

GUIA DE GESTÃO DAS MUTUALIDADES DE SAÚDE EM ÁFRICA



O programa global Estratégias e Técnicas contra a Exclusão Social e a Pobreza (STEP) do “Bureau” Internacional do Trabalho (BIT) intervém em dois domínios temáticos interdependentes: extensão da protecção social aos excluídos e acessibilidade integrada de inclusão social.

O STEP apoia a concepção e a difusão de sistemas inovadores destinados à protecção social das populações excluídas, nomeadamente a economia informal. O STEP trabalha particularmente com os sistemas baseados na participação e organização dos excluídos e trabalha igualmente no reforço das ligações entre estes sistemas e os outros mecanismos de protecção social. Deste modo, o programa apoia a implementação de sistemas nacionais de protecção social coerentes baseados nos valores de eficácia, de equidade e de solidariedade.

O STEP situa a sua acção em matéria de protecção social no quadro alargado da luta contra a pobreza e a exclusão social prendendo-se particularmente a uma melhor compreensão dos fenómenos de exclusão social e ao reforço, no plano metodológico e estratégico, das tentativas que visem reduzir este problema. Neste domínio, o STEP acentua as articulações entre os níveis locais e nacionais contribuindo sempre para os trabalhos e agendas internacionais.

Nas suas intervenções, o STEP combina diferentes tipos de actividades: realização de estudos e de pesquisas, produção de ferramentas metodológicas e obras de referência, execução de projectos no terreno, apoio técnico à definição da implementação de políticas, formação e colocação dos agentes nas redes.

A acção do programa inscreve-se na intervenção mais alargada do Serviço Políticas e Desenvolvimento da Segurança Social e em particular na Campanha Mundial sobre Segurança Social e a Cobertura para Todos.

Programa STEP
Service Politiques et Développement de la Sécurité Social
Bureau international du Travail
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22, Suisse
Tel(4122)7996544
Fax(4122)7996644
E-mail:step@ilo.org
INTERNET www.ilo.org/step/ publs

GUIA DE GESTÃO DAS MUTUALIDADES DE SAÚDE EM ÁFRICA

GUIA DE GESTÃO DAS MUTUALIDADES DE SAÚDE EM ÁFRICA

A edição original desta obra foi publicada pelo «Bureau» Internacional do Trabalho (Genebra) com o título: «Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique»

Copyright © Organisation Internacional do Trabalho 2003

Edição Portuguesa Copyright © 2004 Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social de Portugal

Traduzida e reproduzida sob autorização

Tradução: Maria Manuela Leitão

Revisão: Gabinete para a Cooperação do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social de Portugal / «Bureau» Internacional do Trabalho

Esta publicação é editada em língua portuguesa nos termos do Acordo de Cooperação Técnica celebrado entre a Organização Internacional do Trabalho e o Governo da República Portuguesa, assinado em 9 de Julho de 1994, e do Acordo Complementar em matéria de Publicações, de 23 de Novembro de 1998.

As designações utilizadas nas publicações do «Bureau» Internacional do Trabalho (BIT), que estão em conformidade com a prática das Nações Unidas, e a apresentação dos dados aí descritos, não implicam, da parte do «BIT» nenhuma tomada de posição no que diz respeito ao estatuto jurídico de determinado país, zona ou território, ou das suas autoridades, nem no que diz respeito ao traçado das suas fronteiras.

Os artigos, estudos e outros textos assinados são da exclusiva responsabilidade dos seus autores, e a publicação dos mesmos não pressupõe que o «Bureau» Internacional do Trabalho subscreva as opiniões aí expressas. A referência ou omissão de empresas ou de produtos e processos comerciais não implica, por parte do «Bureau» Internacional do Trabalho, qualquer apreciação favorável ou desfavorável.

Edição / Distribuição: Gabinete para a Cooperação do
Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social de Portugal

R. Castilho, 24-5.º Esq. 1250-069 Lisboa

ISBN: 972-8766-09-2

Tiragem: 500 exemplares

Dep. Legal: 224273/05

Impressão: Etigrafe, Lda.

Preâmbulo

Estima-se que a exclusão da protecção social no respeitante à saúde abrange hoje cerca de oitenta por cento da população da maioria dos países da África subsahariana e do sul da Ásia e cerca de metade da população de um grande número de países da América Latina e da restante Ásia. Na Europa de Leste, apesar das contrastantes consoante os países, a exclusão é também muito importante. Os factores de exclusão são múltiplos: natureza do emprego, capacidade contributiva, legislação, qualidade e volume da oferta de cuidados, repartição geográfica dos serviços, discriminação étnica ou sexual, tabus, etc. As pessoas excluídas são frequentemente vítimas de vários destes factores. O défice de protecção social é maior na economia informal e, mais globalmente, quando a qualidade de emprego é mais fraca.

Face a esta constatação, a Conferência Internacional do Trabalho (CIT) – que agrupa os representantes dos governos, das organizações de empregadores e das organizações de trabalhadores dos 176 países membros da Organização Internacional do Trabalho – em 2001, chegou a um novo consenso¹ em matéria de segurança social que estipula nomeadamente que “deve ser dada absoluta prioridade à concepção de políticas e de iniciativas apropriadas ao benefício da segurança social que não estejam cobertas pelos sistemas em vigor (CIT, 2001)”. A fim de promover e de colocar em prática as conclusões deste novo consenso, o “Bureau” Internacional do Trabalho (BIT) lançou em 2003 uma “Campanha Mundial sobre Segurança Social e cobertura para todos”.

Em África, a exclusão da protecção social é particularmente preocupante face à amplitude da pobreza. As crises económicas conjugadas com uma desresponsabilidade do Estado tiveram como consequência uma redução das despesas públicas. O sector da saúde foi um dos mais fortemente afectados por esta situação: a gratuidade da assistência para todos foi progressivamente substituída pelos sistemas de comparticipação nos custos, apelando à contribuição dos utilizadores dos serviços de saúde. Os sistemas de comparticipação nos custos contribuíram certamente para melhorar a disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde mas tornaram também mais difícil o acesso à assistência para as pessoas com modestos recursos.

Os regimes formais de segurança social não obtiveram soluções de elevada escala para esta dificuldade. Com efeito, assiste-se, desde há alguns anos, ao desenvolvimento de numerosos sistemas de protecção criados por agentes exteriores ao Estado: comunidades, ONG, organizações de trabalhadores, organizações de empregadores, cooperativas, etc. As mutualidades de saúde constituem uma das formas escolhidas por estes sistemas, associando os princípios de auxílio mútuo e da solidariedade ao mecanismo de segurança. Apresentam um potencial real no

1 BIT.2002:Segurança Social : um novo consenso (Genebra).

domínio da melhoria do acesso aos cuidados médicos com diminuição do risco financeiro ligado à doença. Contudo, estas mutualidades são de recente criação em África e, embora sejam objecto de um rápido desenvolvimento, continuam frágeis. As competências no domínio da gestão, nomeadamente no acompanhamento e avaliação, são ainda raras e devem ser desenvolvidas afim de dinamizarem esta dinâmica mutualista. O programa STEP do BIT produziu este guia a fim de contribuir para a resposta a esta necessidade de consolidação. Este guia está baseado na experiência e na contribuição de múltiplos agentes em África. Propõe conhecimentos e técnicas adaptadas às necessidades e ao actual estado de desenvolvimento das mutualidades africanas.

Agradecimentos

Este guia foi produzido pelo programa “Estratégias e Técnicas contra a Exclusão Social e a Pobreza” (STEP) do Service Politiques et Développement de la Sécurité Sociale du BIT. Baseou-se nomeadamente no trabalho dos peritos nacionais do programa que enriqueceram consideravelmente o conteúdo deste guia. Na sua produção colaboraram outros numerosos agentes do desenvolvimento das mutualidades de saúde. O programa STEP agradece calorosamente a todas as pessoas pelos seus comentários e pelo seu apoio.

O guia beneficiou igualmente do contributo da “Association Internationale de la Mutualité (AIM)”. Um agradecimento particular a Alain Coheur (AIM) pelos seus contributos quando da elaboração do guia.

