



A importância do Setor Convencionado das Análises Clínicas no SNS

Cláudia Patrícia de Sousa Almeida

Proposta de dissertação para a obtenção do título de Mestre em
Organização e Qualidade no Laboratório de Análises Clínicas

Orientador: Dr. Pedro Miranda

Co-Orientador: Dr. Germano de Sousa

2014

Agradecimentos

*Aquilo em que julgamos acreditar, na verdade,
não tem consequências. A única coisa que tem
consequências é aquilo que fazemos.*

John Ruskin

A interdependência é um valor mais forte que a independência, e claro que esta dissertação não teria sido possível sem a ajuda de um certo número de pessoas. Os meus agradecimentos vão em primeiro lugar para o Dr. Germano de Sousa, pela sua excelente orientação, disponibilidade, partilha do saber e auxílio, que tornaram possível a sua conclusão.

Também agradeço aos meus pais, que sempre incentivaram a procura do conhecimento e como me dizem muitas vezes “conhecimento não ocupa lugar”, ao meu irmão pela sua mente criativa e crítica que sempre me ajuda a “ver” o mundo noutras perspectivas, ao meu namorado pelo apoio e compromisso (sobretudo quando não conseguia estar por perto) e por último ao meu grande amigo e colega de mestrado José Pecegueiro por não me ter deixado desistir da dissertação. Obrigado.

Resumo

Nos últimos anos, dado a atual conjuntura económica e social que o País atravessa, tem-se assistido a adoção de uma série de medidas de contenção de gastos em saúde, nomeadamente, com o setor convencionado das análises clínicas, que têm posto em causa a estrutura do próprio Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A presente dissertação centra-se, na importância que o setor convencionado das análises clínicas adquiriu ao longo dos 30 anos de existência do SNS, assim como a sua capacidade instalada, recursos humanos e financeiros que muito têm contribuído para os ganhos em saúde em Portugal.

Metodologia

- *Desk research*, compilação da informação com vista à preparação das entrevistas e consolidação da informação;
- Entrevistas com *stakeholders*, entrevistas a alguns representantes do setor convencionado das análises clínicas;
- Contextualização, análises da informação obtida nos dois pontos anteriores.

Palavras-chave: Serviço Nacional de Saúde, Setor Convencionado, Convenções, Análises Clínicas, Laboratório, Setor Privado

Abstract

In recent years, giving the current economic and social situation that the country is experiencing, there has been the adoption of a number of cost containment measures in health, in particular, agreed with the setor of clinical pathology, which have called into question the structure of the own National Health Service. This dissertation focuses on the importance of the agreed clinical pathology sector acquired over the 30 years of the National Health Service existence, as well as its installed capacity, human and financial resources that have greatly contributed to the health gains in Portugal.

Methodology

- Desk research, information collection for the preparation of interviews and consolidation of information;
- Interviews with stakeholders, interviews with some representatives of the agreed field of clinical pathology;
- Context, information analysis obtained in the previous two points.

Keywords: National Health Service, agreed Sector, Conventions, clinical Pathology, Laboratory, Private Sector

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract.....	iii
Índice.....	iv
Lista de Abreviaturas.....	v
Serviço Nacional de Saúde - perspectiva histórica	1
O Setor Convencionado da Saúde – enquadramento jurídico.....	8
Financiamento do SNS	10
Modelos de financiamento da saúde	10
Despesa Nacional com a Saúde	13
Despesa Nacional com o setor Convencionado.....	14
Prestação Privada do setor das Análises Clínicas nos Cuidados de Saúde.....	18
História das Análises Clínicas.....	18
Tendências para o futuro para o Laboratório de Análises Clínicas	18
Capacidade instalada, Recursos humanos e Financeiros.....	19
Consequências do atual estado das convenções.....	23
Desafios.....	25
Referências Bibliográficas	27
Anexo	

Lista de Abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
ANL	Associação Nacional de Laboratórios
ARS	Administração Regional de Saúde
CRI	Centros de Responsabilidade Integrados
CRP	Constituição da República Portuguesa
CSS	Conta Satélite da Saúde
DGS	Direção Geral de Saúde
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
IVA	Imposto sobre Valor Acrescentado
LBS	Lei de Bases da Saúde
M€	Milhões de Euros
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
PIB	Produto Interno Bruto
SAMS	Serviço de Assistência Médico Social
SLS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSNE	Unidade Local de Saúde do Nordeste

“A saúde constitui um sector económico importante, criador de riqueza e gerador de emprego.”

José Mendes Ribeiro

Serviço Nacional de Saúde – perspectiva histórica

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) define-se como o conjunto de instituições que representam cuidados de saúde através da sua rede pública de unidades ou das entidades por si convencionadas. Conhecer a evolução do SNS ajuda-nos a compreender melhor os fatores que mais influencia tiveram sobre o seu desenvolvimento e a sua configuração atual. ⁽¹⁾

A organização dos serviços de saúde sofre ao longo dos tempos a influência de conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época concretizando-se para dar resposta ao aparecimento de doenças.

Na evolução do SNS são considerados quatro períodos distintos:

1. antes dos anos 70
2. do início dos anos 70 a 1985 – estabelecimento e expansão do SNS
3. de 1985 a 1995 – regionalização do SNS e novo papel para o setor privado
4. de 1995 a 2002 - uma “nova gestão pública – “new public management” para o SNS. ⁽¹⁾

Antes dos anos 70

Em 1899 o Dr. Ricardo Jorge inicia a organização dos serviços de saúde pública com o Decreto de 28 de Dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901. Regulamentada em 1901, a organização entra em vigor em 1903. A prestação de cuidados de saúde era então de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres. ^{(2) (3)}

O Regime Geral de Providência é publicado em 1935, criando as Caixas Sindicais de Providência que começaram a prestar assistência médica aos seus sindicalizados. Em 1944 é publicado o Estatuto da Assistência Social em que ao Estado competem funções sanitárias, porém no seguimento deste Estatuto em 1945 a publicação do Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de Novembro desse ano, dá lugar à reforma sanitária de Trigo de Negreiros (Subsecretário de Estado da Assistência e das Corporações do Ministério do Interior). É reconhecida assim a debilidade da situação sanitária do país e a necessidade de uma resposta do Estado. São criados institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos, como a tuberculose e a saúde materna. ^{(2) (3)}

Em 1946 é publicada a Lei da Assistência Hospitalar, Lei n.º. 2011, de 2 de Abril, estabelecendo a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde existentes, lançando a base para uma rede hospitalar. Começa aqui um programa de construção de hospitais que serão entregues às Misericórdias. Salazar, em 1958, por via do Decreto-Lei n.º. 41825, de 13 de Agosto, cria o Ministério da Saúde e da Assistência que passa a tutelar os serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública até então sobre a alçada do Ministério do Interior. ^{(2) (3)}

A Lei nº. 2120, de 19 de Julho de 1963, promulga as bases da política de saúde e assistência, atribuindo ao Estado, entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada. Porém, cabe também ao Estado, fomentar a criação de instituições particulares que se integrem nos princípios legais e que ofereçam as condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos seus fins, exercendo ação meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares. ^{(2) (3)}

No ano de 1968 os hospitais e as carreiras de saúde (médicos, enfermeiros, administração e farmácia) são objeto de uniformização e de regulação através do Decreto-Lei nº. 48357, de 27 de Abril, e do Decreto-Lei nº. 48358, de 27 de Abril, que criam, respetivamente, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais. ^{(2) (3)}

Início dos anos 70 a 1985 – estabelecimento e expansão do SNS

A reforma do Sistema de Saúde e Assistência de 1971, também conhecida como “reforma de Gonçalves Ferreira”, protagonizada pelo Prof. Gonçalves Ferreira, médico especialista em saúde pública, Diretor do Instituto Superior de Higiene (atual Instituto Ricardo Jorge) e Secretário de Estado da Saúde e Assistência e pelo Dr. Baltazar Rebelo de Sousa então Ministro da Saúde e Assistência, surge um primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde. A publicação do Decreto-Lei nº. 413/71, de 27 de Setembro, promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência, onde são explicitados os princípios, como o reconhecimento à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde e Assistência, a integração de todas as atividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados, e ainda a noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando os serviços locais. Surgem, então, os “centros de saúde de primeira geração”. São excluídos da reforma os serviços médico-sociais das Caixas de Providência. Existem também outros subsistemas de saúde como a ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Cívicos do Estado), Assistência às diversas Forças Armadas, SAMS (Serviços de Assistência Médico Social), entre outros. ^{(2) (3)}

