



**POSIÇÃO CONJUNTA SOBRE INTERNALIZAÇÃO DE MCDT NAS ULS,
LIBERDADE DE ESCOLHA E SUSTENTABILIDADE DA REDE
CONVENCIONADA**

**ANAUDI - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE UNIDADES DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM**

ANACARD - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CARDIOLOGISTAS

ANL - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS LABORATÓRIOS CLÍNICOS

Sumário Executivo

O *Estudo sobre as Unidades Locais de Saúde – 2025*, da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), revela uma incongruência estrutural no funcionamento atual do sistema de saúde português: as Unidades Locais de Saúde (ULS) identificam a internalização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) como uma vantagem do modelo organizativo, ao mesmo tempo que o próprio estudo documenta a degradação do acesso aos cuidados de saúde, o incumprimento significativo de tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), a existência de assimetrias territoriais relevantes e uma elevada pressão de reclamações dos utentes.

Com efeito, mais de metade das ULS reporta aumento de processos de internalização, com incidência nas áreas de maior volume assistencial — análises clínicas, imagiologia e cardiologia —, mas essa evolução não é acompanhada por qualquer evidência de melhoria do acesso, da qualidade ou da eficiência. Pelo contrário, o estudo da ERS demonstra níveis elevados de incumprimento de TMRG, desigualdades territoriais no acesso e um volume muito significativo de reclamações diretamente associadas a dificuldades de acesso.

Simultaneamente, o estudo contém indícios particularmente sensíveis de disfunções no acesso ao setor convencionado, designadamente quando revela que uma percentagem não negligenciável de ULS indica inexistência de vias de requisição de MCDT para entidades convencionadas, ou limita esse acesso a canais restritivos e não plurais. Estes dados são materialmente relevantes do ponto de vista jurídico, por poderem traduzir restrições ao direito de acesso e à liberdade de escolha dos utentes.

Esta realidade ocorre num contexto em que a própria ERS tem documentado a retração da rede convencionada, designadamente no setor das análises clínicas, com redução da cobertura territorial e existência de concelhos sem oferta, e em que dados setoriais recentes apontam para uma diminuição relevante da atividade convencionada em áreas como a imagiologia.



A análise integrada destes elementos conduz a uma conclusão inequívoca: a internalização tem vindo a ser promovida como objetivo em si mesmo, sem avaliação estruturada de impacto, e está associada a efeitos adversos no acesso aos cuidados de saúde e na sustentabilidade da rede convencionada.

Tal orientação é incompatível com o quadro jurídico vigente, designadamente com o regime jurídico das convenções (Decreto-Lei n.º 139/2013), que consagra a complementaridade do setor convencionado e a liberdade de escolha dos utentes, bem como com os direitos dos utentes consagrados na Lei n.º 15/2014 e com as orientações mais recentes, que impõem a garantia de acesso ao setor convencionado quando não exista capacidade interna em tempo útil.

I. Enquadramento: a incongruência estrutural revelada pelo Estudo da ERS sobre as ULS (2025) – a valorização da internalização de MCDT como pretensa vantagem e a simultânea degradação do acesso e fragilização da rede convencionada

A presente posição conjunta da ANAUDI, ANACARD e ANL encontra o seu motivo basilar na realidade evidenciada pelo *Estudo sobre as Unidades Locais de Saúde – 2025*, da Entidade Reguladora da Saúde, recentemente divulgado¹.

Tal estudo demonstra uma incongruência estrutural e grave no funcionamento atual do sistema de saúde, referindo, de forma expressa, que a internalização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) é percecionada pelas ULS como um dos principais ganhos do modelo organizativo: 62,5% das ULS pré-existentes e 48,4% das novas ULS identificam a internalização como uma vantagem da integração, sendo que 54,8% das ULS reportam um aumento efetivo desses processos, com incidência particularmente significativa nas áreas das análises clínicas (38,7%), radiologia (29%) e cardiologia (12,9%) - ERS, *Estudo sobre as ULS – 2025*, pp. 83–84).

Todavia, essa valorização da internalização surge em contradição direta com o restante corpo de evidência produzido pelo próprio estudo, que demonstra de forma clara e reiterada a existência de problemas graves no acesso aos cuidados de saúde, designadamente ao nível do cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos, da existência de assimetrias territoriais relevantes e da pressão assistencial sentida pelos utentes. O estudo revela que, no primeiro semestre de 2025, as taxas de incumprimento dos TMRG atingem valores particularmente elevados em diversas ULS, com percentagens superiores a 30% no que respeita a cirurgia programada em múltiplos casos e ultrapassando mesmo os 40% em determinadas unidades, sendo que, no caso das primeiras consultas hospitalares, várias ULS apresentam níveis de incumprimento superiores a 60%,

¹ Disponível em https://www.ers.pt/media/zttlvu0x/estudo-uls-2025_pub.pdf

chegando a atingir 70,5%. A própria ERS reconhece que os problemas de equidade no acesso manifestam-se tanto na dimensão temporal como na dimensão geográfica, evidenciando desigualdades significativas entre territórios.

Este quadro é ainda agravado pela dimensão quantitativa das reclamações associadas ao funcionamento das ULS, tendo sido registados mais de 120.000 processos de reclamação relativos às novas ULS no período analisado, com destaque para matérias diretamente relacionadas com o acesso, como a resposta em tempo útil e o cumprimento dos TMRG, que concentram dezenas de milhares de ocorrências. Ou seja, o próprio estudo que identifica a internalização como uma vantagem é também aquele que documenta, de forma inequívoca, a existência de falhas estruturais no acesso aos cuidados de saúde.