Se desejar remeter os seus comentários, críticas, resultados do seu trabalho ou obter informações complementares contacte:

BIT/STEPBIT/STEP em África
Service PolitiquesCité Pyrotechnie-Mermoz
et Développement 8,BP 414, Dakar, Sénégal
de la Sécurité SocialeTel (221) 8601125
4, route des MorillonsTel (221) 8601125
CH-1211 Genève 22, SuisseE-mail: step_afr@sentoo.sn
Tel (4122) 7996544
Fax (4122) 7996644
E-mail: step@ilo.org
Internet: www.ilo.org / step

Índice

Introdução	1
Parte 1 Introdução à gestão de uma mutualidade de saúde	5
Capítulo 1 As características de uma mutualidade de saúde	7
1.1 A definição e os princípios de base de uma mutualidade de saúde	7
1.2 O seguro de saúde	9
1.3 O risco doença	9
1.4 O cálculo da quotização	10
1.5 O binómio prestações/quotizações	12
1.6 As formas de concessão das prestações aos beneficiários	14
Capítulo 2 As funções, as áreas e os princípios da gestão de uma mutualidade de saúde	16
1.1 As funções da gestão do seguro	17
1.2 As áreas de gestão	18
1.3 As inter – relações entre as áreas de gestão	19
1.4 A incidência dos princípios mutualistas na gestão de uma mutualidade	21
1.5 Os princípios de gestão ligados ao seguro saúde	22
1.6 Alguns princípios de gestão comuns a todas as organizações	23
Parte 2 A organização administrativa de uma mutualidade de saúde	25
Capítulo 1 Os órgãos de uma mutualidade de saúde	27
1.1 Os órgãos de uma mutualidade de saúde	28
1.2 O organigrama da mutualidade	32
Capítulo 2 A repartição das tarefas	35
2.1 Os intervenientes da vida de uma mutualidade de saúde	37
2.2 O quadro de atribuições	42
2.3 A formação dos intervenientes da mutualidade de saúde	42
Capítulo 3 Os estatutos e o regulamento interno	44
3.1 Os estatutos	45
3.2 O regulamento interno	52
3.3 A elaboração dos estatutos e do regulamento interno	56

Capítulo 4	A organização das reuniões	56
4.1	A preparação e o desenvolvimento das reuniões	57
4.2	O acompanhamento das reuniões	60
Parte 3	A gestão das adesões, das quotizações e das prestações	61
Capítulo 1	A gestão das adesões	64
1.1	As modalidades de adesão	65
1.2	Os documentos	66
1.3	O controlo do registo das adesões	75
1.4	O acompanhamento das adesões	76
Capítulo 2	A gestão das quotizações	79
2.1	A quotização	80
2.2	Os documentos	83
2.3	O controlo dos registos relativos às quotizações	87
2.4	O acompanhamento das quotizações	88
Capítulo 3	A gestão das prestações	92
3.1	As modalidades de recurso aos serviços da saúde	93
3.2	O controlo dos direitos às prestações	94
3.3	A facturação e o controle dos prestadores de cuidados	95
3.4	Os documentos	96
3.5	O controlo dos registos	104
3.6	O acompanhamento das prestações de doença	105
Capítulo 4	Os procedimentos de gestão das adesões, das quotizações e das prestações	110
4.1	Alguns exemplos de procedimentos	110
4.2	O manual dos procedimentos	115
Parte 4	A contabilidade de uma mutualidade de saúde	117
Capítulo 1	O processo contabilístico	120
1.1	A contabilidade	120
1.2	Os recursos e os empregos de uma mutualidade de saúde	122
1.3	As variações do balanço	124
1.4	As noções de encargos e de produtos	126
1.5	O resultado líquido	128
1.6	A conta de resultados	128
Capítulo 2	O funcionamento das contas	129
2.1	A conta	129
2.2	O plano contabilístico	133

Capítulo 3	O desenvolvimento das operações contabilísticas	141
3.1	A contabilidade clássica	142
3.2	A contabilidade “americana”	144
3.3	A contabilidade de tesouraria	147
3.4	A repartição dos trabalhos de contabilidade entre a mutualidade e uma estrutura externa	151
3.5	Os outros documentos	153
Capítulo 4	Os trabalhos de final de exercício	157
4.1	A revisão geral das contas	157
4.2	A regularização das contas	161
4.3	As amortizações	165
4.4	As provisões	167
4.5	As particularidades do registo das quotizações em função dos sistemas contabilísticos utilizados	168
Capítulo 5	O fecho e a reabertura dos exercícios	171
5.1	O balancete	172
5.2	O fecho do exercício	173
5.3	A abertura de um novo exercício	176
Parte 5	A gestão provisional	179
Capítulo 1	O orçamento	181
1.1	As funções do orçamento	181
1.2	A elaboração do orçamento	182
1.3	A estimativa das receitas e das despesas	183
1.4	O estabelecimento do orçamento	184
Capítulo 2	O plano de tesouraria	192
2.1	As funções do plano de tesouraria	192
2.2	A elaboração do plano de tesouraria	192
Parte 6	A gestão dos riscos ligados ao seguro	195
Capítulo 1	Os principais riscos ligados ao seguro e a sua prevenção	197
1.1	Os riscos ligados ao seguro	198
1.2	A prevenção dos riscos ligados ao seguro	201
Capítulo 2	Os mecanismos de consolidação financeira	212
2.1	As reservas	212
2.2	O fundo de garantia	213
2.3	O resseguro	215

Parte 7	O controlo, o acompanhamento e a avaliação	217
Capítulo 1	O controlo interno	219
	1.1 O controlo pela Comissão de Supervisão	220
	1.2 O controlo pela Assembleia Geral	223
Capítulo 2	A síntese das informações de acompanhamento: “o painel de bordo”	225
	2.1 O painel de bordo	225
	2.2 A resolução dos problemas identificados	233
Capítulo 3	A análise da viabilidade financeira e económica de uma mutualidade de saúde	235
	3.1 A análise da situação financeira pelos rácios	236
	3.2 A análise da viabilidade económica	241
Capítulo 4	A avaliação e os ajustamentos do funcionamento de uma mutualidade de saúde	245
Bibliografia		255
Glossário		259

Introdução

O programa STEP contribui para o reforço dos conhecimentos e das competências dos agentes do desenvolvimento das mutualidades de saúde em África. A produção de ferramentas metodológicas e didácticas constitui uma das prioritárias actividades do programa destinada aos formadores, promotores e responsáveis em organizações comunitárias. Estas ferramentas permitem a aquisição das competências práticas e o reforço da capacidade dos utilizadores em matéria de análise e de domínio das técnicas mutualistas.

As ferramentas são o resultado de um trabalho sistemático de capitalização de conhecimentos e experiências no domínio das mutualidades de saúde. Estas ferramentas são produzidas na base de processos participativos associando praticantes, pesquisadores, responsáveis e pedagogos, geralmente provenientes de diversos países. As ferramentas são objecto de testes e de uma validação antes da sua difusão em grande escala. São continuamente enriquecidas, aperfeiçoadas e actualizadas.

Este guia, consagrado à “gestão das mutualidades de saúde em África”, completa o conjunto de ferramentas metodológicas e didácticas já disponível e procura responder a uma forte necessidade expressa pelos promotores, administradores e gestores das mutualidades de saúde, cujas competências em gestão sejam insuficientes.

A quem se destina este guia?

O guia destina-se a todos os agentes implicados na promoção e gestão das mutualidades de saúde, em particular:

- Aos administradores, responsáveis e gestores das mutualidades de saúde
Consoante as suas funções e responsabilidades na mutualidade, eles terão interesse numa ou em várias partes do guia.
- Às estruturas de apoio às mutualidades
Pode tratar-se de ONG, uniões ou federações mutualistas, organizações de trabalhadores, organizações de empregadores, projectos de cooperação, centros de gestão, etc., que dão apoios técnicos, reforçam as competências dos responsáveis das mutualidades ou assumem uma parte das tarefas de gestão.

Quais são os objectivos do guia?

O guia pretende atingir dois objectivos:

- Reforçar as competências e os conhecimentos dos utilizadores na gestão das mutualidades de saúde africana
Os gestores e responsáveis das mutualidades devem dispor de competências administrativas e contabilísticas para assegurar a viabilidade da sua organização. Este guia assenta numa capitalização das experiências mutualistas africanas, assim como nas práticas habituais de gestão do seguro. A abordagem é voluntariamente simplificada mas o objectivo é tender para uma técnica cada vez maior. As técnicas

e documentos propostos são dados a título ilustrativo e devem ser adaptados à mutualidade em questão.