No mesmo ano, é publicado o Decreto-Lei nº. 414/71, de 27 de Setembro, que estabelece o regime geral legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular das carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados que prestam serviço no Ministério de Saúde e Assistência: carreiras médica de saúde pública, médica hospitalar, farmacêutica, administração hospitalar, de técnicos superiores de laboratório, de ensino de enfermagem, de enfermagem de saúde pública, de enfermagem hospitalar, de técnicos terapêuticos, de técnicos de serviço social, de técnicos auxiliares de laboratório e de técnicos auxiliares sanitários. ^{(2) (3)}

Em 1973 surge o Ministério da Saúde, autonomizado face à Assistência, através do Decreto-Lei nº. 584/73, de 6 de Novembro. No entanto, em 1974, é transformado em Secretaria de Estado da

Saúde e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais pelo Decreto-Lei nº. 203/74, de 15 de Maio. Neste mesmo ano assiste-se à nacionalização dos hospitais das Misericórdias. E é após a revolução de Abril, que surgem as condições políticas e sociais que vão permitir a criação do Serviço Nacional de Saúde. ^{(2) (3)}

Aprovada em 1976, a Constituição da República Portuguesa (CRP), coloca o imperativo de criação de um serviço de saúde universal, cujo artigo 64º declara que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito efetiva-se através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente o Estado de garantir o acesso de todos dos cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar em todo o país. Também neste ano, surge a publicação do Decreto-Lei nº. 580/76, de 21 de Julho, estabelecendo a obrigatoriedade de prestação de um ano de serviço na periferia para os recém-licenciados em medicina que quisessem ingressar na carreira médica. ^{(2) (3)}

Em 1978, o Despacho Ministerial publicado em Diário da República, 2ª série, de 29.07.1978, conhecido como “Despacho Arnaut”, constituiu uma verdadeira antecipação do SNS, pelo facto de permitir o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva, garantindo-se, assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa. ^{(2) (3)}

No ano seguinte, a Lei nº. 58/79 de 15 de Setembro, cria o SNS, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da CRP. O acesso é gratuito, independentemente de condições económicas e sociais. O SNS engloba todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. ^{(2) (3)}

A 27 de Junho de 1980 são assinadas as primeiras Convenções Médicas entre a Ordem dos Médicos e o Ministério dos Assuntos Sociais. A Medicina Convencionada surge como uma forma de suprimir a incapacidade do SNS de então. Consagram-se os princípios essenciais, como o da liberdade de escolha do médico pelo doente, o da separação entre financiadores e prestadores de cuidados de saúde, o do pagamento por ato médico e a universalidade de acesso do médico à convenção. ^{(2) (3)}

Em 1981 a carreira de enfermagem é aprovada pelo Decreto-Lei nº. 305/81, de 12 de Novembro, procurando responder a situações de injustiça criadas ou agravadas pelo Decreto nº. 534/76, de 8 de Julho, reconhecendo a sua capacidade profissional. ^{(2) (3)}

No ano seguinte, o Decreto-Lei nº. 254/82, de 29 de Junho, cria as administrações regionais de saúde (ARS), que surgem às mal sucedidas administrações distritais dos serviços de saúde, criadas no Decreto-Lei nº. 488/75. Também neste ano, o Decreto-Lei nº. 357/82, de 6 de Setembro, concede ao SNS autonomia administrativa e financeira, o Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde fica incumbido de gerir as verbas que lhe são globalmente atribuídas. Ainda neste

ano, a carreira médica Clínica Geral surge por via do Decreto-Lei nº.310/82, de 3 de Agosto, que regula as carreiras médicas (de saúde pública, clínica geral e médica hospitalar).^{(2) (3)}

Em 1983, o Decreto-Lei nº. 344-A/83, de 25 de Julho, aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional, criando o Ministério da Saúde. A autonomia é ditada pela importância do setor, pelo volume dos serviços, pelas infra-estruturas que integra e pela importância que os cidadãos lhe recolhessem. Nesse ano também é aprovado o regulamento dos Centros de Saúde, criando os “centros de saúde de segunda geração”, através do Despacho Normativo nº. 97/83, de 22 de Abril, que são infra-estruturas regionalizadas que integram a carreira dos médicos de clínica geral.^{(2) (3)}

No ano de 1984, a criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, através do Decreto-Lei nº. 74-C/84, de 2 de Março, põe aos serviços médico-sociais da Previdência e marca a expansão do SNS. Assume funções de orientação técnico-normativa de direção e avaliação da atividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais que intervêm na área dos cuidados primários. O clínico geral adquire o estatuto de médico de família.^{(2) (3)}

De 1985 a 1995 – regionalização do SNS e novo papel para o setor privado

Em 1986, é publicado o Decreto-Lei nº. 57/86, de 20 de Março, que regula as condições de exercício do direito de acesso ao SNS, são criadas taxas destinadas a moderar a procura de cuidados de saúde, evitando assim a sua utilização para além do razoável. Salva-guarda ainda que, porque os estabelecimentos oficiais não têm como objetivo a obtenção de lucro, os preços a cobrar deverão aproximar-se, tanto quanto possível, dos custos reais.^{(2) (3)}

Dois anos depois, em 1988, o Decreto-Lei nº. 19/88, de 22 de Janeiro, aprova a lei de gestão hospitalar, introduzindo-se princípios de natureza empresarial na atividade hospitalar, tentando resolver as preocupações decorrentes do aumento das despesas de saúde no orçamento de Estado. Na sequência, o Decreto Regulamentar nº. 3/88, de 22 de Janeiro, vem introduzir alterações ao nível do domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como na estrutura dos serviços, são abandonadas as direções do tipo colegial, os titulares dos órgãos de gestão passam a ser designados pela tutela, são introduzidos métodos de gestão empresarial e são reforçados e multiplicados os controlos de natureza tutelar.^{(2) (3)}

Na 2ª. Revisão Constitucional, em 1989, o artigo 64º é objeto de alteração, estabelecendo-se que o direito à saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde “universal e geral, e tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”, pretendendo-se dar ênfase ao princípio de justiça social e de racionalização de recursos.^{(2) (3)}

No ano de 1990, a Lei nº. 48/90, de 24 de Agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde. A saúde deixa de ser não só um direito, mas também uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. Os cuidados de saúde passam a ser prestados por serviços ou estabelecimentos do Estado ou, sob a fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos. O Estado atua através

de serviços próprios ou através de acordos (convenções) com entidades privadas para a prestação de cuidados, apoiando e fiscalizando a sua atividade na área da saúde. ^{(2) (3)}

No mesmo ano, o Decreto-Lei nº. 79/90, de 6 de Março, aprova o regime de carreiras médicas. Os médicos e outros técnicos de saúde, pelo reconhecimento da sua preparação técnico-científica, especificidade e autonomia funcionais, passam a constituir um corpo especial de funcionários. ^{(2) (3)}

Em 1991, o Decreto-Lei nº. 437/91, de 8 de Novembro, aprova o regime geral da carreira de enfermagem, visando regulamentar o exercício da profissão, garantindo a salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos e a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade aos cidadãos. ^{(2) (3)}

No ano seguinte, o Decreto-Lei nº. 54/92, de 11 de Abril, estabelece o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como as suas isenções. As receitas arrecadadas constituirão receita do SNS, contribuindo para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados, em especial, aos que são fornecidos gratuitamente aos mais desfavorecidos. Mais uma vez são enaltecidos os princípios de justiça social. ^{(2) (3)}

Em 1993 foi publicado o Decreto-Lei nº. 11/93, de 15 de Janeiro, que criou o Estatuto do SNS e estabeleceu os moldes de entrega a outras entidades de gestão de instituições e serviços do SNS e definiu as regras para elaboração dos contratos de gestão (entrega da gestão a entidades privadas) e de convenção (no caso de se tratar de um grupo privado de médicos). Estabeleceu também, que devido às necessidades crescentes da população em termos de qualidade e de prontidão de resposta às suas necessidades sanitárias, para cada região de Saúde passou a corresponder uma ARS (Alentejo, Algarve, Centro, Norte e Lisboa e Vale do Tejo). No mesmo ano é publicado o Decreto-Lei nº. 335/93, de 29 de Setembro, que aprova o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde (ARS). ^{(2) (3)}