Mais relevante ainda, e com particular densidade jurídica, é o facto de o estudo da ERS conter indícios concretos de disfunções no acesso ao setor convencionado. A análise das respostas das ULS quanto às formas de requisição de MCDT revela que uma percentagem não negligenciável — 22,6% das ULS — indica que os utentes podem aceder ao setor convencionado “através de nenhuma das hipóteses” apresentadas, sendo igualmente reduzida a proporção de ULS que admite a existência de múltiplos canais de acesso (ERS, Estudo sobre as ULS – 2025, p. 86). Esta evidência é materialmente relevante, pois sugere a existência de barreiras administrativas ou operacionais que, na prática, impedem o acesso dos utentes à rede convencionada, em violação do regime jurídico aplicável e dos direitos dos utentes.

Paralelamente, a própria informação regulatória da ERS relativa a setores específicos, designadamente às análises clínicas, aponta para uma retração significativa da rede convencionada, com redução do peso relativo dos estabelecimentos convencionados no mercado, diminuição da cobertura territorial e existência de dezenas de concelhos sem qualquer oferta convencionada, obrigando a deslocações significativas por parte dos utentes. Este fenómeno é consistente com um processo de fragilização progressiva da rede complementar, que se traduz numa perda de capacidade instalada disponível para o sistema (ERS, Informação de Monitorização – Setor Convencionado de Análises Clínicas, novembro de 2025).

De igual modo, os dados setoriais mais recentes da área da imagiologia evidenciam uma redução substancial do número de utentes do SNS atendidos em regime convencionado em 2025 face a 2024 (Inquérito à Atividade 2025 – Anaudi).

Neste contexto, o que emerge da análise integrada dos elementos disponíveis não é uma história de sucesso associada à internalização, mas antes um paradoxo operacional: as ULS valorizam e promovem a internalização em áreas de elevado volume assistencial, ao mesmo tempo que o sistema evidencia dificuldades crescentes de acesso, incumprimento de tempos de resposta, aumento de reclamações e retração da rede convencionada.

Esta incongruência é tanto mais relevante quanto o regime jurídico das convenções, consagrado no Decreto-Lei n.º 139/2013, assenta precisamente numa lógica de complementaridade entre o SNS e o setor convencionado, tendo como princípios estruturantes a equidade no acesso, a garantia de resposta em tempo útil, a qualidade assistencial e a liberdade de escolha dos utentes entre prestadores do SNS e entidades convencionadas. A internalização, enquanto instrumento organizativo, não pode, portanto, ser dissociada destes princípios nem tratada como um objetivo autónomo de política pública.

Acresce que a própria ERS, através do seu Alerta de Supervisão n.º 7/2025², veio reforçar a necessidade de garantir o acesso ao setor convencionado para assegurar resposta em tempo útil e aceitável.

Assim, a leitura sistemática do estudo da ERS e dos elementos complementares disponíveis conduz a uma conclusão inequívoca: a valorização da internalização como vantagem do modelo das ULS não só não é corroborada por evidência de melhoria do acesso, como surge associada a sinais claros de degradação do mesmo e a indícios de restrição do acesso ao setor convencionado. Trata-se, por conseguinte, de uma falácia de política pública, que confunde

² Disponível em https://www.ers.pt/media/j52omtgv/alerta_supervis%C3%A3o_7_2025.pdf

reorganização interna com melhoria do sistema e que, ao promover a redução da atividade da rede convencionada, contribui para a destruição de capacidade instalada pré-existente, com impacto negativo na resiliência, na eficiência e, sobretudo, no direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

II. Degradação de acesso, assimetria territorial e redução da rede convencionada (e conseqüente redução de capacidade de resposta do SNS)

Os processos de internalização são, por regra, justificados numa lógica pura de gestão interna das ULS, e uma reiterada postura de estatização de atividade, irrelevantemente da sua justificação, ou não. Tem havido, portanto, uma apreciação do acesso apenas pelo indicador “percentagem de atividade internalizada”³, o que demonstra que as ULS não colocam o utente no centro do sistema. Continua a imperar uma retrógrada visão hospitalocêntrica, impondo regras de organização e funcionamento unilateralmente definidas, exclusivamente à luz de interesses da própria ULS, e prejudiciais seja aos utentes, seja a todos os restantes stakeholders da rede nacional da prestação de cuidados de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde é uma função simultânea de capacidade instalada (recursos humanos, equipamentos, produtividade), tempo de resposta (TMRG e tempos clínicos efetivos), proximidade (distância e custo de deslocação), equidade territorial (assimetria regional), mecanismos de encaminhamento (credenciais, prescrição, plataformas digitais), e direitos do utente (incluindo liberdade de escolha e não discriminação).

É preocupante que no ano de 2026 ainda se ignore uma tal completude de análise do acesso e dos direitos dos utentes, e tanto mais que há evidência robusta, em documentação recente, de que a cobertura territorial e a capacidade assistencial podem degradar-se quando o sistema substitui procedimentos abertos e estáveis (convenções) por mecanismos *ad hoc* ou por internalizações sem avaliação de impacto. Exemplo paradigmático é a área de análises clínicas:

³ Vide, por exemplo, o Estudo sobre as Unidades Locais de Saúde – 2025, da ERS, pp. 82 e ss.