● **Reforçar a capacidade das estruturas de apoio às organizações mutualistas**

Todas as funções da gestão não são ou não devem ser exercidas pela mutualidade. Conforme as situações, algumas tarefas podem ser assumidas por estruturas externas. O guia assenta numa possível repartição das tarefas em termos internos e externos. Deveria permitir o reforço da capacidade das estruturas externas ao fornecimento do apoio requerido.

Qual é o conteúdo do guia?

O guia está estruturado em sete partes.

- A parte 1 introduz os princípios mutualistas de base e a sua incidência sobre a gestão do complexo instrumento que constitui o seguro. As noções de base relativas ao seguro de saúde, às funções principais de gestão, assim como às suas inter-relações, são aí apresentadas.
- A parte 2 descreve a organização administrativa da mutualidade, as responsabilidades e os órgãos que a constituem. São apresentadas diferentes ferramentas de gestão administrativa.
- A parte 3 tem por objectivo as actividades centrais do seguro de saúde: a adesão, a cobrança das quotizações e dos direitos de adesão e o pagamento das prestações de doença. Esta parte dá aos utilizadores informações práticas e ilustradas sobre os mecanismos, os documentos e os procedimentos específicos destas matérias de gestão.
- A parte 4 trata da contabilidade de uma mutualidade de saúde. Dada a diversidade dos utilizadores do guia, o conteúdo desta parte limita-se às noções de base da contabilidade, do funcionamento das contas e dos necessários trabalhos correntes e de final de exercício. Ela ajudará os utilizadores a tirarem proveito dos dados resultantes da contabilidade.
- A parte 5 refere-se à gestão das futuras actividades da mutualidade, completando o conhecimento produzido pela contabilidade sobre a situação actual e passada. Esta gestão é chamada “gestão provisional”. Aí são descritos dois instrumentos, o orçamento e o plano da tesouraria.
- A parte 6 trata dos riscos ligados à actividade de seguros que influem na viabilidade da mutualidade e contra os quais ela deve prevenir-se, através de um conjunto de medidas técnicas e financeiras. Estes diferentes riscos e as medidas que permitem preveni-los são descritos e ilustrados. Esta parte deveria permitir aos utilizadores consolidar a situação financeira da mutualidade evitando a ocorrência daqueles riscos.
- A parte 7 permite introduzir as noções de controlo, de acompanhamento e de avaliação do funcionamento das mutualidades². Ela descreve as actividades a

2 Foi produzido um guia específico pelo programa STEP, Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros saúde, BIT / STEP / CIDR, Genève, 2001, a cuja referência os leitores são vivamente convidados.

realizar pelos órgãos da mutualidade, assim como os instrumentos de controlo e de direcção a pôr em prática, nomeadamente, o “painel de bordo”. É igualmente descrita uma metodologia de avaliação, pela utilização de diferentes rácios.

Quais são os limites do guia?

Não foi possível levar em conta toda a diversidade de fórmulas mutualistas encontradas na realidade. Existe uma multiplicidade de organizações (mutualidade comunitária, seguro de um contribuinte, mutualidade sindical ou de empresa, mutualidade de uma organização microfinanceira, etc.) e de modalidades de funcionamento. As mutualidades visadas pelo guia são principalmente organizações de base comunitária, relativamente recentes, cuja gestão é de fraca tecnicidade. Estas mutualidades, geralmente de reduzida dimensão, dirigem-se para a população com baixo nível de instrução e oferecem serviços principalmente destinados a cobrir o risco de doença. As técnicas e apoio de gestão apresentados são bastante simples a fim de corresponderem ao estado actual de desenvolvimento das mutualidades de saúde. Embora a utilização de meios informáticos facilite a gestão, o guia fornece voluntariamente exemplos de instrumentos sobre a forma de documentos “papel”, ainda utilizados comumente nas mutualidades existentes.

Certos aspectos da gestão das mutualidades de saúde não foram aprofundados, nomeadamente os relativos à contabilidade. Esta parte foi orientada de forma a permitir aos responsáveis e gestores um melhor acompanhamento e interpretação dos resultados da sua mutualidade. A finalidade não é dar-lhes competências técnicas necessárias às operações de registo, de estruturação ou regularização das contas, etc. Esta aprendizagem deverá ser objecto de uma ferramenta específica de contabilidade mutualista, destinada às pessoas encarregadas da escrituração da contabilidade das mutualidades.

Não foram abordados neste guia outros aspectos da gestão das mutualidades de saúde. Trata-se, nomeadamente, da contabilidade analítica, a qual, embora muito importante, não foi considerada como prioritária face aos objectivos deste guia e ao estado de desenvolvimento das mutualidades africanas. Por outro lado o guia não tem por intenção fornecer um verdadeiro curso de análise financeira, mas dar simplesmente aos utilizadores algumas competências de gestão provisional. Finalmente, o acompanhamento e a avaliação das mutualidades foi abordado de forma sucinta dada a existência de um guia específico sobre esta matéria, publicada pelo programa STEP.

Os diferentes suportes e técnicas de gestão são apresentados neste guia a título de exemplos (esses exemplos são fictícios, mas baseados muitas vezes em casos reais). A finalidade não é propor modelos normalizados, mas convidar os utilizadores a desenvolver, no respeito pelas regras, suportes de gestão adaptados à mutualidade em questão (organização da mutualidade, competências dos responsáveis, repartição das tarefas interna e externamente, legislação em vigor, etc.).

Como utilizar o guia?

Cada parte pode ser utilizada separadamente. Contudo, as áreas de gestão são interdependentes, os procedimentos e os suportes apresentados são frequentemente comuns a várias áreas. A título de exemplo, o registo de quotizações é utilizado na gestão provisional, na contabilidade e no acompanhamento das adesões.

É pois necessário dispor de uma visão de conjunto da organização e dos mecanismos de gestão antes de se interessar especificamente por uma parte. O capítulo 2 da parte 1 sob o título “As funções, áreas e princípios da gestão de uma mutualidade de saúde” pode servir de introdução no quadro de uma formação, reportando a um aspecto da gestão tratado numa outra parte.

Este guia pode ser usado como ferramenta:

- de referência para os administradores e os gestores das mutualidades de saúde, assim como para as estruturas de apoio;
- de apoio à formação sobre a gestão de uma mutualidade de saúde. Neste quadro, os exemplos apresentados serão úteis na preparação de trabalhos de grupos ou de exercícios individuais.

O guia pode também ser utilizado como um instrumento de referência para outros sistemas de microseguros, tais como um seguro gerado por um prestador de cuidados de saúde ou por uma instituição de micro-financiamento. Com efeito, se a organização destes sistemas difere daquela muito específica, de uma mutualidade, estas assentam contudo sobre o mesmo instrumento: o seguro.

Parte 1

Introdução à gestão de uma mutualidade de saúde

As mutualidades de saúde colocam em jogo um instrumento financeiro complexo, o seguro, que requer o recurso a técnicas e ferramentas de gestão rigorosas e específicas. Esta primeira parte situa as bases, mecanismos e especificidades da gestão de uma mutualidade de saúde. É composta por dois capítulos.

Capítulo 1 As características de uma mutualidade de saúde

Este capítulo define a mutualidade de saúde e apresenta os princípios de base da mutualidade. Introduce, igualmente, os principais mecanismos da gestão de uma mutualidade, descrevendo, nomeadamente, o cálculo das quotizações, o binómio prestações / quotizações, a escolha e as formas de concepção das prestações.

Capítulo 2 As funções, áreas e princípios da gestão de uma mutualidade de saúde

Este capítulo apresenta um conjunto de noções de base que vão determinar a gestão da mutualidade. São assim sucessivamente examinadas as funções, áreas e princípios de gestão de uma mutualidade. Estas noções são apresentadas de cada vez, no que tenham de particular no caso das mutualidades de saúde, mas também no que significam para qualquer organização.



As características de uma mutualidade de saúde

Este primeiro capítulo apresenta algumas definições e noções de base essenciais: a mutualidade e os princípios de base do seu funcionamento, o seguro, o risco doença, o cálculo das quotizações, o binómio prestações / quotizações e as formas de concepção das prestações.

Estas diferentes noções estão no âmago do funcionamento das mutualidades e vão determinar em boa medida os mecanismos, as dificuldades e as modalidades de gestão destas organizações.