De 1995 a 2002 - uma “nova gestão pública – “new public management” para o SNS

Em 1998 é publicado o Decreto-Lei nº. 97/98, de 18 de Abril, que se destina a regulamentar o regime de celebração das convenções previstas na Lei nº 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde. São definidos os pressupostos e princípios subjacentes à contratualização com o setor privado lucrativo ou com fins de solidariedade social, por via de adequada disciplina estabilizadora e clarificadora do setor convencionado, tendo igualmente em vista a segurança do seu investimento. ⁽²⁾
⁽³⁾

O Decreto-Lei nº. 374/99, de 10 de Setembro, publicado no ano de 1999, cria os centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do SNS, que seriam Serviços Hospitalares ou agrupamentos de Serviços geridos de forma autónoma pelos profissionais e financiados em função

da atividade produzida. Pretendia-se aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, introduzindo-se uma componente empresarial na gestão destas unidades. ^{(2) (3)}

A 11 de Setembro do mesmo ano é publicado o Despacho Normativo nº. 61/99, que cria as agências de contratualização dos serviços de saúde, que sucedem às agências de acompanhamento dos serviços de saúde, criadas pelo Despacho Normativo nº. 46/97, vincando a distinção entre prestação e financiamento dos cuidados de saúde. Às agências de contratualização cabe explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar. ^{(2) (3)}

Também no ano de 1999, é estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), através do Decreto-Lei nº. 156/99, de 10 de Maio. Os SLS pretendem articular um conjunto de recursos de saúde existentes numa determinada área geográfico-populacional, visando facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, tenham por fim promover a saúde e a racionalização dos recursos. Os SLS são constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde. ^{(2) (3)}

É também estabelecido um novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, através do Decreto-Lei nº. 157/99, de 10 de Maio, nascendo assim os chamados “centros de saúde de terceira geração”, pessoas coletivas de direito público, integradas no SNS e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio. É prevista a existência de associações de centros de saúde. ^{(2) (3)}

No ano de 2002, dá-se a expansão institucional de modelos de gestão de tipo empresarial (EPE), com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar, pela Lei nº. 27/2002, de 8 de Novembro, introduzindo-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. ^{(2) (3)}

De 2002 a ...

Em 2003, o Decreto-Lei nº. 60/2003, de 1 de Abril, cria a rede de cuidados de saúde primários, esta nova rede assume-se, como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, traduzindo a necessidade de uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, além do papel fundamental do Estado, possam coexistir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades dos cidadãos. Porém, ao fim de dois anos, este diploma é revogado, sendo ripristinado o Decreto-Lei nº. 157/99, de 10 de Maio. ^{(2) (3)}

Através do Decreto-Lei nº. 173/2003, de 1 de Agosto, surgem novas taxas moderadoras, com o objetivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social do SNS. ^{(2) (3)}

Também neste ano é criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), por via do Decreto-Lei nº. 309/2003, de 10 de Dezembro, que tem por missão a regulação e supervisão da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, isto é, regular e vigiar a separação de funções do Estado em relação às suas funções como operador e financiador. ^{(2) (3)}

Em 2006, o Decreto-Lei nº. 101/2006, de 6 de Junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, tem como objetivo dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. ^{(2) (3)}

No ano de 2007, surgem as primeiras unidades de saúde familiar, dando resposta à falência do modelo da rede de cuidados primários, por via do Decreto-Lei nº. 298/2007, de 22 de Agosto, que estabelece o regime jurídico de organização e de funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objetivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados. ^{(2) (3)}

No ano seguinte, assiste-se à criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei nº. 28/2008, de 22 de Fevereiro, tendo como fim dar maior estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão mais rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde. ^{(2) (3)}

A modificação do perfil de saúde e doença das populações verificadas nas últimas décadas, devido às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros, levam à publicação, em 2009, do Decreto-Lei nº. 81/2009, de 2 de Abril, que reestrutura da organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. ^{(2) (3)}

O Setor Convencionado da Saúde – enquadramento jurídico

Convenção é um contrato de adesão celebrado entre o Ministério da Saúde, através da Direcção-Geral da Saúde (DGS) ou das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e pessoas privadas, singulares ou coletivas, que tenham por objetivo a prestação de cuidados de saúde, em articulação com o Serviço Nacional de Saúde, integrando-se na rede nacional de prestação de cuidados de saúde. ⁽⁴⁾

A possibilidade de celebração de convenções com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde destinados aos utentes do SNS constitui um reflexo da complementaridade que caracteriza o modelo misto do Sistema de Saúde Português, nos termos consagrados na Lei de Bases da Saúde (LBS). ⁽⁵⁾

É garantido aos utentes do SNS através do Artigo 15º da Lei 56/79 de 15 de Setembro o acesso às prestações de saúde através da rede oficial e, na impossibilidade destas, o tratamento por entidades do setor privado, com base numa relação contratual. Devido à desproporcionalidade existente entre a necessidade de prestação de cuidados de saúde e a escassez ou limitação de recursos no domínio do setor público, desde a década de 80 que o SNS recorre à contratação de capacidade produtiva privada. ⁽⁵⁾

Na década de 80, procedeu-se à elaboração das propostas de contrato para a prestação de cuidados de saúde nas diversas áreas, homologadas por Despacho ministerial, no seguimento do n.º 2 artigo 4º do Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de Fevereiro, bem como, à publicação de uma Portaria que regulamenta os acordos a estabelecer entre as ARS e as Misericórdias e outras Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Nos termos do disposto no Artigo 19º do Decreto-Lei 74-C/84 de 2 de Março, estas competências foram atribuídas à extinta Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários, em colaboração com o Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde. ⁽⁵⁾

Por outro lado, ao abrigo do Despacho 3/89 publicado no Diário da República II Série, n.º 64 de 17 de Março de 1989 é ainda de referir a possibilidade do estabelecimento de acordos para prestação de cuidados de saúde com os Hospitais do SNS nas áreas previstas nas tabelas do Setor Convencionado. ⁽⁵⁾

O novo Estatuto do SNS publicado pelo Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro, define o SNS como sendo o “conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministério da Saúde”, salvaguardando o recurso à celebração de acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde. ⁽⁵⁾

Em 1998, o decreto-Lei n.º 97/98 de 18 de Abril, definiu no seu Artigo 15º que a celebração de convenções ou contratos com o setor privado para a prestação de cuidados de saúde deixaria de ser precedida da realização de concurso público, passando a uma novo regime de contratação – o

contrato de adesão – através as entidades privadas, singulares ou coletivas que, aderem aos requisitos constantes de um clausulado tipo, após constatação da insuficiência da capacidade instalada do SNS.⁽⁵⁾

Os serviços de saúde que podem ser contratados estão agrupados em valências (Análises Clínicas, Anatomia Patológica, Cardiologia, Medicina Nuclear, Electroencefalografia, Endoscopia Gastroenterológica, Medicina Física e de Reabilitação, Otorrinolaringologia, Pneumologia-Imunoalergologia, Urologia, Hemodiálise, Neurofisiologia, Radiologia, Consultas e Psicologia) que se traduzem em clausulados tipo definidos por Despacho do MS, sob proposta da DGS, que no seguimentos do novo regime jurídico de convenções, deveriam ter sido publicados para todas as valências, mas que apenas aconteceu para a Hemodiálise, Cirurgia e Internamento. Assim, para as restantes valências não existem clausulados tipo, tendo ficando inviabilizada a adesão dos prestadores privados.

Por outro lado, as convenções que se encontravam em vigor em 31 de Dezembro de 1997 deveriam adequar-se, no prazo de 180 dias, mantendo-se válidas até ao termo daquele prazo e, findo o período de vigência ou renovação, aderir aos novos clausulados. Contudo, com a prorrogação desse prazo pelo artigo único do Decreto-Lei nº. 112/97 de 10 de Maio por mais um ano, permitiu-se que as ARS, pudessem acordar a prestação de cuidados com entidades privadas nos termos das convenções ainda em vigor. No entanto, decorrido esse período de abertura das convenções e, tendo-se mantido fechada a adesão dos prestadores por falta de homologação de clausulados tipo foram apenas celebrados de forma pontual e excecional e sob o desígnio do interesse público algumas convenções pelas ARS.⁽⁵⁾

Em suma, pode-se identificar três períodos de contratação no universo do serviço convencionado, como explicitado na tabela seguinte (tabela 1).