a última Informação de Monitorização sobre o Setor Convencionado de Análises Clínicas, divulgada pela ERS no passado dia 11 de novembro de 2025, confirma uma redução muito significativa dos estabelecimentos não públicos com convenção com o SNS - entre 2023 e 2024, o número de estabelecimentos convencionados passou de 990 para 763, o que corresponde a uma quebra de cerca de 23% em apenas um ano, e o rácio de estabelecimentos convencionados por 1.000 habitantes em Portugal continental desceu de 0,11 para 0,08, evidenciando uma retração estrutural da rede ao serviço do SNS -, tal como registou um aumento do número de concelhos sem qualquer prestador convencionado de análises clínicas, que passou de 57 para 73 concelhos - ou seja, 26,3% do total de concelhos de Portugal continental já não apresenta oferta convencionada, no que constitui um preocupante aumento face à anterior medição em que tal ausência de oferta convencionada abrangia 20,5% do total de concelhos de Portugal continental. Em simultâneo, o tempo máximo de deslocação até um ponto de colheitas convencionado aumentou e atinge já 1h17, face ao anterior máximo medido pela ERS de 1h07, com particular penalização de utentes em regiões de menor densidade populacional, onde a rede convencionada é, muitas vezes, a única alternativa real de acesso em tempo clinicamente aceitável.

Ora, parte substancial dos territórios mais prejudicados pela dificuldade de acesso coincidem com territórios abrangidos por ULS que se revelaram, em algum momento, especialmente propensas a processos de internalização de análises clínicas, sendo assim possível demonstrar o dano efetivo que tais políticas vêm causando ao acesso dos utentes do SNS aos MCDTs.

Também no que respeita à imagiologia, dados setoriais de 2025 obtidos em sede de inquérito de atividade da Anaudi indicam uma redução relevante de atividade global e, em particular, uma diminuição substancial da atividade associada ao SNS, com redução do número de atos realizados ao abrigo das convenções com o SNS, bem como redução do número de utentes atendidos no âmbito do SNS (redução de aproximadamente 4.7M para 3.6M utentes). Questionadas sobre os principais constrangimentos à sua atividade, as empresas de diagnóstico pela imagem destacaram de forma clara os preços dos atos convencionados como o fator mais crítico, em segundo lugar surge a dificuldade em recrutar pessoal qualificado, igualmente apontada como um constrangimento relevante, com 69% das unidades a classificarem este fator como tendo impacto

elevado e 23% impacto significativo, e a falta de previsibilidade das políticas públicas surge também como um obstáculo relevante para o planeamento e investimento das unidades, com 31% das empresas a indicarem impacto elevado e 54% impacto significativo.

Ou seja, os dados de atividade relativos ao ano de 2025 evidenciam já sinais preocupantes de retração da atividade, verificando-se uma diminuição do número de atos realizados e do número de utentes atendidos, em particular no âmbito do SNS, evolução essa que não pode deixar de ser relacionada com o contexto crítico que o setor atravessou, marcado pela ausência de revisão da tabela de atos convencionados durante mais de uma década — situação que a ANAUDI vinha reiteradamente alertando como insustentável e suscetível de comprometer a capacidade instalada da rede convencionada. E se, entretanto, foi aprovado o Despacho n.º 2312/2026, de 23 de fevereiro, do Secretário de Estado da Gestão da Saúde, que procedeu à atualização da tabela de atos convencionados na área da radiologia, medida que constitui um passo positivo no sentido da recuperação da sustentabilidade do setor, apenas após um período de aplicação do novo regime será possível avaliar em que medida esta atualização permitiu inverter ou, pelo menos, mitigar a retração verificada, contribuindo para a recuperação parcial da atividade e para a recomposição da rede convencionada. Porém, esse esforço do Ministério da Saúde em atualizar a tabela de radiologia pode, agora, ser total ou parcialmente prejudicado por internalizações erráticas dos MCDTs pelas ULS.

Na verdade, a retração da rede convencionada é uma consequência previsível quando a procura “retirada” por processos de internalização não é compensada por preços atualizados e previsibilidade contratual, e ou a rede convencionada é substituída por “procurement” pontual, e ou os canais de encaminhamento (credenciais, plataformas, balcões administrativos) criam barreiras que reduzem volume e confiança.

III. Quadro jurídico do acesso ao setor convencionado e da liberdade de escolha – o regime jurídico das convenções e a função constitucional e assistencial de complementaridade da rede convencionada

O regime jurídico das convenções, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, estabelece um conjunto de princípios estruturantes que não têm natureza meramente programática, mas antes conformadora da própria organização e funcionamento do sistema de saúde no que respeita à articulação entre o Serviço Nacional de Saúde e o setor convencionado. Entre esses princípios destacam-se a equidade no acesso, a complementaridade funcional entre o SNS e os prestadores convencionados, a garantia de adequados padrões de qualidade e, de forma particularmente relevante, a liberdade de escolha dos prestadores pelos utentes, expressamente consagrada como elemento integrante do modelo.

Este conjunto normativo deve ser interpretado à luz da arquitetura constitucional do direito à proteção da saúde, que assenta num modelo misto de provisão, no qual o SNS constitui o eixo estruturante, mas não exclusivo, da prestação de cuidados. Nesse quadro, a rede convencionada não é um elemento acessório ou residual, mas sim uma componente funcional da rede nacional de prestação de cuidados de saúde, assegurando, em termos materiais, a efetividade do direito de acesso em condições de proximidade, tempestividade e qualidade. A complementaridade prevista no regime jurídico das convenções traduz, assim, uma verdadeira função assistencial estruturante, destinada a robustecer a capacidade do setor público e a garantir que o sistema, no seu conjunto, responde às necessidades dos utentes.