1.1 A definição e os princípios base de uma mutualidade de saúde

Uma mutualidade de saúde é uma associação voluntária de pessoas, com fim não lucrativo, cujo funcionamento assenta na solidariedade entre os seus aderentes. Na base das decisões destes últimos e por via das suas quotizações³, a mutualidade obtém em seu favor e nos das suas famílias uma acção de previdência, de entre-ajuda e de solidariedade na área dos riscos sociais⁴.

Uma mutualidade de saúde coloca em jogo um instrumento financeiro, o seguro, e assenta num certo número de princípios base entre os quais figuram a solidariedade e a participação⁵.

3 O termo quotização é utilizado geralmente no quadro das mutualidades de saúde; falar-se-á de prémio para um seguro comercial. Estes dois termos designam a soma de dinheiro dispendida por cada aderente para poder beneficiar dos serviços do seguro.

4 BIT/STEP, ANMC, WSM.2000: Mutualidades de saúde em África: Características e implementação. Manual de formadores (Genebra).

5 Cf. BIT/STEP, USAID,GTZ, ANMC, WSM. 1988: Plataforma de Abidjan, Estratégias de apoio às mutualidades de saúde em África.

- A solidariedade

O princípio da solidariedade é o verdadeiro fundamento da mutualidade. São duplas as implicações deste princípio:

- ✓ cada aderente paga uma quotização que é independente do seu risco pessoal de ficar doente. Esta quotização é por conseguinte a mesma, quaisquer que sejam a idade, o sexo e o estado de saúde dos aderentes;
- ✓ cada aderente beneficia dos mesmos serviços por um mesmo montante de quotização.

Uma mutualidade de saúde instaura, assim, uma solidariedade entre os doentes e os de boa saúde, os jovens e os idosos, as diferentes categorias profissionais e sociais, etc.

A solidariedade não se exprime apenas por uma forma financeira. Pode também concretizar-se por um empenhamento benévolo em favor dos doentes e dos deficientes, pessoas idosas, dito de outra forma, em favor dos grupos de risco.

A solidariedade é um conceito dinâmico. A sua concretização, os meios e os mecanismos para se realizar devem evoluir com a sociedade, na qual a mutualidade se desenvolve.

- Funcionamento democrático e participativo

A mutualidade é o fruto da liberdade de associação. Cada um é livre de aderir a uma mutualidade, e isto, sem discriminação racial, étnica, sexual, religiosa, social ou política.

Todos os aderentes têm os mesmos direitos e deveres. Eles têm, entre outros, o direito de participar directa ou indirectamente nas instâncias de decisão e de controlar o funcionamento da sua organização. Esta democracia participativa assenta na responsabilização dos aderentes que, para exercerem plenamente os seus direitos, devem dispor de uma adequada formação, assim como de informações claras, completas e compreensíveis.

- A prossecução de fins não-lucrativos

Uma mutualidade que, por vocação, tem por ambição consagrar a sua acção ao serviço dos seus aderentes, não pode perseguir um fim lucrativo. Qualquer procura de benefício é incompatível com a sua natureza. Contudo, as considerações económicas e os princípios de boa gestão não devem ser negligenciados, pois contribuem para a concretização do bem-estar colectivo. Uma mutualidade deve, pois, cuidar em equilibrar as suas contas e aplicar os excedentes na constituição de reservas.

- A autonomia e a liberdade no respeito das leis

Uma mutualidade é uma organização livre que deve poder tomar decisões sem solicitar o aval das autoridades públicas ou de grupos de interesses. Esta flexibilidade na acção é benéfica para os aderentes, pois permite, entre outras, adaptar os serviços oferecidos às necessidades, as quais evoluem. Se uma mutualidade é livre e autónoma, ela não fica menos submetida às leis e regulamentos, como os que regem os registos, a contabilidade, a auditoria, o controlo, etc.

- A responsabilidade

O conjunto dos precedentes princípios torna-se letra-morta se os aderentes não se comportam de forma responsável face à sua saúde e à dos outros, na utilização dos recursos da mutualidade e nas decisões que tomam.

- A dinâmica de um movimento social

Os aderentes de uma mutualidade não são “consumidores” passivos, mas indivíduos empenhados num processo de desenvolvimento individual e colectivo. Eles são membros de um movimento social, quer dizer, de um grupo de pessoas que têm por objectivo a defesa do bem e dos interesses comuns.

1.2 O seguro de saúde

O seguro é um instrumento que permite a várias pessoas partilhar riscos. As contribuições dos segurados são colocadas em comum e servem para cobrir as despesas das pessoas afectadas pelo eventual aparecimento destes riscos. Os segurados, como contrapartida do pagamento das suas quotizações (ou prémios), obtêm do segurador a garantia dessa reparação financeira (reembolso). Os riscos cobertos são determinados com precisão. Os segurados renunciam à propriedade das quotizações pagas e não podem mais reclamá-las.

Noutros termos, o seguro leva a que aqueles que não fiquem doentes paguem para aqueles que tenham menos sorte. Os segurados aceitam o princípio desta transmissão porque estão conscientes de não estarem ao abrigo dos riscos cobertos pelo seguro, de que a sua aversão por esses riscos é forte e de não estarem em condições de individualmente os suportar⁶.

1.3 O risco de doença

O risco corresponde à eventualidade de se produzir um acontecimento futuro, bom ou mau. Por extensão, o termo “risco” designa um acontecimento indesejável contra a ocorrência do qual é subscrito um seguro. Os principais riscos sociais são: a doença, a invalidez, a velhice, o desemprego e a morte.

A doença pode provocar danos duráveis e por vezes irreversíveis à saúde do indivíduo. Constitui, portanto, um risco para a saúde. Representa igualmente um risco financeiro, visto que:

- o recurso aos cuidados de saúde é dispendioso (preço dos serviços, transporte, alojamento, etc.). Para fazer face a este custo, o indivíduo pode ficar na obrigação de reduzir as suas economias e mesmo de vender os seus bens de produção. Daí pode resultar um empobrecimento durável do indivíduo e da sua família. As pessoas desprovidas podem igualmente ficar na incapacidade de suportar as despesas necessárias ao seu restabelecimento;
- a doença pode provocar uma incapacidade para o trabalho, momentânea ou durável, e por conseguinte uma perda de rendimentos.

No plano financeiro, os riscos repartem-se habitualmente por duas categorias:

6 BIT/STEP, ANMC, WSM.2000: *Mutualidades de saúde em África. Características e implementação. Manual de formadores* (Genève).

- Os grandes riscos

Os grandes riscos agrupam aqueles ligados às doenças graves e, geralmente, aos atingidos que requerem importantes despesas com cuidados: hospitalizações, intervenções cirúrgicas, partos distocíacos e outros actos especializados. A probabilidade de ocorrências destes acontecimentos é fraca. O esforço financeiro que requerem está, por outro lado, fora do alcance da maioria das famílias.

- Os pequenos riscos

Os pequenos riscos respeitam aos casos mais benignos que requerem despesas de saúde menores, mas cuja frequência de ocorrência é geralmente muito mais elevada que a dos grandes riscos. Nesta categoria incluem-se, por exemplo, os cuidados de enfermagem e as consultas ambulatoriais.

Muito esquematicamente, os pequenos riscos situam-se na base da pirâmide sanitária, ao nível dos cuidados de saúde primários. Os grandes riscos intervêm nos escalões superiores desta pirâmide, ao nível dos cuidados de saúde secundários e especializados.⁷

O seguro está particularmente adaptado à cobertura dos grandes riscos, pois estes são pouco frequentes e com elevado custo. O seguro permite, neste caso, uma real repartição de riscos entre os segurados. Para o segurado, a quotização pedida será fraca face às despesas que teria que efectuar em caso de ocorrência do risco.

No caso da cobertura dos pequenos riscos, relativamente pouco onerosos e com uma elevada frequência, a repartição dos riscos entre os segurados representa menos. Com efeito, num período relativamente curto, o risco atinge a maioria dos segurados (casos de consultas, por exemplo). Contudo, o seguro oferece aqui algumas vantagens relativamente a um pagamento individual efectuado no momento em que os cuidados são requeridos. Ele introduz um mecanismo de pré-pagamento que permite uma melhor forma de fazer face ao risco financeiro. Para mais, o segurador, pelo seu poder de compra, está em condições de obter dos prestadores de cuidados vantagens (preço, qualidade) fora do alcance dos indivíduos considerados isoladamente.