Períodos de Contratação	Regime
Até 1993	As convenções são celebradas sem restrições legais
De 1994 a 1996	Com a entrada em vigor do Estatuto do SNS ficou impossibilitada a adesão de novos prestadores
De 1997 a 1999	Possibilidade de celebração de convenções com a entrada em vigor do DL 112/97, de 10 de Maio, que terminou após um período de transição previsto no DL 97/98 de 18 de Abril
A partir de 1999	Impossibilidade de adesão à convenções por falta de homologação dos clausulados tipo, salvo casos de interesse público

Tabela 1 – Fases de contratação no Setor Convencionado (ACSS, Relatório da Actividade do Sector: MCDT 2008/2009, 31 de Dezembro 2010)

Financiamento do SNS

Modelos de financiamento da saúde

A tipologia classicamente utilizada para analisar e comparar os vários Sistemas de Saúde nas suas origens distingue três grandes modelos históricos (tabela 2). Os atuais sistemas de saúde europeus que se desenvolveram à sombra de dois grandes modelos, associados, um a Bismark, na Alemanha, nos finais do século XIX, e outro a Beveridge, no Reino Unido, logo após a II Guerra Mundial. Ambos assentam no princípio de que o acesso a cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagar, pelo que a contribuição depende do rendimento, mas a utilização depende apenas da necessidade. ⁽⁶⁾ E um terceiro modelo de Seguros Privados, teoricamente inexistente na Europa (contrariamente ao que sucede nos EUA), mas que em vários países europeus cobre uma parte da população. ⁽⁷⁾

Sistemas “bismarkianos”	Sistemas “beveridgianos”	Sistemas de Seguros de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Seguros Sociais (Associações, Mútuas sociais, ...) • Regulamentações profissionais ou territoriais • Tabela de preços estatais • Mutualização dos riscos dentro dos grupos profissionais • Alemanha, Bélgica, França, Luxemburgo, Países Baixos 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Nacionais Públicos • Financiamento assegurado pelo Estado (pago por impostos) • Médicos assalariados • Controlo democrático • Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Reino Unido, Suécia, Portugal 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco frequente na Europa • Modelo tipo EUA • Um terço da população dos Países Baixos • 10% da população da Alemanha • 17% da população em Espanha

Tabela 2 – Tipologia clássica dos Sistemas de Saúde (Revista Hospitais de Portugal, Novembro 2004)

Em Portugal, o SNS financia-se, fundamentalmente, através de recolha de fundos à população, nomeadamente:

- despesa privada familiar: correspondente à despesa direta das famílias residentes em Portugal;
- impostos: o financiamento é assegurado por verbas oriundas da coleta geral de impostos, via Orçamento do Estado. A contribuição para os impostos é feita de acordo com o rendimento (pelos indivíduos e pelas empresas) e de acordo com a despesa (impostos sobre o consumo, como o IVA). É uma contribuição compulsória, não sendo específica para a saúde. É a principal fonte de fundos do SNS. Existe também esforço orçamental através de deduções à coleta em sede de imposto sobre o rendimento (benefícios fiscais);

- seguros privados: as contribuições são calculadas de acordo com o risco (individual ou de grupo), sendo a adesão voluntária;
- seguro social: as contribuições são realizadas, usualmente de acordo com o rendimento, e a gestão dessas contribuições é assegurada por fundos próprios.

Pode-se ainda identificar os subsistemas como agentes presentes no financiamento:

- subsistemas públicos de saúde: as contribuições são realizadas de acordo com o nível de rendimento e são compulsórias dentro do grupo profissional abrangido.
- subsistemas privados de saúde: as contribuições são realizadas de acordo com o nível de rendimento e são compulsórias para os trabalhadores da empresa (ou grupo de empresas). (6)

Por fim, existem ainda outras pequenas fontes de fundos, normalmente associadas com algum sistema de seguro implícito, no sentido em que o cidadão não realiza pagamentos no momento de consumo de cuidados de saúde. Constituem exemplos as instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias, fundos de segurança social e outras instituições públicas e privadas. (6)

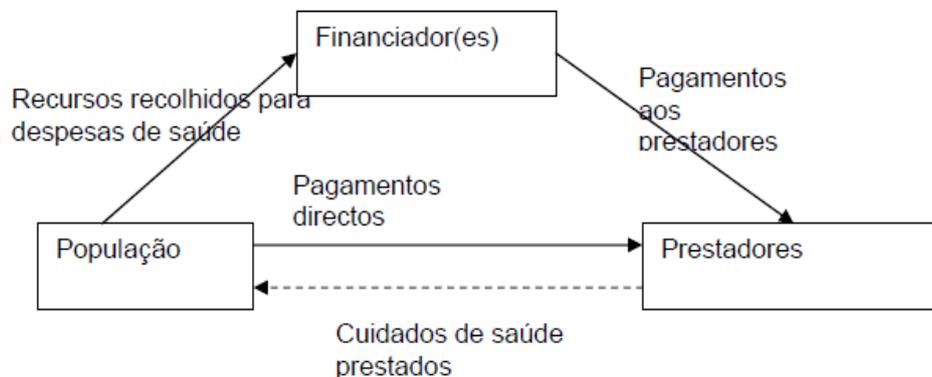


Figure 1 – Os fluxos financeiros no sistema de saúde (*Relatório final, Comissão para a sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Fevereiro de 2007*)

Como demonstrado na figura *supra*, os cuidados de saúde prestados à população são pagos por duas grandes vias: pagamento realizado pela população no momento de consumo (podendo este ser eventualmente inexistente) e pagamento realizado pelos “financiadores” por conta dos cuidados prestados. Este último pagamento assenta numa prévia captação de fundos junto da população. É a captação de fundos que constitui o “financiamento” do sistema de saúde. Dentro desta descrição genérica incluem-se os diversos sistemas existentes, como o financiamento por impostos, o seguro social ou o prémio de seguro privado, podendo a entidade financiadora ser, respetivamente, o Estado, fundos de doença ou companhias seguradoras. (6)

A divisão dos pagamentos aos prestadores de cuidados de saúde de acordo com a forma de captação de fundos é o problema central da organização do financiamento, que é conceptualmente e na prática, bastante distinto da questão de como organizar os pagamentos aos prestadores. Note-se

que num serviço nacional de saúde a relação entre entidade financiadora e prestadores se encontra integrada, na medida em que o SNS paga diretamente aos prestadores. Medidas como o desenvolvimento da contratualização, por exemplo, atuam nesta relação, mas não na organização do financiamento. ⁽⁶⁾

Despesa Nacional com a Saúde

As necessidades de saúde de uma população traduzem-se numa procura constante de cuidados de saúde, o que, a par de outros fatores como o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), o envelhecimento da população, o ritmo da inovação, o desenvolvimento tecnológico no domínio médico e terapêutico e o facto de os cuidados em saúde serem intensivos em trabalho, implica crescentes volumes de despesa no setor. ⁽⁸⁾

Segundo os resultados da Conta Satélite da Saúde (CSS) ⁽²²⁾, na base 2011, para o período 2010-2013, “em 2013, a despesa corrente em saúde continuou a diminuir (-2,1%), mas de forma menos acentuada que o verificado em 2011 (-5,2%) e 2012 (-6,6%). Em percentagem do PIB, a despesa corrente em saúde representou 8,9% em 2013. A despesa corrente pública contribuiu para esta evolução, diminuindo 1,1% em 2013, após registar reduções significativas em 2011 (-8,2%) e 2012 (-9,9%). A despesa corrente privada registou aumentos moderados em 2011 (+1,8%) e 2012 (+0,5%), estimando-se um decréscimo de 3,9% para 2013.