A consagração da liberdade de escolha dos prestadores assume, neste contexto, uma dimensão jurídico-operativa particularmente relevante. Não se trata de uma faculdade meramente formal, mas de um elemento essencial do circuito assistencial convencionado, na medida em que o próprio modelo de financiamento e de funcionamento das convenções assenta na prescrição clínica seguida da escolha do utente quanto ao prestador. É essa escolha que desencadeia o mecanismo de realização do ato e o correspondente encargo para o SNS, o que significa que a liberdade de

escolha não é apenas um direito subjetivo do utente, mas também um elemento estruturante do modelo económico e organizativo do sistema convencionado.

Deste modo, quaisquer práticas ou modelos organizativos que, direta ou indiretamente, restrinjam ou condicionem o acesso do utente ao setor convencionado, designadamente através da limitação dos canais de encaminhamento, da retenção do utente em listas internas de espera ou da ausência de informação adequada sobre alternativas disponíveis, configuram não apenas uma disfunção operacional, mas uma potencial violação do regime jurídico aplicável e dos direitos dos utentes.

Neste enquadramento, a internalização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica pelas ULS não pode ser concebida como um objetivo autónomo ou um indicador de desempenho em si mesmo. Trata-se, quando muito, de um instrumento organizativo ao dispor das entidades públicas, cuja utilização deve ser aferida à luz dos princípios que regem o sistema, designadamente a equidade no acesso, a eficiência na utilização de recursos, a qualidade assistencial e a preservação da liberdade de escolha dos utentes. A internalização apenas será juridicamente e funcionalmente legítima na medida em que contribua para melhorar o acesso efetivo aos cuidados, reduzir tempos de resposta e assegurar ganhos de eficiência e qualidade. Pelo contrário, sempre que tal instrumento se traduza em restrição do acesso ao setor convencionado, em agravamento dos tempos de espera ou em degradação da cobertura territorial, estará em desconformidade com os objetivos e princípios que estruturam o regime das convenções.

Acresce que a função de complementaridade atribuída ao setor convencionado implica a sua preservação enquanto capacidade instalada disponível e operacional. A erosão dessa capacidade, seja por retração da atividade, seja por desincentivo económico decorrente de políticas de internalização não fundamentadas, compromete estruturalmente a resiliência do sistema de saúde, reduzindo a sua aptidão para responder a picos de procura, a assimetrias regionais e a necessidades assistenciais não satisfeitas pelo setor público. Nesse sentido, a proteção do setor

convencionado não corresponde à defesa de interesses setoriais, mas à salvaguarda de um instrumento essencial de garantia do direito à saúde.

Em suma, o quadro jurídico vigente impõe uma leitura integrada do sistema de saúde, na qual o SNS e o setor convencionado funcionam como componentes interdependentes de uma mesma rede de prestação de cuidados. A liberdade de escolha dos utentes e o acesso ao setor convencionado não são meras opções organizativas das ULS, mas sim exigências jurídicas que decorrem diretamente do regime das convenções e dos princípios estruturantes do sistema, e os processos de “internalização” não podem ser tratados como fins em si mesmos: sendo apenas instrumentos organizativos, têm de ser compatíveis com os princípios de equidade, acesso e liberdade de escolha.

IV. Os direitos dos utentes e o direito de escolha

A Lei n.º 15/2014, ao proceder à sistematização do regime dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, consagra expressamente, entre os seus direitos fundamentais, o direito de escolha no acesso aos cuidados de saúde, atribuindo-lhe uma dimensão normativa clara e vinculativa. Este direito não assume natureza meramente programática ou declarativa, antes operando como verdadeiro parâmetro de validade das práticas organizativas e administrativas adotadas pelas entidades prestadoras de cuidados no âmbito do SNS.

Com efeito, a liberdade de escolha do utente constitui uma manifestação concreta do princípio da autonomia pessoal e da centralidade do cidadão no sistema de saúde, devendo ser assegurada e respeitada em termos efetivos.

Neste sentido, qualquer modelo de organização da prestação de cuidados que, por via de procedimentos internos ou opções administrativas, elimine ou restrinja de forma significativa a possibilidade de o utente aceder a prestadores alternativos — designadamente ao setor convencionado — deve ser analisado à luz deste direito, podendo configurar uma sua violação material. Práticas como a não emissão de credenciais para entidades convencionadas, a limitação

dos circuitos de marcação exclusivamente a estruturas internas ou a ausência de informação sobre alternativas disponíveis não constituem meras opções de gestão, mas antes comportamentos que, na prática, esvaziam o conteúdo útil do direito de escolha e violam-no. São, portanto, práticas ilícitas porque violadoras de um direito consagrado na Lei.

Tenha-se presente que a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, reforça este enquadramento ao consagrar uma arquitetura plural de prestação de cuidados, na qual o SNS se articula com outros operadores, públicos, privados e sociais, com vista à garantia de acesso universal, equitativo e tendencialmente gratuito. Este modelo pressupõe que a efetividade do direito à proteção da saúde não se esgota na capacidade interna do SNS, antes dependendo da mobilização articulada de todos os recursos disponíveis no sistema. A rede convencionada assume, neste contexto, uma função instrumental essencial, assegurando a extensão da capacidade assistencial do SNS e permitindo a concretização do direito de acesso em condições de proximidade, tempestividade e qualidade.

É neste quadro que devem ser interpretadas as normas operacionais mais recentes, designadamente as constantes do Despacho n.º 12876-C/2024, que densificam os deveres de operacionalização do acesso ao setor convencionado. Este diploma estabelece, entre outros aspetos, a necessidade de criação de mecanismos que permitam ao utente solicitar e agendar diretamente a realização de MCDT requisitados pelas ULS junto de entidades convencionadas. A previsão de soluções tecnológicas específicas, com marcos temporais definidos para a sua implementação, evidencia a intenção clara do legislador e da tutela de reforçar o acesso ao setor convencionado e de eliminar barreiras administrativas que possam dificultar o percurso assistencial do utente.