1.4 O cálculo da quotização

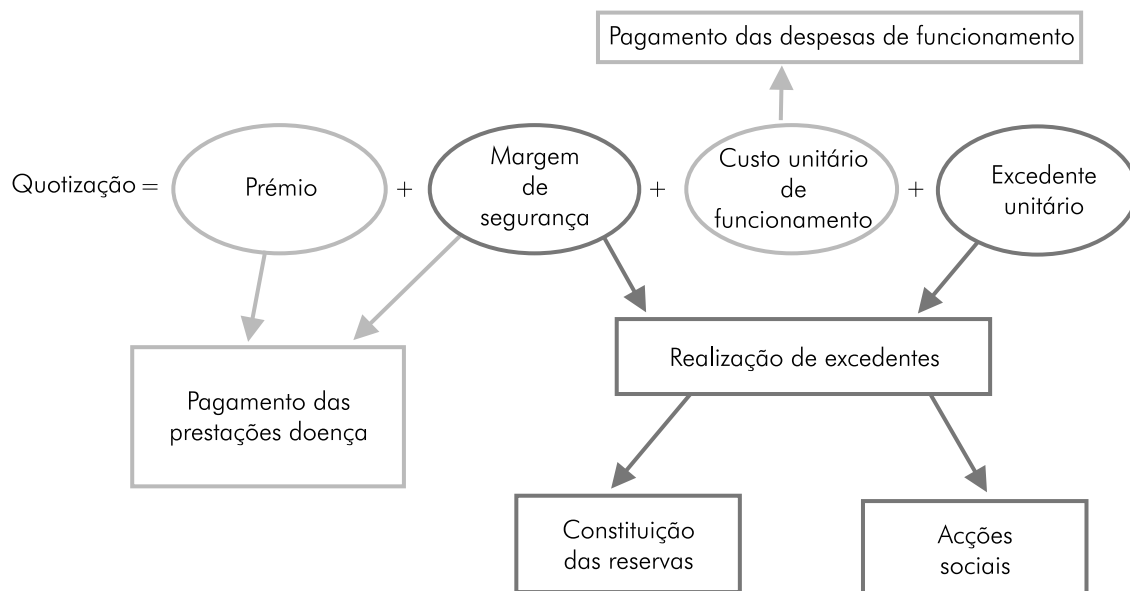
As quotizações constituem a principal fonte financeira da mutualidade e devem, a esse título, permitir:

- reembolsar as despesas de saúde (com a excepção do co-pagamento) correspondentes aos cuidados cobertos pela mutualidade;
- realizar excedentes. Os excedentes servem em particular para a constituição de reservas e assim reforçar a solidez financeira da mutualidade. Assim que estas reservas sejam suficientes, os excedentes podem igualmente ser utilizados na execução de acções em proveito dos associados ou de outros membros da população;
- financiar os custos de funcionamento da mutualidade.

Assim, a quotização pode ser decomposta em quatro elementos, como é mostrado no esquema seguinte.

7 BIT/STEP, ANMC, WSM: *Mutualidades de saúde em África. Características e implementação. Manual de formadores* (Genève).

Composição da quotização



Prémio

Corresponde ao montante da garantia (montante recebido pelo seguro) face a um risco coberto. Este prémio é calculado mais frequentemente utilizando a seguinte fórmula:⁸

Taxa de utilização esperada x (custo médio do serviço – co-pagamento a cargo do paciente).

A Taxa de utilização esperada é calculada na base das taxas de morbilidade. Será em princípio superior às taxas de utilização dos serviços de saúde constatada junto das formações médicas. Com efeito, as barreiras financeiras que as mutualidades visam ultrapassar limitam o acesso aos cuidados.

Margem de segurança

A introdução de uma “margem de segurança” está ligada:

- à incerteza que concerne a taxa de utilização e o custo médio. Muitas vezes, estes parâmetros são estimados na base de dados pouco fiáveis (nomeadamente a frequência de ocorrência dos riscos). Por outro lado, a introdução do seguro induz frequentemente uma mudança de comportamento dos segurados e dos prestadores. Esta mudança de comportamento pode conduzir a um aumento da taxa de utilização e de custo médio (ver parte 6);
- à dimensão da mutualidade. O cálculo do prémio assenta numa estimativa da taxa de utilização. A estimativa estatística desta taxa será tanto mais fiável quanto o número de aderentes seja importante. Numa mutualidade de pequena dimensão, é possível que a taxa real de utilização dos serviços seja superior à que foi utilizada no cálculo da quotização. As despesas reais com as prestações ultrapassarão, então, as despesas estimadas.

O conjunto de prémios e da margem de segurança constitui o prémio de risco.

8 Para uma fórmula de aplicação mais generalizada: $\text{Prémio (para um acto)} = \text{Probabilidade de "consumar" o acto} \times \text{Quantidade média consumida} \times \text{Custo unitário médio do acto}$.

Custo unitário de funcionamento

Este elemento é fixado estimando o total dos custos de funcionamento dividido pelo número de associados esperados. Se estes dados não estão disponíveis (quando do lançamento, por exemplo), este custo pode ser fixado numa primeira aproximação entre 10 e 15% do prémio de risco.

Excedente unitário

É fixado em percentagem do total dos três precedentes elementos. O montante a separar varia conforme a legislação, a situação financeira da mutualidade, as suas perspectivas de desenvolvimento, etc.

A fórmula acima permite determinar o valor unitário da quotização por indivíduo, por serviço de saúde coberto e por ano. Consequentemente, e numa primeira aproximação, se diversos serviços de saúde são cobertos, a quotização individual total é igual à soma das quotizações relativas a cada serviço.

A quotização anual pode ser fraccionada por dia, mês, trimestre, etc. Esta deve ser efectivamente adaptada às características dos rendimentos do público-alvo.

Aquando da implementação de uma mutualidade de saúde, é muitas vezes difícil dispor de todos os dados necessários a um cálculo fiável das quotizações. Esta dificuldade respeita particularmente às taxas de utilização. A estimativa dos custos médios pode igualmente colocar problemas, sobretudo, quando o pagamento dos actos e das prescrições é excessivo (inversamente, esta dificuldade desaparece quando o prestador de cuidados pratica uma tarificação de reembolso fixo, sobretudo, se esta inclui os medicamentos).

Face a estas dificuldades e quaisquer que sejam os meios utilizados durante o estudo de viabilidade, a mutualidade deverá implementar um mecanismo rigoroso de acompanhamento dos custos médios e das taxas de utilização. Assim, a mutualidade poderá proceder, na base dos valores observados na realidade, aos ajustamentos dos dados utilizados no cálculo da quotização. A mutualidade entrará, assim, num processo de teste e de correcção (eventual) do montante das suas quotizações que pode estender-se por vários exercícios. Ajustar o montante das quotizações é de primordial importância para a viabilidade da mutualidade.

1.5 O binómio prestações/quotizações

O montante da quotização é directamente condicionado pela escolha das prestações cobertas. Esta relação entre o montante das quotizações e o nível das prestações – designada pela expressão: “binómio prestações / quotizações” – desempenha um papel muito importante no funcionamento de uma mutualidade de saúde.

No contexto dos países em desenvolvimento e tratando-se de mutualidades que se dirigem a populações com fracos e irregulares rendimentos, o binómio deve assentar num delicado equilíbrio entre:

- prestações que melhor respondem às necessidades dos aderentes e
- um montante de quotização o mais baixo possível, afim de ser economicamente acessível ao maior número de pessoas.

A determinação do binómio prestações / quotizações dá lugar, frequentemente, a debates no seio das mutualidades, e pode ser resumida assim:

- para alguns, é necessário cobrir os pequenos riscos, pois os cuidados de saúde primários que lhes estão associados constituem a porta de entrada no sistema sanitário. Uma cobertura dos pequenos riscos favorece um acesso rápido aos cuidados, o que permite evitar uma degradação do estado de saúde dos doentes. Contudo, a cobertura dos pequenos riscos choca com dois grandes constrangimentos:
 - ✓ os cuidados primários não induzem o mais forte risco financeiro para as famílias, mas em contrapartida, implicam uma quotização elevada comparada com o custo dos cuidados, pois a sua frequência de ocorrência é igualmente elevada;
 - ✓ ela expõe fortemente os sistemas de seguro à fraude e ao sobreconsumo;
- para outros, a cobertura dos grandes riscos é preferível, pois são, por definição, os cuidados associados a estes riscos que as famílias têm mais dificuldade em pagar. Para mais, no caso dos grandes riscos, a quotização é mais elevada comparando com o custo dos cuidados, por via da fraca frequência de aparecimento destes riscos. Contudo, a cobertura dos grandes riscos também tem inconvenientes:
 - ✓ torna as prestações da mutualidade pouco visíveis pois a frequência de aparecimento destes riscos é fraca. Dito de outra forma, os aderentes deverão quotizar regularmente, mas beneficiarão raramente das prestações da sua mutualidade, do que resulta um forte risco de desmotivação;
 - ✓ no caso em que as famílias têm dificuldades para pagar os cuidados de saúde primários, uma cobertura dos grandes risco não resolve os problemas de acesso aos serviços de saúde.

