tempos de resposta mais curtos. A rede de laboratórios convencionados, dispersa pelo território, assegura capilaridade, comodidade e rapidez. Com a internalização, esse mesmo cidadão vê-se forçado a aceder à realização das análises apenas nas unidades da ULS e a aguardar pelo processamento no laboratório hospitalar, perdendo a possibilidade de escolher. Esta restrição não encontra fundamento legal válido: pelo contrário, o legislador tem vindo a reforçar o direito de livre escolha como um corolário da dignidade da pessoa humana e da igualdade de acesso aos cuidados de saúde.

A consequência económica é igualmente grave. Ao excluir artificialmente todos os prestadores convencionados do circuito do SNS naquela região, a ULS cria uma barreira absoluta à concorrência, favorecendo apenas a si própria e o prestador único contratado, quebrando a lógica de igualdade de oportunidades que está na base do regime de convenções. Do ponto de vista da concorrência, esta prática representa uma distorção de mercado, retirando procura a operadores que atuavam em regime regulado e transferindo-a para um modelo monopolista imposto administrativamente.

Em suma, a internalização compulsiva configura uma dupla violação: de um lado, do princípio da liberdade de escolha do utente, que deixa de poder exercer o seu direito de selecionar o prestador convencionado que mais lhe convém; de outro, do princípio da concorrência e da igualdade entre operadores, já que o modelo passa a favorecer apenas o prestador interno da ULS e, por extensão, o seu contratado exclusivo, em detrimento da rede alargada de prestadores que, até então, prestava serviços em condições de igualdade e de concorrência aberta. Trata-se de um recuo em matéria de direitos dos cidadãos, um retrocesso na dinâmica concorrencial e uma prática sem fundamento legal, que deve ser qualificada como violadora não apenas do Despacho n.º 12876-C/2024, mas também dos princípios jurídicos estruturantes do direito administrativo e económico aplicáveis ao setor da saúde.

## **XI - CONCLUSÕES**

À luz da análise *supra*, impõe-se concluir que os procedimentos de internalização de análises clínicas desencadeados por diversas ULS em 2025 padecem de múltiplas ilegalidades e contradições com o quadro normativo vigente. Tais práticas violam princípios constitucionais e legais, subvertem o regime das convenções, desrespeitam a hierarquia de recursos imposta pelo Despacho n.º 12876-C/2024, geram distorções concorrenciais graves e acarretam ineficiências económicas e prejuízos concretos para os utentes e para o interesse público, resultando inequívoco que:

1. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, implica para o Estado a obrigação positiva de garantir o acesso universal, equitativo e

em tempo útil a cuidados de saúde, incumbindo-lhe organizar o SNS de modo a prevenir atrasos, assegurar eficiência e articular-se com o setor privado e social através de convenções.

2. O regime jurídico das convenções, atualmente disciplinado pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, concretiza esse mandato constitucional, instituindo o setor convencionado como componente complementar e necessária do SNS, vinculado aos princípios da complementaridade, liberdade de escolha, igualdade, transparência e concorrência.
3. O Despacho n.º 12876-C/2024, de 29 de outubro, veio densificar esta obrigação, estabelecendo uma hierarquia de recursos vinculativa para as ULS e IPO: (i) obrigatoriedade de recurso ao setor convencionado sempre que não exista capacidade interna em tempo útil, concretizada objetivamente no limiar dos 85% do TMRG ou TCA no que respeita aos exames prescritos em contexto hospitalar; (ii) apenas em último caso, se também o setor convencionado não garantir resposta, é admissível recurso à contratação externa direta.
4. Da conjugação normativa do regime das convenções e do Despacho 12876-C/2024 resulta uma proibição jurídica clara: as ULS não podem lançar concursos públicos, ajustes diretos ou quaisquer procedimentos de contratação externa para atos e serviços que estejam disponíveis no setor convencionado, sob pena de violação da legalidade administrativa e do direito de acesso dos utentes.
5. Os procedimentos lançados em 2025 pelas ULS de Matosinhos (PI/409/2025), Braga (CP n.º 5/03549/25) e Baixo Mondego (Proc. n.º 8027/2025 – “Internalização de Análises Clínicas”) substituem a utilização da rede convencionada por modelos de internalização apoiados em contratações parcelares de colheitas, reagentes e logística, sem qualquer fundamento jurídico que o permita.
6. Estes procedimentos acarretam múltiplas violações: (i) da Constituição, ao restringirem o direito de acesso em tempo útil e a liberdade de escolha do utente; (ii) do regime das convenções, ao afastarem os prestadores convencionados de um circuito que a lei lhes reserva em igualdade de

condições; (iii) do Despacho 12876-C/2024, ao contornarem a obrigação de recurso ao setor convencionado e ao promoverem contratações diretas proibidas; (iv) dos princípios da concorrência, da igualdade e da boa administração, ao criarem monopólios artificiais em benefício exclusivo da ULS e do seu prestador contratado.

7. A análise económico-financeira confirma que não existe racional económico para justificar estas internalizações. O estudo independente da Roland Berger (2018), realizado em benefício do Ministério da Saúde e acompanhado pela ACSS, concluiu de forma expressa que não se demonstrava qualquer vantagem de custo total na internalização de análises clínicas e que qualquer decisão nesse sentido deveria ser precedida de estudos rigorosos e comparáveis, o que não sucedeu nos casos em apreço.
8. Acresce que estas práticas implicam desperdício de recursos públicos, porquanto o SNS passa a pagar separadamente serviços de colheita e reagentes, ao mesmo tempo que suporta internamente os custos fixos de pessoal, equipamentos e gestão, duplicando encargos que no regime convencionado estão integrados no preço unitário por exame.
9. Os efeitos negativos para os utentes são igualmente graves: restrição da liberdade de escolha, perda da proximidade e capilaridade da rede convencionada, maior dificuldade de acesso e risco acrescido de incumprimento dos tempos máximos de resposta garantida, sujeitando as ULS a responsabilidade contraordenacional perante a ERS.
10. Os efeitos negativos para o mercado e para o sistema são também significativos: eliminação da concorrência, concentração artificial da procura num único prestador, desincentivo à inovação e à eficiência, e risco de destruição de capacidade instalada no setor privado convencionado, com efeitos irreversíveis sobre a sustentabilidade da rede de cuidados.