Esta evolução normativa e operacional traduz uma orientação inequívoca: o acesso ao setor convencionado não é uma exceção ou uma solução subsidiária residual, mas uma componente integrada do funcionamento do sistema, que deve ser facilitada, promovida e operacionalizada pelas entidades do SNS.

Deste modo, torna-se juridicamente insustentável qualquer interpretação segundo a qual uma ULS possa, com base em opções de internalização, limitar ou impedir o acesso dos utentes ao setor convencionado. A internalização, enquanto instrumento organizativo, pode ser legitimamente utilizada pelas entidades públicas, mas não pode servir de fundamento para a criação de barreiras ao exercício de direitos dos utentes nem para a neutralização de mecanismos de acesso previstos no ordenamento jurídico.

A distinção entre internalizar e bloquear o acesso é, neste contexto, essencial, porquanto não raras vezes, sob a veste de internalizar enquanto opção de gestão potencialmente admissível, as ULS estabelecem bloqueios e restrições de direitos, que não somente carecem de fundamento legal, como violam o quadro normativo vigente.

Assim, à luz do regime jurídico aplicável, o direito de escolha dos utentes e o direito de acesso ao setor convencionado devem ser entendidos como limites materiais à atuação das ULS, impondo-lhes a adoção de procedimentos que garantam a efetividade desses direitos. Qualquer prática que, direta ou indiretamente, conduza à sua compressão deve ser objeto de escrutínio jurídico e regulatório, sob pena de se comprometer não apenas a legalidade da atuação administrativa, mas também a própria efetividade do direito à proteção da saúde.

V. A falha metodológica típica – medir “internalização” sem medir o acesso - e a consequência sistémica de “destruição” progressiva de capacidade complementar

Uma avaliação institucional séria e robusta de processos de internalização de MCDT exigiria, desde logo, que tais decisões fossem analisadas à luz de um conjunto mínimo de critérios objetivos, alinhados com os princípios estruturantes do regime jurídico das convenções e com as exigências de boa administração. Exigiria, no mínimo, que se respondesse a quatro perguntas, alinhadas com princípios do regime convencionado e com boa administração:

1. Aumentou o acesso? (mais exames realizados em tempo clínico adequado? menos TMRG ultrapassado? maior cobertura territorial?)
2. Aumentou a qualidade? (indicadores clínicos, tempos diagnósticos, continuidade de cuidados, satisfação, segurança)
3. Aumentou a eficiência? (custos unitários totais, investimentos, custos de capital, produtividade, desperdício, duplicação)
4. Preservou-se a complementaridade? (o sistema mantém capacidade redundante e resiliente para picos de procura e falhas do público?)

Ou seja, qualquer movimento de internalização apenas poderia ser considerado justificável se demonstrasse, de forma clara e mensurável, que contribui para um aumento efetivo do acesso dos utentes aos cuidados de saúde, traduzido em maior número de exames realizados dentro de tempos clinicamente adequados, redução de tempos máximos de resposta garantidos ultrapassados e melhoria da cobertura territorial. Paralelamente, deveria evidenciar ganhos de qualidade, aferidos através de indicadores clínicos relevantes, redução de tempos de diagnóstico, melhoria da continuidade de cuidados, níveis de satisfação dos utentes e padrões de segurança assistencial.

Do mesmo modo, seria indispensável demonstrar ganhos de eficiência, considerando não apenas os custos diretos de produção interna, mas também os custos totais do sistema, incluindo investimentos em equipamentos, custos de capital, encargos com recursos humanos, níveis de produtividade, riscos de duplicação de capacidade instalada e desperdício de recursos. Por fim, qualquer processo de internalização deveria ser avaliado quanto ao seu impacto na manutenção da complementaridade do sistema, ou seja, na preservação de uma rede de capacidade instalada diversificada, resiliente e capaz de responder a variações da procura, picos de necessidade assistencial ou falhas do setor público.

Ora, quando processos de internalização são apresentados ou valorizados como um resultado positivo em si mesmo, sem que esta matriz de avaliação seja aplicada e tornada transparente, incorre-se num erro estrutural de análise: confunde-se a dimensão organizativa do sistema — isto

é, quem produz os cuidados — com a sua finalidade essencial, que consiste em garantir o acesso efetivo, a qualidade assistencial e a sustentabilidade global do sistema de saúde.

A internalização, enquanto opção de gestão, não tem valor intrínseco; o seu valor depende exclusivamente da sua capacidade de melhorar os resultados assistenciais e sistémicos. Quando tal demonstração não existe, ou não é sequer tentada, a internalização deixa de ser um instrumento racional de política pública para se transformar num fim em si mesma, desprovido de fundamentação técnica e potencialmente gerador de efeitos adversos.

Neste contexto, importa considerar o impacto sistémico que estas dinâmicas têm sobre a rede convencionada. Esta rede constitui, por definição, uma capacidade instalada, financiada maioritariamente por investimento privado, organizada para responder em regime de ambulatório e com forte proximidade territorial aos cidadãos. O seu funcionamento depende de um mínimo de previsibilidade e estabilidade económica, designadamente no que respeita ao volume de atividade e às condições de remuneração. Quando políticas de internalização se traduzem na retirada de volume assistencial de forma abrupta e sem previsibilidade, na redução da atividade financiada pelo SNS sem atualização das tabelas convencionadas, na substituição de relações estáveis de convenção por mecanismos pontuais e menos estruturados de contratação, ou ainda na criação de barreiras administrativas ao encaminhamento dos utentes, o efeito económico é previsível e racional: a retração da rede.