Não existe “receita milagrosa” para a determinação de um equilibrado binómio prestações / quotizações. Este resulta muitas vezes de um longo processo que se desenvolve em várias etapas.

1. Durante a fase de estudo de viabilidade, os promotores da mutualidade estimam a capacidade contributiva do público-alvo, isto é, o montante médio que cada indivíduo ou família estaria à altura de se quotizar. Elaboram, seguidamente, vários cenários de prestações a cobrir e as correspondentes quotizações, tendo em conta a capacidade contributiva do público-alvo.
2. Aquando da Assembleia Geral Constituinte, são apresentados esses diferentes cenários aos aderentes, os quais participam, assim, na escolha final das prestações da sua futura mutualidade. Será, finalmente, retido um cenário, correspondendo ao binómio prestações / quotizações que será implementado.
3. Aquando dos seus primeiros exercícios anuais, a mutualidade poderá acompanhar, avaliar e afinar este cenário e chegar a um equilibrado binómio prestações / quotizações.

É igualmente possível que a mutualidade proponha aos aderentes, num mesmo cenário, mais do que um binómio prestações / quotizações. Dito de outra forma, a mutualidade oferecerá a cada pessoa a possibilidade de escolher, na adesão, entre vários montantes de quotização (cada um correspondente à respectiva cobertura). Contudo, a oferta de mais de um binómio prestações / quotizações torna complexa a gestão da mutualidade e nem sempre é bem compreendida pelos aderentes.

1.6 As formas de concessão das prestações aos associados⁹

Consideram-se dois casos para a concessão das prestações aos associados, conforme se trata de cuidados fornecidos por prestadores com convénio com a mutualidade ou de cuidados acordados por estruturas por esta criadas.

Caso de prestadores com convénio com a mutualidade

Geralmente, o custo dos serviços de saúde é dividido entre o paciente e a mutualidade. É portanto estabelecida uma relação tripartida entre o associado, a mutualidade e o prestador de serviços.

O pagamento do custo dos cuidados de saúde é realizado da seguinte forma:

- ✓ o paciente pode pagar o montante total dos serviços dos quais beneficiou e depois é reembolsado;
- ✓ a mutualidade paga directamente ao prestador de cuidados (sistema de pagamento por terceiros).

Consoante o tipo de cuidados, estes dois modos podem ser combinados por uma mutualidade, por exemplo: reembolso ao associado nas pequenas despesas (consultas) e pagamento directo aos prestadores de cuidados de saúde nas despesas mais importantes (internamentos).

Pagamentos dos cuidados de saúde pelo beneficiário

A mutualidade pode exigir aos seus membros o pagamento das despesas inerentes aos serviços prestados, que será posteriormente reembolsado. Neste caso, o associado paga os cuidados conforme as modalidades adaptadas pelo prestador de cuidados de saúde (pagamento por tratamento, por doença ou por consulta) e de acordo com as tarifas acordadas com a mutualidade.

O associado, recebe do prestador de cuidados uma prova de pagamento, isto é, um recibo ou uma factura, onde deve constar pelo menos:

- ✓ a identificação do prestador de cuidados;
- ✓ a identificação do beneficiário;
- ✓ a natureza das prestações;
- ✓ o preço e a data das prestações.

O associado deve apresentar à mutualidade a prova do pagamento a fim de ser reembolsado.

O inconveniente para o associado desta forma de pagamento é: por um lado, a obrigação de dispor da totalidade da soma necessária para o pagamento dos cuidados e, por outro, a necessidade de efectuar diligências para ser reembolsado.

Para a mutualidade de saúde, a vantagem deste sistema é o facto de este limitar o sobreconsumo, a tendência para os abusos e a fac-

9 BIT/STEP, ANMC, WSM: *Mutualidades de saúde em África. Características e implementação. Manual de formadores* (Genève).

turação fraudulenta. O inconveniente registado é o aumento do trabalho administrativo e dos respectivos custos.

Pagamento directo pela mutualidade

Em certos casos o associado limita-se a fazer um co-pagamento ao prestador de cuidados (taxa moderadora, franquia, etc.). A mutualidade paga directamente a este último, mediante a apresentação de uma factura. Este sistema é denominado pagamento por terceiros, pois não é o associado quem paga, mas sim a mutualidade, considerada como terceiro, para além do prestador e do associado. Este sistema é muitas vezes utilizado no caso dos “grandes riscos”, que implicam despesas significativas e que o associado não pode suportar (hospitalização, cirurgia, etc.).

O sistema do pagamento por terceiros é, evidentemente, o mais vantajoso para o associado: não existem problemas de disponibilidade financeira, não é necessário praticar qualquer acção ou esperar um determinado período para ser reembolsado.

Administrativamente, este sistema pode ser menos oneroso (reagrupamento dos pagamentos por prestador e não por paciente), mas são menores as possibilidades de controlo real dos cuidados prestados, e, sobretudo, são mais elevados os riscos de sobreconsumo e de fraudes.

Caso de formações médicas criadas pela mutualidade

Os serviços das formações médicas criadas pela mutualidade podem ser propostos aos associados e aos não associados, com tarefas preferenciais para os primeiros.

Por uma questão de boa organização e de transparência, e para poder avaliar de forma evidente o desempenho das diferentes estruturas, a contabilidade da mutualidade e a das formações médicas deve ser sempre realizada em separado, mesmo no caso em que os não associados não tenham acesso aos serviços propostos.

Centros de saúde e hospitais criados pela mutualidade

Podem ser previstos vários casos:

- ✓ as despesas do associado são comparticipadas a 100%. O associado é tratado com a apresentação do aderente associado;
- ✓ as despesas do associado são comparticipadas parcialmente. Ele assume por exemplo:
 - um co-pagamento sobre os diferentes tratamentos prestados (por tratamento ou sobre o total dos custos);
 - o pagamento de certas categorias de serviços prestados. Por exemplo, é-lhe concedida a gratuidade da consulta ficando a seu cargo o pagamento dos medicamentos.

Depósitos farmacêuticos da mutualidade

A mutualidade favorecerá a venda de medicamentos genéricos e fornece as especialidades farmacêuticas, apenas nos casos considerados indispensáveis. Os associados vão beneficiar de uma tarifa preferencial, enquanto que os não associados poderão comprar os medicamentos ao preço praticado no mercado.

Também podem ser consideradas reposições diferenciadas, consoante se trate de medicamentos genéricos essenciais ou de especialidade, de forma a favorecer a utilização dos genéricos.



As funções, as áreas e os princípios da gestão de uma mutualidade de saúde

Qualquer que seja a sua dimensão, uma mutualidade de saúde é comparável a uma empresa comercial e não escapa à obrigação de praticar uma gestão eficaz. Mas uma mutualidade de saúde tem as suas características próprias que lhe exigem a concepção e implementação de específicas modalidades de gestão.

- O seguro de saúde é uma ferramenta financeira duplamente singular:
 - ✓ os aderentes pagam quotizações para se protegerem contra riscos determinados, mas cujo aparecimento é incerto;
 - ✓ a mutualidade de saúde não conhece com precisão o preço de custo do produto de seguro que propõe aos seus aderentes senão no final do período coberto.
- O seguro assenta na noção de obrigação entre o segurador (a mutualidade de saúde) e o segurado (aderente):
 - ✓ no caso de aparecimento de um risco coberto, a mutualidade garante ao aderente a comparticipação total ou parcial nas suas despesas. Esta garantia obriga a mutualidade a estar constantemente em condições de satisfazer os seus compromissos;
 - ✓ como contrapartida desta garantia, o aderente compromete-se a entregar regularmente as suas quotizações, sem o que a mutualidade pode retirar-lhe o direito às prestações.
- A mutualidade implementa um financiamento colectivo para a saúde que assenta em princípios, tais como a solidariedade, o funcionamento democrático ou o fim não lucrativo. Estes princípios influenciam muito as modalidades de gestão da mutualidade.