Sabendo que os custos dos medicamentos e das tecnologias da saúde são idênticos aos da restante Europa e considerando o crescimento do PIB e a recessão prevista para os próximos anos, a continuar com este modelo de gestão, esses gastos serão quase insustentáveis: de 8,9% do PIB em 2013 passar-se-á para 11,5% ou até mais em 2020. ⁽⁹⁾

Existe em Portugal uma crónica sub-orçamentação do SNS, associada a um crescimento muito forte da despesa total em saúde, claramente acima da evolução verificada ao nível da geração de riqueza e da própria despesa pública total, num cenário de fortíssimas restrições ao crescimento deste última, em face dos compromissos assumidos em matéria de reequilíbrio das contas públicas, previsão de reduzido crescimento económico a médio prazo e de conseqüente pressão sobre as receitas públicas correntes, envelhecimento populacional e de inversão da pirâmide etária e algum hospital-centrismo associado ao até agora reduzido enfoque na prevenção e nos cuidados de saúde primários. ⁽¹⁰⁾

Esta realidade coloca ao país um problema muito grave de insustentabilidade financeira do SNS, que poderá acarretar a prazo, à medida que se vão tentando encontrar e impor medidas e soluções de curto prazo, desenvolvimentos negativos para a competitividade do cluster da saúde e fazer perigar todos os avanços registados em matéria de saúde e bem-estar e a própria equidade, cobertura e universalidade do sistema, condicionando ainda mais a geração e distribuição de riqueza em Portugal e, por essa via, numa lógica de círculo vicioso, a própria sustentabilidade financeira do SNS. ⁽¹⁰⁾

Despesa Nacional com o setor Convencionado

Nos últimos anos, dado o contexto económico-financeiro do país, a sustentabilidade do SNS tem adquirido especial relevo. No ano de 2011, foi assinado o Memorando de Entendimento entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida da Comissão Europeia/Banco Central Europeu/Fundo Monetário Internacional, em que em matéria de convenções, se assumiu o compromisso de *reduzir em mais 10% a despesa global do SNS com entidades privadas que prestem serviços de meios complementares de diagnóstico* ⁽¹¹⁾. Para atingir este objetivo foram tomadas uma série de medidas, nomeadamente, a redução dos preços contratualizados com o setor, a redução do número de análises comparticipadas e restrições à prescrição de análises.

Como se pode verificar na tabela infra, a despesa anual com o setor convencionado das Análises Clínicas, entre 2010 e 2011 diminuiu 15%, e entre 2011 e 2012, diminuiu 21%, representando no ano de 2013, menos 2% das despesas de saúde.

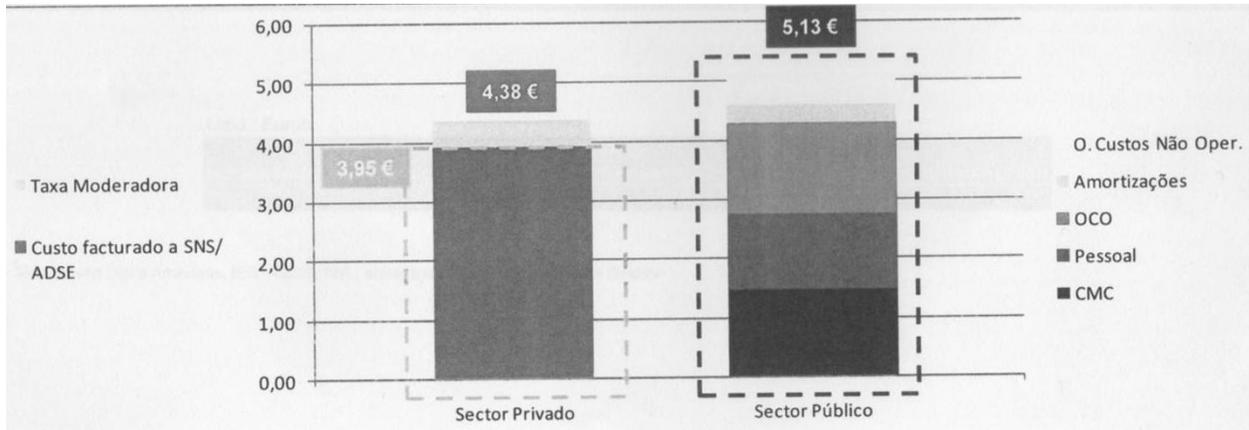
Ano	Nº. Atos	Nº. Exames	Nº. de Requisições	Encargos do SNS	Varição anual dos encargos
2010	60.714.300	59.557.514	13.310.856	217.056.683	- 2%
2011	54.001.660	52.560.897	11.970.442	183.914.629	- 15%
2012	48.321.755	46.860.005	11.157.712	144.725.194	- 21%
Total	163.037.715	158.978.416	36.439.010	545.696.506	-

Tabela 3 – Encargos do SNS de Análises Clínicas, entre 2010 e 2012 (ERS, Acesso, Concorrência e Qualidade no sector Convencionado com o SNS, Maio 2013)

Além da diminuição da despesa do SNS com o setor convencionado das análises clínicas, é de conhecimento público, que não existe uma única tabela de preços para o SNS e o setor convencionado. As diferenças entre as tabelas, são quer ao nível dos preços, quer na quantidade de análises que contêm, fazendo com que o preço da tabela dos convencionados seja cerca 23% mais barata que a o setor público.

Na figura *infra*, podemos verificar e extrapolar esta diferença de preços, através de um estudo realizado pela Deloitte para a ANL (Associação Nacional de Laboratórios), em Abril de 2009 ⁽¹²⁾ - a partir da informação financeira cedida pelas entidades privadas a operar no mercado de Análises Clínicas, e através de dados da ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) referente à contabilidade Analítica dos Hospitais do SNS – esta comparação dos preços, considera os custos médios por análise clínica efetuada em entidades públicas, com os preços médios por análise clínica suportados pelo Estado através da subcontratação de uma entidade do setor privado – sendo que o preço médio por análise no setor privado é de 4,39€ e no setor público de 5,13€.

Como podemos verificar o valor faturado pelas entidades privadas ao SNS e ADSE não incorpora as taxas moderadoras (suportadas pelos utentes), o valor médio, sem taxas moderadoras, é de 3,95€. Assim, verifica-se, que o custo faturado pelo setor Privado ao Estado é, em média, inferior 23% por análise face aos custos suportados pelo setor público na produção da mesma análise (o estudo considerou que o mix de análises realizadas pelo setor público e privado não apresentava diferenças relevantes).



OCO – outros custos e operacionais /CMC - custos com matérias consumidas

Figura 2 - Delloite, Estudo sectorial, Abril 2009

A par destas medidas de redução de despesa com o setor convencionado da saúde, em Agosto de 2011, foi publicado o Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10430/2011, de 18 de Agosto, no âmbito dos MCDT (Meios Complementares de diagnóstico e Terapêutica) ⁽¹³⁾, no sentido de que é exigível que as instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), atendendo à sua capacidade instalada, física e de recursos humanos, optimizarem a sua capacidade disponível em meios complementares de diagnóstico (MCDT), contribuindo, desta forma, para a rentabilização da instituição e para a satisfação da procura. No mesmo Despacho é determinado que os hospitais assegurem a realização dos MCDT necessários aos seus utentes como regra, através da sua capacidade instalada ou, com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência, pelo recurso à subcontratação de entidades externas especializadas do sector público, tendo como referência a tabela de preços do SNS, ou do sector privado e social, tendo como referência a tabela de preços do sector convencionado, devendo ainda os hospitais promover a devida articulação com unidades de cuidados de saúde primários por forma a possibilitar a realização de MCDT aos utentes do SNS, com o aproveitamento da sua capacidade instalada.

A publicação deste Despacho levou à generalização do procedimento da internalização de MCDT pelas Unidades Locais de Saúde (ULS), sendo que o recurso ao setor convencionado apenas se verificaria quando a ULS em causa, não apresentassem capacidade instalada suficiente ou adequada à realização dos MCDT.

Em Maio de 2013, o estudo *Acesso, Concorrência e Qualidade o Sector Convencionado com o SNS da ARS* ⁽¹⁴⁾, conclui que *relativamente ao estado da realização de MCDT no âmbito das ULS em funcionamento, [...], na esmagadora maioria das ULS, quando as mesmas revelam não possuir capacidade instalada para a realização de MCDT, por a capacidade instalada não se revelar suficiente ou adequada, a regra será assegurar a liberdade de escolha mediante a entrega das credenciais aos utentes para a utilização nos prestadores convencionados com os SNS, sendo em situações excecionais realizado um processo de aquisição, nos termos legalmente aplicáveis, para efeito de subcontratação urgente. Assim, o recurso ao exterior em situação em que a capacidade instalada não se revela suficiente ou adequada faz-se por recurso aos prestadores privados convencionados integrados na rede de convencionados o SNS.*

Um exemplo da consequência deste despacho verificou-se na área de abrangência da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), onde a internalização das análises clínicas levou ao encerramento de dois laboratórios convencionados. Se fizermos uma abordagem em grande plano do que esta medida implicou na prática, verificamos o seguinte:

- aumentou do desemprego, na sua vasta maioria altamente especializado e qualificado, logo, levou ao aumento da despesa da Segurança Social;
- provocou uma diminuição da receita de impostos;
- diminuiu a atividade económica associada à atividade dos laboratório convencionados (indústria, seguros, limpeza e outros serviços), com o correspondente impacto na receita fiscal.