Essa retração manifesta-se, inevitavelmente, sob a forma de desinvestimento, encerramento de unidades ou postos de colheita, redução de capacidade, redução de tipos de exames realizados, redução de horários de funcionamento e diminuição da cobertura territorial. Trata-se de um ajustamento típico a um contexto de perda de viabilidade económica, que compromete a capacidade instalada disponível para o sistema de saúde no seu conjunto. A evidência empírica disponível aponta precisamente nesse sentido, sendo compatível com este mecanismo a constatação de cancelamentos sem oferta convencionada em áreas como as análises clínicas, bem como a redução do peso relativo dos estabelecimentos convencionados no universo da prestação privada.

De igual modo, os dados setoriais mais recentes relativos à imagiologia, que indicam uma redução significativa do volume de exames realizados para utentes do SNS, são consistentes com a hipótese de processos de internalização que não foram acompanhados por ganhos efetivos de acesso e que contribuíram, simultaneamente, para a perda de atratividade económica do regime convencionado. Neste cenário, o sistema não só não melhora a sua capacidade de resposta, como compromete progressivamente uma das suas principais fontes de flexibilidade e resiliência.

Assim, a ausência de uma avaliação estruturada, baseada em critérios de acesso, qualidade, eficiência e complementaridade, não constitui apenas uma lacuna metodológica, como configura um risco sistémico, na medida em que permite a adoção e repetição de decisões que produzem efeitos negativos acumulados ao nível do funcionamento global do sistema de saúde e, em última análise, no acesso efetivo dos utentes aos cuidados de que necessitam.

VI. O estudo da ERS apresenta bastas evidências de violação de regras de acesso e de direitos dos utentes no (não) encaminhamento para o convencionado

O estudo da ERS fornece já, por si só, um conjunto suficientemente expressivo de evidências de que subsistem obstáculos materiais ao acesso dos utentes ao setor convencionado e, por essa via, violações de regras jurídicas de acesso e de direitos dos utentes. A relevância desta conclusão torna-se ainda mais evidente quando se tem presente que o próprio estudo se apresenta como uma avaliação do desempenho das ULS no cumprimento dos direitos de acesso e na utilização eficiente dos recursos públicos de saúde, tendo recorrido, para esse efeito, a dados de acesso, reclamações e questionários dirigidos às próprias ULS.

Desde logo, o estudo demonstra que o contexto em que estas práticas se desenrolam é já, em si mesmo, marcado por dificuldades sérias de acesso e por fortes assimetrias territoriais. A ERS mostra que a percentagem de doentes com espera superior ao TMRG varia desde valores residuais próximos de 2% até valores superiores a 30%, atingindo 42,5% na ULS de Almada-Seixal, 36,1% em Barcelos/Esposende, 33,2% no Alentejo Central e 31,7% na Arrábida, no que

respeita a cirurgias programadas. Quanto às primeiras consultas, a dispersão é ainda mais grave, com várias ULS acima de 60% de incumprimento, incluindo 70,5% em Tâmega e Sousa, 68,1% no Alto Ave, 66,2% em Barcelos/Esposende, 66,0% em Matosinhos e 65,9% nas regiões de Leiria e Coimbra. O próprio estudo sublinha que os problemas de equidade se exprimem, conforme os territórios, quer na dimensão temporal, quer na dimensão geográfica, associada à distância e à mobilidade.

É neste contexto de pressão assistencial, incumprimento de TMRG e desigualdade territorial que o estudo, em vez de demonstrar um reforço claro dos canais de acesso ao setor convencionado, expõe resultados particularmente preocupantes sobre a forma como os utentes podem, ou não podem, chegar aos MCDT convencionados.

Com efeito, a ERS refere que, no grupo das 31 ULS de nova geração, a requisição de MCDT ao setor convencionado “apenas através do contacto direto com a entidade convencionada” foi indicada por 32,3% das unidades, enquanto as opções “apenas através dos canais disponibilizados pelo SNS”, “através de qualquer uma das hipóteses anteriores” e, de forma especialmente sensível, “através de nenhuma das hipóteses anteriores” foram, cada uma, assinaladas por 22,6% das ULS. Acresce que nenhuma das 31 ULS referiu a possibilidade de requisição “apenas através do atendimento administrativo presencial na ULS”.

A gravidade jurídica e assistencial desta evidência é difícil de sobrestimar. **Quando 22,6% das ULS respondem, num estudo da própria ERS, que os utentes podem requisitar MCDT no setor convencionado “através de nenhuma das hipóteses anteriores”, o que fica documentado não é uma mera heterogeneidade procedimental: é a existência de uma evidência concreta de que, em parte do território, o acesso ao setor convencionado está a ser bloqueado.** E mesmo quando o estudo aponta para a existência de um único canal exclusivo — seja apenas através dos canais do SNS, seja apenas através do contacto direto com a entidade convencionada — o que emerge é um sistema fragmentado, desigual e incompatível com uma lógica de acesso simples, transparente e plural.