Este capítulo é mais especificamente consagrado à descrição das funções, áreas e princípios de gestão de uma mutualidade de saúde. Ele coloca ênfase naquilo que estas noções têm de particular no caso das mutualidades de saúde, mas, igualmente, lembra o seu sentido mais geral, comum a qualquer organização.

2.1 As funções da gestão do seguro

A gestão técnica do seguro pode ser decomposta em quatro grandes funções, a saber:

- a produção do contrato de seguro;
- a cobrança das quotizações e dos direitos de adesão;
- o tratamento dos pedidos de comparticipação;
- a supervisão da carteira de riscos.

A produção do “contrato de seguro”

Esta função reagrupa todas as actividades ligadas à adesão e à implementação dos compromissos recíprocos entre a mutualidade e o aderente. Num sistema de seguro comercial, este comprometimento dá lugar a um contrato escrito e assinado pelo segurado e pelo segurador. Numa mutualidade, trata-se de um contrato tácito, cujos termos são descritos nos estatutos e no regulamento interno.

Qualquer que seja o sistema de seguro, esta função reagrupa as mesmas actividades:

- ✓ a inscrição dos aderentes e das pessoas a cargo;
- ✓ a aplicação das taxas de quotização;
- ✓ a escrituração dos documentos de gestão relativos às adesões e às quotizações.

A cobrança das quotizações e dos direitos de adesão

Esta função visa assegurar o recebimento das quotizações. Ela reagrupa várias actividades:

- ✓ a cobrança e a entrada em caixa dos direitos de adesão e das quotizações;
- ✓ a cobrança dos atrasados;
- ✓ a escrituração dos documentos de gestão relativos à cobrança dos direitos de adesão e das quotizações.

O tratamento dos pedidos de comparticipação

Esta função liga-se ao reembolso dos aderentes e/ou ao pagamento dos prestadores. As prestações de doença de uma mutualidade de saúde constituem as suas principais despesas; por conseguinte, ela deve fiscalizá-las ao máximo. Para a mutualidade trata-se, nomeadamente, de realizar as seguintes actividades:

- ✓ a verificação do direito às prestações;
- ✓ a passagem de documentos de comparticipação (cartas de garantia e / ou atestados de cuidados);
- ✓ o controlo das facturas dos prestadores de cuidados, especialmente, os referentes às tarifas contratadas;

- ✓ a ordem de pagamento e a execução do pagamento das prestações de doença;
- ✓ a escrituração em dia dos documentos de gestão relativos ao acompanhamento das participações.

A supervisão da carteira de riscos

Em troca do pagamento das quotizações, o aderente e as pessoas a seu cargo estão cobertas pela mutualidade contra um certo número de riscos. Esta recíproca obrigação entre o aderente e a mutualidade constitui uma forma de contrato tácito. O conjunto destes contratos representa para a mutualidade a “carteira de riscos”. A supervisão da carteira de riscos reagrupa as actividades de acompanhamento referentes a:

- ✓ número e montante das prestações de participação;
- ✓ repartição do número e do custo das prestações de participação;
- ✓ custos médios das prestações de participação;
- ✓ taxas de utilização dos serviços pelos beneficiários (ou frequência de riscos).

É essencial que a mutualidade possa efectuar esta supervisão, pois ela deve prevenir qualquer derrapagem nos custos médios e nas taxas de utilização. Isso é tanto mais importante quando a mutualidade infere existirem alterações no comportamento dos beneficiários e dos prestadores de cuidados desfavoráveis ao segurador (ver parte 6).

Este acompanhamento é igualmente fundamental para a determinação do montante das quotizações (e da sua eventual correcção) e na procura do equilíbrio do binómio prestações / quotizações.

2.2 As áreas de gestão

Todas as funções atrás apresentadas, tais como as responsabilidades e as tarefas que lhes estão ligadas, podem ser repartidas por diversas “áreas de gestão”. A cada uma destas áreas de gestão pode corresponder uma unidade ou um órgão interno específico. Contudo, esta correspondência não deve ser sistematicamente procurada. Nas pequenas mutualidades, não há a necessidade nem os meios para criar uma unidade interna por cada área de gestão.

● A organização da mutualidade e a gestão dos seus recursos humanos

A organização consiste em repartir, no seio da mutualidade, as responsabilidades e as tarefas entre os diferentes serviços e órgãos e em determinar as respectivas relações e um fluxo de informações.

A gestão dos recursos humanos compreende, além da administração do pessoal, o conjunto dos procedimentos adoptados para obter a melhor relação entre o desempenho do pessoal e o seu custo. Ela trata da motivação do pessoal, da formação, do papel da direcção, etc.

- **A gestão técnica**

Trata das actividades centrais do seguro, a saber: a adesão, a cobrança das quotizações e os direitos de adesão, o pagamento das prestações de doença. A gestão técnica visa igualmente prevenir a ocorrência dos riscos ligados ao seguro (selecção adversa, risco moral, etc.) ou limitar os seus efeitos. Prende-se também à definição das relações com certos agentes externos, particularmente com os prestadores de cuidados.

- **A gestão contabilística**

A mutualidade dispõe de bens, oferece serviços aos seus beneficiários e realiza operações económicas e financeiras com os seus vizinhos. Estes bens e estas operações devem ser cuidadosamente registados e contabilizados por conveniência de gestão, mas também para corresponder a obrigações legais.

A contabilidade consiste em classificar, registar e sintetizar as diferentes operações da mutualidade, sob a forma de entradas e saídas de recursos.

- **A gestão financeira**

A gestão financeira prende-se com a situação financeira da mutualidade, as suas necessidades e meios de financiamento, as suas decisões de investimento e os riscos financeiros aos quais está submetida. Inclui a gestão provisional (orçamento / tesouraria).

- **O controlo interno**

O controlo interno consiste em verificar que as decisões da Assembleia geral (AG) sejam bem aplicadas, que as tarefas sejam executadas correctamente, que os recursos sejam bem utilizados e que os estatutos e o regulamento interno sejam respeitados.

- **O acompanhamento e a avaliação**

Pode definir-se o acompanhamento como uma actividade contínua que consiste em controlar o bom desenrolar do programa de actividades previsto e a fornecer, em tempo útil, os elementos de informação necessários a uma eficaz tomada de decisão.