Como podemos concluir esta medida não contribuiu em nada para a redução da despesa do Orçamento de Estado.

Outra questão a ser levantada com este despacho está relacionada com a proteção dos direitos dos utentes, nomeadamente, ao da livre escolha, consagrada na LBS ⁽¹⁵⁾ (Base V, nº. 5 - *É reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços* - e Base XIV, nº. 1 al. a - *Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores*).

Após serem tomadas estas medidas, era importante e necessário que se tornasse público algumas questões:

- os custos dos laboratórios do setor público;
- os gastos realizados nos contratos efetuados para “instalar a capacidade instalada” do setor público;
- o número de doentes sujeitos a tratamento hipocoagulante abrangidos pelos Centros de Saúde, Unidades de Saúde Familiar, Unidades Locais de Saúde e Hospitais, assim como os seus custos. Este é um exemplo concreto, onde os laboratórios convencionados têm prestado um verdadeiro serviço público e de forma praticamente gratuita em algumas regiões do país.

A exclusão dos cidadãos do processo de decisão, concentrado na sua quase totalidade nas estruturas de governação e de regulação da saúde e sem o conhecimento completo das verdadeiras necessidades dos cidadãos, cria o risco de serem tomadas decisões com efeitos contraproducentes.

(16)

Prestação Privada do setor das Análises Clínicas nos Cuidados de Saúde

História das Análises Clínicas

Os primórdios das análises clínicas remontam a 4000 a.C., onde existem registos de desenvolvimento de testes quantitativos e qualitativos em amostras de urina. Nos séculos seguintes assistiu-se a um grande progresso nos campos da anatomia e da fisiologia, o que permitiu uma melhor compreensão da patofisiologia e o desenvolvimento de novos testes laboratoriais. ⁽¹⁷⁾

Os séculos XVII e XVIII marcaram o início da primeira era científica, com o desenvolvimento da Química Analítica e o advento da Microbiologia. No século XX assistiu-se a uma verdadeira revolução científica, com descobertas notórias, sobretudo nos domínios da Bioquímica e da Genética. Desde então, o papel das análises laboratoriais no contexto da Saúde foi completamente transformado, existindo a necessidade da criação de diversas especializações dentro das ciências laboratoriais, como são exemplo a Hematologia, a Química Clínica ou a Microbiologia. ⁽¹⁷⁾

Em Portugal, os laboratórios de Análises Clínicas surgiram entre o final do século XIX e o início do século XX. ⁽¹⁷⁾

Tendências para o futuro para o Laboratório de Análises Clínicas

O Laboratório de Análises Clínicas, sofreu constantemente alterações ao longo da sua história e é, provavelmente, com excepção do Laboratório Farmacêutico, o subsector da saúde que mais evoluiu. Por outro lado, e na quase totalidade dos países, independentemente do seu sistema de financiamento, verifica-se que a gestão privada, ou seja, empresarial, é o modelo que impera no Laboratório de Análises Clínicas. ⁽⁷⁾

Vários são os aspectos que contribuem para este cenário:

- o Laboratório de Análises Clínicas tem que satisfazer continuamente os seus clientes (externos e internos) com eficácia económica, o que implica a gestão de recursos humanos e de aprovisionamento, tabelas de custos de produtos e serviços, etc;
- o avanço tecnológico está em continua modificação, o que por um lado, possibilita o aumento das determinações a realizar, e por outro, possibilita a prestação de mais serviços (tratamento de dados, planeamento, Internet, confidencialidade e segurança, etc.), assim como a disponibilidade de novos equipamentos mais potentes, eficazes e seguros, o que conduz a novos modelos organizativos: *core-lab*, *point-of-care*, etc.

Este avanço tecnológico associado à gestão empresarial do Laboratório de Análises Clínicas, leva à formação de estruturas empresariais cada vez mais potentes, eficientes, eficazes e seguras, o

que contribuiu muito para a sua globalização que já se faz sentir em Portugal, levando à concentração de alguns grupos empresariais. ⁽⁷⁾

Em 2006 o maior grupo suíço de análises clínicas – Unilabs – adquire o maior laboratório privado da zona norte e um dos maiores do país e, posteriormente outros 6 laboratórios. Em Agosto de 2007, Capió Diagnostics (sueca) adquiriu a Unilabs tornando-se no maior grupo europeu a operar na área do diagnóstico laboratorial, contando com cerca de 3.600 colaboradores, distribuídos por 90 laboratórios em 12 países – Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Itália, Noruega, Portugal, Rússia, Espanha, Suécia, Suíça, Reino Unido – (volume de negócios anual de aproximadamente 400 M€). Em 2007, o grupo General Lab (espanhol) e o grupo Labco (francês) fundiram-se, formando assim o segundo maior grupo privado de laboratórios de análises clínicas na Europa, com uma faturação estimada em cerca de 300 M€. Em Portugal, a General Lab detém mais de 20 laboratórios. Em 2008 a Euromedics (holandesa) adquiriu 18 laboratórios privados em Portugal, esta multinacional do diagnóstico opera em mais de 15 países europeus. ⁽¹⁸⁾

Os Laboratório de Análises Clínicas são estruturas cada vez maiores, impulsionadas pela globalização e por um aumento da competitividade, mesmo entre países.

Capacidade instalada, Recursos humanos e Financeiros

“Todos os dias mais de 50 mil portugueses usam os Laboratórios Privados”

António Taveira, ex-Presidente da ANL

O mercado de análises clínicas em Portugal é a prestação de um serviço de exame laboratorial. Os exames laboratoriais são um conjunto de exames e testes prescritos por um médico e realizados em laboratórios especializados, permitindo ao médico, em posse dos resultados dos exames e através da comparação dos valores examinados com valores considerados normais (de referência para uma determinada população), diagnosticar ou controlar alguma doença e, assim, sempre que for necessário, indicar o tratamento adequado. Exemplos de exames comuns são o hemograma, doseamentos de glicose, colesterol, triglicéridos e ácido úrico, exames da função tireóideia, entre outros. ⁽¹⁸⁾

Segundo um estudo realizado no Reino Unido pelo UK Department of Health, cerca de 70% das decisões clínicas tomadas pelos médicos têm por base os exames laboratoriais, os resultados das análises realizadas são fundamentais tanto para a definição do tratamento mais adequado a cada situação, como para o controlo e monitorização da sua evolução, potenciando resultados terapêuticos

mais seguros e eficazes e uma redução de custos com tratamentos futuros, o que resulta numa mais-valia para todas as partes envolvidas. ⁽¹⁹⁾

Em Portugal, o setor Convencionado das Análises Clínicas tem contribuído de forma decisiva, para os ganhos de saúde, verificados nos últimos 30 anos.

Segundo, o estudo da ERS “Acesso, Concorrência e Qualidade no sector Convencionado com o SNS” de Maio de 2013 ⁽¹⁴⁾, em Portugal existem 321 laboratórios de Análises Clínicas convencionados com o SNS e encontram-se autorizados a funcionar, ao abrigo das convenções, 2.018 postos de colheitas. Destes estabelecimentos resulta que 9.452.568 habitantes estão cobertos pelas áreas de abrangência até 15 minutos de viagem em estrada, ou seja, 94,1% da população nacional encontra-se a uma distância até 15 minutos de estabelecimentos de Análises Clínicas convencionados com o SNS (tabela 3).

Tempo percorrido	População coberta	% da população coberta
Inferior a 15 minutos	9.452.568	94,1%
Entre 15 a 30 minutos	561.336	5,6%
Superior a 30 minutos	33.179	0,3%

Tabela 4 - Análise da cobertura populaciona dos convencionados com SNS em Análises Clínicas, a nível nacional (ERS, Acesso, Concorrência e Qualidade no sector Convencionado com o SNS, Maio 2013)

A ilustração *infra*, denota que o nível de acessibilidade facultado pelo serviço convencionado das Análises Clínicas é excelente, proporcionando o acesso a quase 100% da população do território nacional, a uma distância de menos de 30 minutos de viagem em estrada até um estabelecimento convencionado.