Essa conclusão torna-se ainda mais forte quando articulada com outro dado do próprio estudo: nas situações em que inexistia capacidade de resposta interna atempada para a realização de MCDT, 80,6% das 31 ULS referem proceder à requisição no setor convencionado, mas 19,4% indicam manter o utente dentro da ULS para realização do MCDT. A ERS associa expressamente esta matéria ao Despacho n.º 12876-C/2024 e ao seu Alerta de Supervisão n.º 7/2025, sublinhando a necessidade de respeito pelos TMRG e/ou tempos clinicamente aceitáveis, bem como a necessidade de garantir informação completa, verdadeira e inteligível aos utentes sobre o seu acompanhamento clínico e sobre as alternativas existentes, para salvaguarda de um acesso adequado.

Dito de outro modo, o próprio estudo da ERS deixa documentado que existe ainda uma parte relevante das ULS que não aciona a rede convencionada, optando antes por reter o utente no circuito interno (como se lhes assistisse um qualquer direito a fazê-lo quando, na verdade, tanto corresponde a comportamentos ilícitos e violadores do direito de acesso dos utentes).

Este quadro é especialmente problemático quando lido à luz da retração efetiva da rede convencionada que a própria ERS vem documentando noutras áreas. Na informação de monitorização sobre análises clínicas, a ERS refere que, no final de 2024, os estabelecimentos detentores de convenção com o SNS haviam diminuído face a 2023, ao mesmo tempo que mostrava já a existência de 73 concelhos sem oferta convencionada, bem como o aumento do tempo máximo de deslocação uma unidade convencionada, que havia crescido de 1h07m para 1h17m.

Assim, a leitura integrada das análises e uma reflexão sistémica – que cada vez mais parece faltar – permite retirar uma conclusão particularmente séria: num sistema em que o acesso já está pressionado, em que há incumprimentos significativos de TMRG e em que a própria rede convencionada evidencia sinais de retração territorial, a criação de barreiras administrativas, a inexistência de canais claros e plurais de encaminhamento e a retenção dos utentes dentro das ULS têm um efeito multiplicador de dano. Não apenas prejudicam o direito individual do utente a

aceder ao prestador e ao cuidado em tempo útil, como contribuem para fragilizar estruturalmente a rede complementar que o sistema jurídico e assistencial quis preservar.

Neste contexto, as práticas reveladas pelo estudo da ERS — e, em particular, a evidência de “não canais” de requisição, de retenção de utentes dentro das ULS e de heterogeneidade procedimental incompatível com um direito de acesso efetivo — não podem ser desvalorizadas como meras imperfeições organizativas. Elas são juridicamente relevantes porque afetam a possibilidade de concretização do direito de acesso em tempo útil, da liberdade de escolha do prestador e da própria função de complementaridade do setor convencionado.

Por isso, o estudo da ERS não deve ser lido apenas como um retrato do desempenho das ULS; deve também ser lido como um conjunto de sinais documentais suficientemente fortes para justificar intervenção urgente e dirigida à correção de práticas que violam regras de acesso, direitos dos utentes e o regime jurídico aplicável ao setor convencionado.

VII. Conclusões e Reivindicações

A análise efetuada permite formular um conjunto de conclusões de natureza estrutural que devem ser objeto de análise, ponderação e atuação por parte do Ministério da Saúde, enquanto tutela das ULS, e da ERS, enquanto regulador independente e a quem incumbe supervisionar e sancionar as violações do direito de acesso, bem como da liberdade de escolha dos utentes.

Em primeiro lugar, a internalização de MCDT tem vindo a ser tratada como um indicador de desempenho positivo das ULS, sem que exista demonstração de ganhos efetivos ao nível do acesso, da qualidade assistencial ou da eficiência do sistema. Tal abordagem revela uma inversão dos objetivos de política pública, na medida em que privilegia a reorganização interna das entidades prestadoras em detrimento da finalidade essencial do sistema de saúde: garantir cuidados de saúde em tempo útil e em condições de qualidade e equidade.

Em segundo lugar, o estudo da ERS evidencia a existência de problemas graves e persistentes no acesso aos cuidados de saúde, designadamente através de elevados níveis de incumprimento dos TMRG, assimetrias territoriais significativas e um volume expressivo de reclamações dos utentes relacionadas com dificuldades de acesso. Estes dados são incompatíveis com a ideia de que os processos de internalização estejam a contribuir para melhorar o funcionamento do sistema.

Em terceiro lugar, existem indícios claros de restrições ao acesso ao setor convencionado, designadamente através da inexistência ou limitação de canais de requisição, da retenção de utentes em circuitos internos e da ausência de mecanismos efetivos de encaminhamento, o que configura violação do regime jurídico das convenções, do direito de escolha dos utentes e das orientações operacionais emitidas pela tutela e pela ERS.

Em quarto lugar, os processos de internalização estão a contribuir para a fragilização da rede convencionada, através da redução de volume assistencial, da diminuição da previsibilidade económica e da criação de barreiras administrativas, conduzindo a fenómenos de retração da oferta, perda de cobertura territorial e desinvestimento.