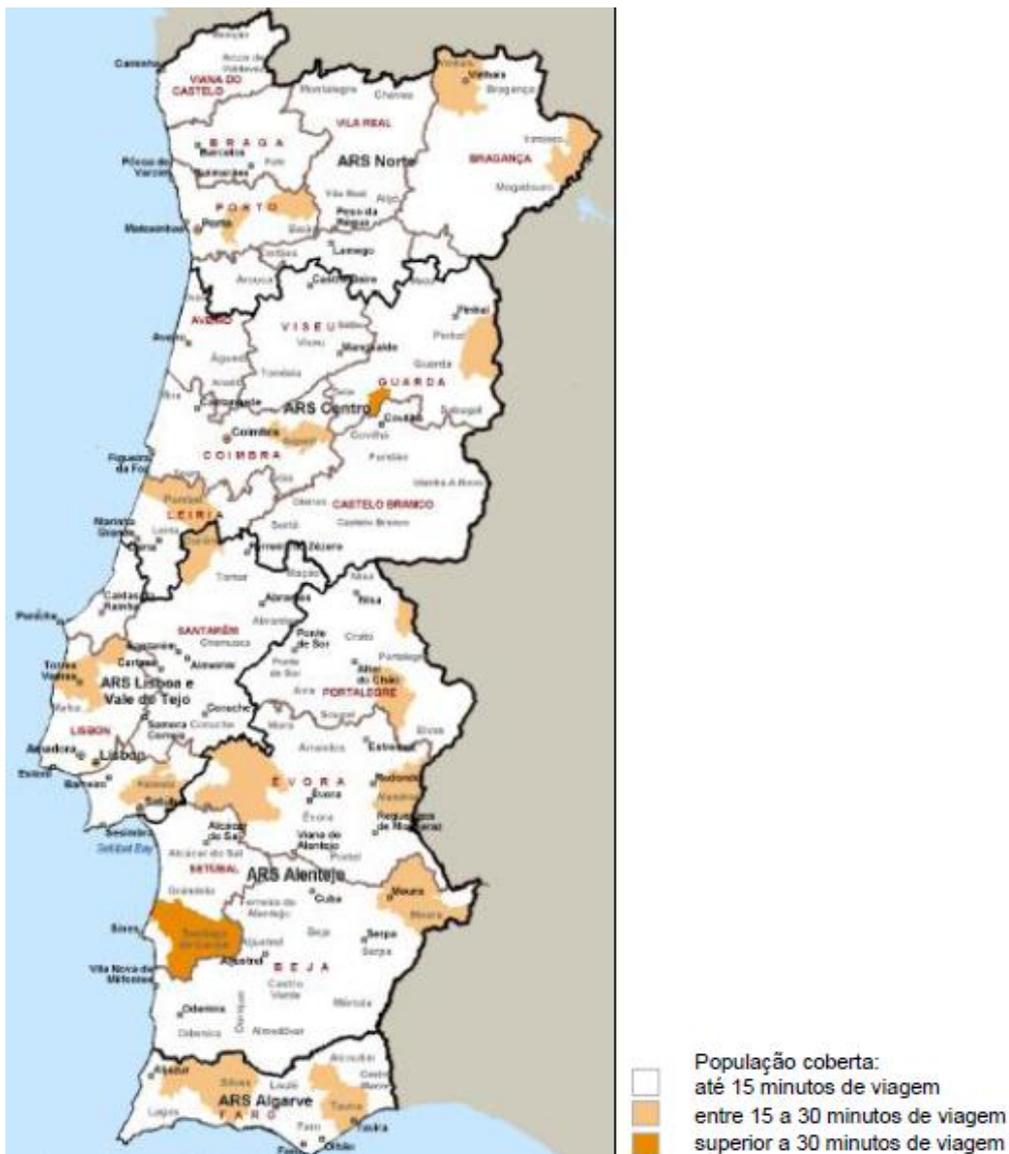


Figura 3 - Cobertura populacional dos estabelecimentos convencionados com o SNS em Análises Clínicas (ERS, Acesso, Concorrência e Qualidade no sector Convencionado com o SNS, Maio 2013)

A par desta capacidade instalada em território português, o setor convencionado da saúde conta ainda, segundo dados da Deloitte de Abril de 2009 ⁽¹²⁾, com aproximadamente 9.500 colaboradores – 5.500 profissionais dependentes e 4000 profissionais independentes – em contraste com os 2.165 colaboradores do setor público.

De acordo com o estudo realizado pela Deloitte em 2009 para a ANL ⁽¹²⁾, o *sector das Análises Clínicas em Portugal atinge cerca de 780 milhões de euros. A valorização estimada para o sector resulta de EUR 385 M relativo ao setor público (custos suportados pelo Estado para a realização de Análises Clínicas em entidades públicas), e do valor de EUR 399 M relativo ao setor privado (volume de negócios gerado por entidades provadas no sector das Análises Clínicas).* (Dados referentes ao ano de 2007).

Outro ponto importante está relacionado com a forte dependência do setor das análises clínicas ao SNS e subsistemas de saúde. De acordo com a ERS ⁽¹⁴⁾, cerca de 96% das entidades privadas têm convenção com o SNS, sendo que o peso do Estado (através do SNS e ADSE) no total dos proveitos dos laboratórios privados de análises clínicas atinja aproximadamente 77% do seu volume de negócios.

Entidades Financiadoras	% do Total de Entidades
SNS	96%
ADSE	89%
SNS e ADSE	88%
SNS ou ADSE	98%
SAMS	40%
SNS ou ADSE ou SAMS	100%

Figura 4 - Delloite, *Estudo sectorial*, Abril 2009

Estes dados, permitem-nos concluir o importante papel do setor convencionado das análises clínicas na oferta dos cuidados de saúde à população, através da sua rede privada, funcionando como uma extensão do Estado na oferta dos serviços de análises clínicas de uma forma geograficamente abrangente.

Consequências do atual estado das convenções

Como já referido nesta dissertação, o acesso às convenções encontra-se encerrado deste 1999, não permitindo a entrada de novos prestadores de saúde ao setor convencionado do Estado.

O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa ⁽²⁰⁾ consagra o dever do Estado de que *todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover* (n.º. 1) e assim com o de *garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde* (n.º. 3, al. b) e de *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* (n.º. 3, al. d). Concluímos, então, que o Tribunal Constitucional não defende um modelo de monopólio do setor público de prestação de cuidados de saúde, mas sim a existência de um setor privado, complementar e até concorrente com o setor público da saúde, presunção esta, também consagrada na LBS ⁽¹⁵⁾, nomeadamente:

- Base I, n.º 1 - *A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei;*
- Base I, n.º 4 - *Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos;*
- Base II, n.º 1, al. f - *É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público;*
- Base IV, n.º 2 - *Para efectivação do direito à protecção da saúde, o Estado actua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante actividade privada na área da saúde;*
- Base XII, n.º 1 - *O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades;*
- Base XII, n.º 3 - *O Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso;*
- Base XIV, n.º1, al. a - *Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;*

- Base XXXVII, n.º 1 - *O Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público.*
- Base XXXVII, n.º.2 - *O apoio pode traduzir-se, nomeadamente, na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de Saúde que deseje trabalhar no sector privado, na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde.*

Não se entende, portanto, como é que se opta por medidas de internalização de análises clínicas, sob a máxima de otimização e racionalização da capacidade instalada do setor público, tratando o setor convencionado, não como complementar e pilar do serviço público, mas como um serviço de mera subsidiariedade ou “último recurso”, depois de este setor ter investido e criado uma densa rede, com uma total cobertura do território nacional, estando disponível ao serviço dos utentes, dos clínicos e da comunidade, criando até uma significativa distorção concorrencial na prestação de serviços pelos dois setores.

É importante não esquecer, que os Laboratórios de Análises Clínicas são estruturas muito complexas, cujo funcionamento exige a aquisição de equipamentos muito dispendiosos, a contratação de pessoal qualificado, o cumprimento de normas de instalação e funcionamento, igualmente, complexas e a implementação de um sistema da qualidade específico, tornando-se estas medidas contra os princípios de confiança e da estabilidade do investimento.

O serviço nacional de saúde inclui, no mesmo pé de igualdade, o setor público e o setor privado, sendo que a sua otimização deveria passar por uma ponderação conjunta dos serviços já existentes.

Além do acima referido, é importante salientar, que estando as convenções fechadas a novos investidores, os grandes grupos internacionais têm entrado no mercado das análises clínicas através da aquisição de laboratórios já em atividade, beneficiando da convenção existente, alterando assim, o grau de concorrência e a concentração no setor.

Uma alternativa a este cenário será a liberalização das convenções, porque, sendo o preço determinado igual para todos os operadores, a tendência será para que estes concorram entre si para a captação de utentes e se diferenciem através da melhor qualidade dos serviços prestados, contribuindo para a melhoria e inovação continuas na prestação dos serviços.