Neste contexto, as associações signatárias entendem que a situação descrita exige uma atuação clara, coordenada e conseqüente por parte das entidades competentes, formulando, para o efeito, as seguintes reivindicações institucionais:

- (i) Impõe-se, desde logo, que o Ministério da Saúde e a Direção-Executiva do SNS procedam à instrução inequívoca das ULS, suas tuteladas, sobre o enquadramento jurídico da rede convencionada, do direito de acesso, e do direito à livre escolha dos utentes, reafirmando que nenhum processo de internalização de MCDT pode constituir fundamento para a restrição do acesso ao setor convencionado, devendo ser garantido, em todas as circunstâncias, o cumprimento do direito à livre escolha dos utentes e o recurso ao setor convencionado;

- (ii) Devem, igualmente, o Ministério da Saúde e a Direção-Executiva do SNS assegurar que qualquer processo de internalização de MCDT passe a estar sujeito a avaliação prévia obrigatória, com base em critérios objetivos de acesso, qualidade, eficiência e impacto na rede convencionada, incluindo análise de custo-eficiência e de efeitos na cobertura territorial, não podendo tais decisões ser adotadas com base em meras opções organizativas ou em decisões internas das ULS não escrutináveis;
e
- (iii) Por seu turno, deve a Entidade Reguladora da Saúde proceder à realização de ações de fiscalização das práticas das ULS de encaminhamento para o setor convencionado, com vista a verificar o cumprimento das regras legais e a proibir e punir as barreiras administrativas ao acesso que detete;

Por fim, torna-se indispensável que seja promovida uma política pública de estabilização e valorização da rede convencionada, reconhecendo-a como componente essencial da capacidade assistencial do sistema de saúde, sem a qual não é possível assegurar o acesso universal, equitativo e em tempo útil aos cuidados de saúde.

A persistência das práticas atualmente evidenciadas compromete não apenas o funcionamento eficiente do sistema, mas, de forma mais grave, a efetividade do direito à proteção da saúde.

Nesse sentido, a sua correção não constitui uma opção política, mas uma exigência jurídica e institucional que se impõe às entidades responsáveis pela governação e regulação do sistema de saúde, e que deve merecer especial acompanhamento por parte da Assembleia da República, promovendo-se a reflexão sobre a necessidade de intervenção legislativa que garanta o respeito pela função constitucional do setor convencionado e a efetiva liberdade de escolha dos utentes no acesso à rede convencionada.



Declaração conjunta ANAUDI, ANL e ANACARD

A Associação Nacional de Unidades de Diagnóstico por Imagem, a Associação Nacional de Cardiologistas e a Associação Nacional dos Laboratórios Clínicos e, enquanto associações representativas de prestadores privados convencionados com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) nas áreas da radiologia, medicina nuclear, análises clínicas e cardiologia, tomam pública a sua profunda preocupação com as conclusões do *Estudo sobre as Unidades Locais de Saúde – 2025*, da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), e com o rumo que tem vindo a ser seguido na organização da resposta assistencial no âmbito das Unidades Locais de Saúde (ULS).

O estudo da ERS revela uma realidade que não pode ser ignorada: persistem e, em vários casos, agravaram-se e agravam-se dificuldades significativas no acesso aos cuidados de saúde, traduzidas em incumprimentos elevados dos tempos máximos de resposta garantidos, em assimetrias territoriais relevantes e num volume expressivo de reclamações dos utentes diretamente relacionadas com o acesso.

Paradoxalmente, no mesmo estudo, uma parte significativa das ULS identifica como uma das principais vantagens do modelo a internalização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, designadamente nas áreas das análises clínicas, da imagiologia e da cardiologia.

Esta contradição é estrutural e não pode ser desvalorizada.

A internalização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) tem vindo a ser promovida como um objetivo em si mesmo, sem demonstração de ganhos efetivos para os utentes e sem avaliação transparente do seu impacto no acesso, na qualidade e na eficiência. Ao mesmo tempo, o próprio estudo da ERS contém evidências particularmente graves de restrições ao acesso ao setor convencionado, incluindo situações em que as próprias ULS reportam inexistência de vias de encaminhamento para esse setor.

Estas práticas são juridicamente inaceitáveis.

O quadro legal vigente é claro: o setor convencionado integra a rede nacional de prestação de cuidados de saúde e constitui uma resposta complementar essencial do Serviço Nacional de Saúde. Os utentes têm direito a aceder a essa rede e a escolher o prestador, sendo a liberdade de escolha um princípio estruturante do sistema.

A restrição do acesso ao setor convencionado — seja através da ausência de canais de encaminhamento, da retenção de utentes em circuitos internos ou de barreiras administrativas — configura uma violação dos direitos dos utentes e do regime jurídico aplicável.

Ao mesmo tempo, as políticas de internalização estão a produzir efeitos graves sobre a sustentabilidade da rede convencionada, através da redução de volume assistencial, da diminuição da previsibilidade económica e da retração da oferta, com perda de cobertura territorial e risco de desmantelamento progressivo de capacidade instalada essencial para o sistema de saúde.

Este caminho é profundamente preocupante.

Um sistema de saúde que fragiliza a sua rede complementar, ao mesmo tempo que não consegue garantir acesso em tempo útil através dos seus próprios meios, está a comprometer a sua própria capacidade de resposta e a colocar em causa o direito dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Neste contexto, a ANAUDI, a ANL e a ANACARD apelam ao Ministério da Saúde, à Direção Executiva do SMS, e à Entidade Reguladora da Saúde para que adotem, com urgência, medidas concretas que garantam:

- o respeito efetivo pelo direito de acesso e pela liberdade de escolha dos utentes;
- a eliminação de quaisquer barreiras ao encaminhamento para o setor convencionado;



- a sujeição dos processos de internalização a avaliação rigorosa, transparente e baseada em critérios de acesso, qualidade e eficiência;
- e a preservação e valorização da rede convencionada enquanto componente essencial e insubstituível do sistema de saúde.

Apelam, também, à Assembleia da República para que promova a reflexão sobre a necessidade de intervenção legislativa que garanta o respeito pela função constitucional do setor convencionado e a efetiva liberdade de escolha dos utentes no acesso à rede convencionada.

O sistema de saúde existe para servir os cidadãos. É a partir desse princípio que deve ser organizado, regulado e avaliado.

ANAUDI | ANACARD | ANL