O setor privado pode ter um papel decisivo na antecipação das necessidades do consumidor do século XXI, propondo ao SNS novos modelos de parceria e convenção baseados em condições de saúde e resultados, tomando por base a capitação histórica verificada.

Desafios

Apesar do Ministério da Saúde não produzir, nem monitorizar relatórios sobre a evolução conjuntural e estrutural do setor, após a realização desta dissertação, torna-se evidente que o setor convencionado das análises clínicas, que se considera erradamente, que se desenvolveu à sombra do setor público, é, pelo contrário, um setor de enorme dinamismo, apostado na profissionalização das suas equipas e comprometido com a qualidade e com a inovação. Não é um setor a viver à sombra do setor público, mas um setor de pleno direito na economia do país, com uma visão assente e ambiciosos objetivos de crescimento, e que as oportunidades de cooperação do setor convencionado com o SNS são inúmeras, não fazendo sentido mobilizar meios de investimento para o setor público, no sentido de acrescentar mais capacidade ao setor, quando esta já existe através do setor convencionado, e que, o fundamental da relação do Estado com os laboratórios será garantir estabilidade das políticas, mecanismos transparentes de formação de preços e pontualidade nos pagamentos. Nos últimos anos, houve uma melhoria no prazo médio de pagamentos, mas o congelamento das novas convenções tem impedido a entrada de operadores mais eficientes provocando na concentração no setor. ⁽²¹⁾

Uma reflexão importante que surge, após a finalização desta dissertação, é pensar nos outros serviços convencionados do SNS, além das Análises Clínicas, e questionar se não se encontram na mesma igualdade de circunstâncias. E se sim, porque não olhar para o setor convencionado da saúde como uma solução a muitos dos problemas crónicos do nosso SNS. Problemas esses públicos e já muito debatidos como são a inadequada ou ausente regulação e avaliação da prestação de cuidados pelo Ministério da Saúde, a reconhecida ausência de mecanismos concorrenciais, o crescimento constante das despesas de saúde e o mais importante, a inadequação do modelo organizacional e de gestão, em que o papel tripartido do Estado - de accionista, regulador e pagador, concentrando muitas responsabilidades numa só organização - leva a que seja difícil assegurar um desempenho ótimo na totalidade das suas funções.

Com um olhar mais detalhado às características do setor convencionado, podemos enumerar uma série de atributos que as convenções corporizam:

- respeitam o princípio da separação do financiador e prestador;
- criam serviços mais eficientes, resultantes na competição entre os diversos prestadores de modo a garantir os melhores cuidados ao maior número de utentes (a preços constantes e administrativamente fixados);
- beneficia o financiador, que fixa os preços que lhe convém;
- os utentes adquirem numa posição privilegiada onde estão assegurados o princípio da soberania do consumidor : a sua liberdade de escolha;
- aumenta a sua capacidade para reagir às evoluções tecnológicas e de adequação às novas patologias;

- e está garantida a relação de proximidade com os utentes, dado a distribuição geográfica dos diferentes convencionados nas diferentes áreas de saúde.

Em jeito de conclusão, como referido no *Relatório Final*, realizado pela *Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*, em Fevereiro de 2007 ⁽⁶⁾, as necessidades de saúde da população vão, exigir ao SNS respostas cada vez mais complexas, por força de uma progressiva alteração do perfil epidemiológico das doenças e dos doentes, mais envelhecidos e com patologias mais incapacitantes e onerosas, sendo necessário que o SNS acompanhe esta silenciosa modificação e que também proceda a adaptações na oferta de cuidados, na revisão do perfil formativo dos seus profissionais e antecipe as consequências, deste processo, no financiamento dos cuidados de saúde.

Referências Bibliográficas

- (1) Marques, Adriana; Nunes, Joana – Evolução do Serviço Nacional de Saúde, Coimbra, Maio 2008 [consult 14 Janeiro 2015] Disponível na http://www.huc.min-saude.pt/imagiologia/area_tecnica/evolucao%20do%20sns.pdf
- (2) Portal da Saúde – História do Serviço Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Fevereiro 2015 [consult. 14 Janeiro 2015] Disponível na <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>
- (3) Sousa, Germano. *O Serviço Nacional de Saúde Português*. Lisboa
- (4) DGS – Licenciamento e Contratação [consult. 10 Dezembro 2014] Disponível na <http://www.dgs.pt/licenciamento-e-contratacao/areas-de-intervencao/sector-privado-lucrativo/convencionalamento.aspx>
- (5) Administração Central do Sistema de Saúde. *Sector Convencionado da Saúde – Relatório da actividade do sector: MCDT 2008/2009*, Lisboa, 2010
- (6) Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. *Relatório Final*, Lisboa, 2007
- (7) Hornos Vila, Josep. *Situação actual do Laboratório de Patologia Clínica na Europa e EUA*. Revista Hospitais de Portugal, Novembro 2004, p. 16-21
- (8) Ferreira, Joana Raquel. *Concorrência Público-Privada no Sistema de Saúde Português: Uma análise exploratória*, Lisboa, 2009 (Dissertação de Mestrado)
- (9) Sousa, Germano. *A Livre Escolha e o Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa
- (10) Health Cluster Portugal. *Sustentabilidade e Competitividade na Saúde em Portugal*, Lisboa, 2010
- (11) Memorando de Entendimento sobre as Condicionais de Política Económica. Maio 2011
- (12) Deloitte. *Estudo Sectorial – Associação Nacional de Laboratórios Clínicos*. Abril de 2009

- (13) Despacho nº. 10425/2011. D.R. II Série.158. (18.08.2011)
- (14) Entidade Reguladora da Saúde. *Acesso, Concorrência e Qualidade no Sector Convencionado com o SNS - Análises Clínicas, Diálise, Medicina Física e de Reabilitação e Radiologia*, Porto, 2013
- (15) Lei nº. 48/90. D.R. I Série 195 (24.08.1990)
- (16) Deloitte. *Saúde em análise – Uma visão para o futuro*, Public sector, Life sciences & Healthcare, 2011
- (17) Glória, Bruno. *Análises Clínicas e Saúde Pública – Saiba Mais!*. Outubro 2011 [consult. 22 Maio 2014] Disponível na <http://www.tdtonline.org/viewtopic.php?t=10402>
- (18) Fazenda, Paulo Alexandre. *O sector da Patologia Clínica em Portugal - Custos Públicos e Privados de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) – Análises Clínicas*, Porto, 2012 (Dissertação de Mestrado)
- (19) Forsman W. Why is the laboratory an afterthought for managed care organizations? *Clinical Chemistry* 1996; 42:813-81
- (20) Assembleia da República. Constituição da República Portuguesa [consult. 9 Fevereiro 2015] Disponível na <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- (21) Ribeiro, José Mendes. *Saúde – A Liberdade de Escolher*, Gradiva, Lisboa, 2009
- (22) Instituto Nacional de Estatística. *Conta Satélite da Saúde – Base 2011* [consult. 17 Janeiro 2015] Disponível na https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=211355422&DESTAQUESmodo=2
- Barros, Pedro Pita. *A economia dos Serviços de Saúde: Sector Público e Sector Privado na Prestação*, Lisboa, 2000
- Entidade Reguladora da Saúde. *Estudo da concorrência no sector das análises clínicas*, Porto, 2008

Simões, Jorge Abreu. *As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 4, Novembro 2004, 79-90

Entidade Reguladora da Saúde. *Estudo sobre o processo de licenciamento de prestadores de cuidados de saúde*, Porto, 2006

Entidade Reguladora da Saúde. *As convenções em 2008*, Porto, 2008

Anexo

Questionário aos *stakeholders*.

Qual o papel do setor convencionado?

Como se justifica as medidas de internalização que têm vindo a ser postas em prática? SNS com capacidade instalada para substituir convencionados?

Qual a vantagem do setor privado?

Quais as vantagens que os convencionados oferecem ao utente e que se poderão perder caso o Estado assuma a totalidade dos serviços?

Continua a ser mais barato subcontratar e fazer análises clínicas no privado?

Como vê a existência de uma tabela para os privados e outra para o setor público.

Como vê a redução do custo das análises clínicas no setor convencionado? Implicações.

O fim dos serviços convencionados poderá ser uma realidade? Quais as vicissitudes que acarretará?

A internalização das análises clínicas levanta problemas como a violação da Lei de Bases da Saúde e das convenções celebradas. Quais as implicações? SNS como concorrente do setor privado?