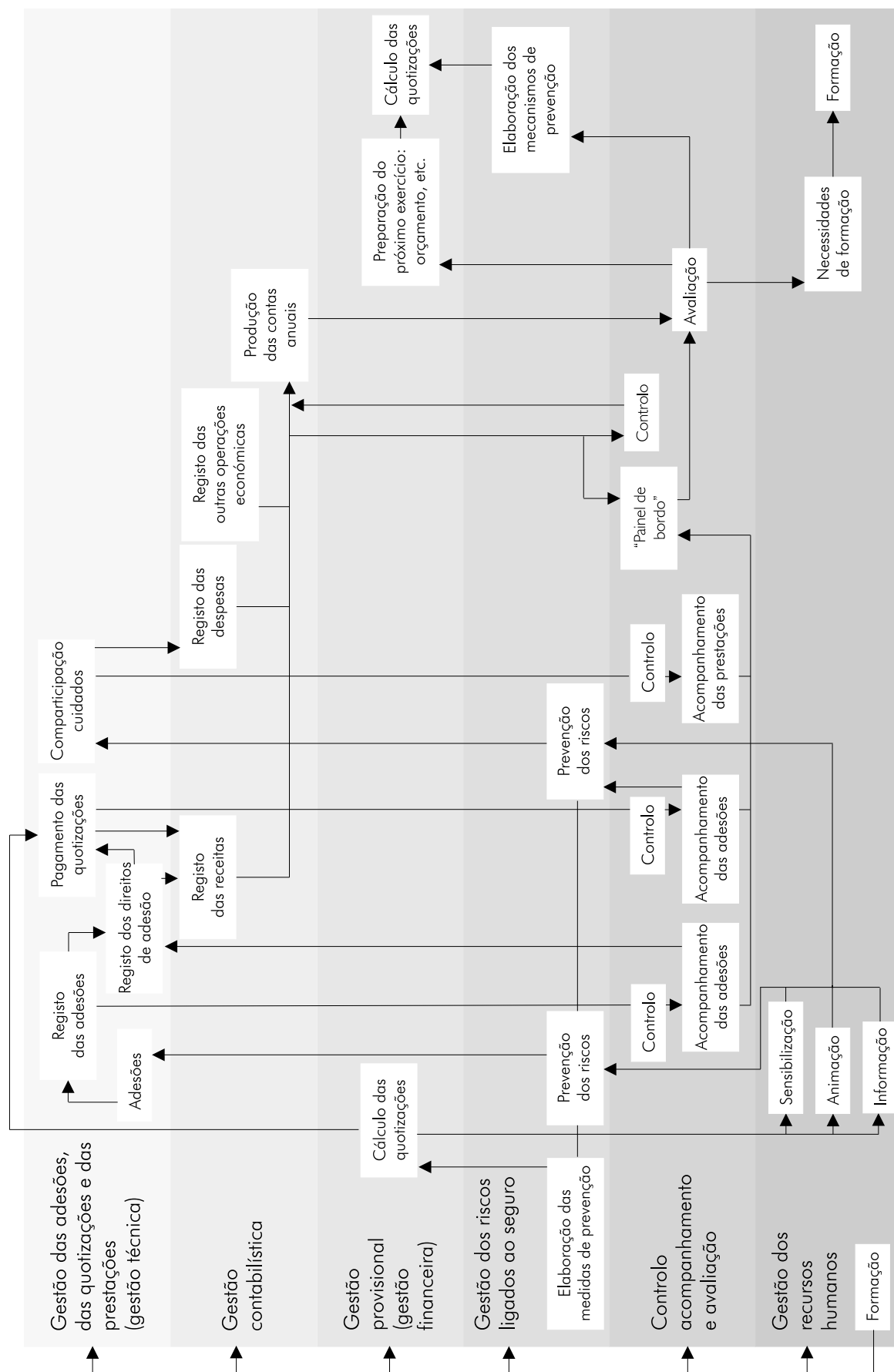
A avaliação é uma actividade periódica que consiste em executar um balanço da acção em curso ou no final do exercício. Geralmente, uma avaliação consiste na apreciação de que tenham sido atingidos os objectivos fixados. Deve procurar as razões dos desvios entre o nível de obtenção dos objectivos e as previsões.

Cada área de gestão é importante e a negligência em cada uma pode comprometer o conjunto do sistema de gestão.

2.3 As inter-relações entre as áreas de gestão

O esquema da página seguinte põe em evidência algumas relações entre as diferentes áreas de gestão. Pode constatar-se que cada tarefa associada a uma dada área, cuja apresentação está muito simplificada neste esquema, resulta de uma tarefa numa outra área e arrasta outra numa nova área.

Algumas inter-relações entre as áreas de gestão



2.4 A incidência dos princípios mutualistas na gestão de uma mutualidade

Como foi apresentado no precedente capítulo, a mutualidade assenta num conjunto de princípios próprios. Entre estes princípios, os abaixo apresentados têm uma incidência particularmente forte na gestão da mutualidade.

A solidariedade	A solidariedade é o verdadeiro fundamento da mutualidade. Expressa-se no montante das quotizações que é independente do risco do aderente ficar doente e na liberdade de adesão. Em certas mutualidades, existe igualmente uma das mais ricas solidariedades para com os mais pobres. O montante da quotização é então proporcional aos rendimentos do aderente.
O carácter não lucrativo	Como qualquer outra organização mutualista, uma mutualidade de saúde não tem por fim realizar lucros ou redistribuir pelos seus aderentes uma parte dos resultados. Ela tem contudo a obrigação de equilibrar as suas contas e de realizar excedentes que serão utilizados na constituição de uma reserva financeira, a fim de se prevenir contra um imprevisto aumento das prestações (epidemia, etc.). Uma parte destes excedentes pode ser igualmente utilizada para oferecer novas prestações.
Funcionamento democrático e participativo	O funcionamento de uma mutualidade coloca-se sob a responsabilidade primeira dos aderentes reunidos em AG. Para que estes estejam à altura de desempenhar os seus papéis, os aderentes devem receber uma adequada formação e dispor de informações claras, completas e facilmente compreensíveis. Disponibilizar aos aderentes essa formação e submetê-la a discussão é uma tarefa central na gestão de uma mutualidade.
Autonomia e liberdade	Uma mutualidade de saúde é uma estrutura privada e independente dos poderes públicos, das organizações profissionais ou dos grupos de interesses. A sua gestão não deve, portanto, ser submetida à ingerência de terceiros. Deve ser exercida no respeito pela legislação em vigor.
Responsabilidade dos aderentes	As actividades de uma mutualidade de saúde são exercidas na procura permanente de uma responsabilização dos aderentes face à sua própria saúde e de um rigor de funcionamento que permita garantir o respeito dos compromissos, face aos beneficiários e terceiros.

O quadro seguinte compara a mutualidade de saúde com outros sistemas de cobertura das despesas de saúde, permitindo evidenciar as especificidades da mutualidade que derivam dos seus princípios de base.

	Mutualidade de saúde	Seguro de doença obrigatório	Seguro comercial	Cooperativas de saúde ³
Adesão livre	X		X	X
Participação dos aderentes na gestão	X	X ²		X
Pagamento regular de quotas (ou prémios)	X	X	X	
Contributos dos aderentes para o capital social				X
Distribuição dos excedentes pelos aderentes				X
Fim não lucrativo	X			X ¹
Quotização função do risco social			X	
Solidariedade entre aderentes	X	X		X
Movimento social autónomo	X			X

1 Variável consoante a legislação aplicada em cada país.

2 Nos sistemas multipartidos de co-gestão.

3 Cooperativas de oferta de cuidados.

2.5 Os princípios de gestão ligados ao seguro saúde

A garantia das prestações

O seguro baseia-se numa noção de obrigação do segurador face aos segurados. Portanto, a mutualidade deve estar sempre à altura de poder corresponder aos seus compromissos.

A inversão do ciclo de produção

Numa empresa clássica, o preço de custo dos produtos fabricados é conhecido antes da venda. Numa mutualidade, este ciclo está invertido; a quotização é calculada e entra em caixa na base de uma estimativa do preço de custo do produto do seguro. O seguro não conhece o preço de custo real senão no termo do período de cobertura. Esta incerteza quanto ao preço de custo obriga a uma particular prudência em matéria de gestão.

Contratação com os prestadores de cuidados

A mutualidade celebra contratos com prestadores de cuidados, assentando particularmente na qualidade, na natureza, na tarifação dos serviços de saúde cobertos e nas modalidades de pagamento. Esta relação contratual constitui um importante aspecto da gestão de um seguro.

2.6 Alguns princípios de gestão comuns a todas as organizações

A gestão de uma mutualidade de saúde não é apenas determinada por princípios que lhe são próprios. Certos princípios têm uma importância capital, quer na gestão de uma mutualidade, como na de outras organizações. É, em particular, o caso dos princípios a seguir indicados.

Adaptação	A organização administrativa, técnica, contabilística e financeira deve estar perfeitamente adaptada à dimensão, às actividades, aos serviços e aos meios da mutualidade.
Simplificação	Uma gestão rigorosa e eficaz não é necessariamente sinónimo de complexidade. O trabalho e os documentos de gestão devem ser os mais simples possíveis face às necessidades. Isto é tanto mais verdadeiro no seio das organizações cujos membros têm um fraco nível de instrução. Nestas organizações, é particularmente necessário: ✓ evitar as repetições escusadas nos documentos e as escriturações inúteis; ✓ definir e repartir as tarefas sendo realista quanto às capacidades dos diferentes agentes em presença; ✓ conceder uma suficiente atenção ao reforço das competências.
Compartimentação	Uma mutualidade pode implementar diversas actividades, especialmente, gerar um seguro de saúde e dispor das suas próprias formações médicas, devendo, então, implementar uma contabilidade separada para cada actividade.
Progressividade	Uma mutualidade de saúde segue ciclos de desenvolvimento que se esquematizam do seguinte modo: arranque dos serviços, período de desenvolvimento, começo de equilíbrio, novo ciclo. A organização, os mecanismos e ferramentas de gestão, assim como as competências técnicas dos gestores, devem facilitar este desenvolvimento da mutualidade e evoluir com esta.
Preocupação económica	Num contexto de fracos rendimentos dos aderentes, uma mutualidade dispõe de muito limitados meios financeiros. Deve pois operar numa permanente preocupação económica. Não se trata de propor um seguro ao desbarato, mas racionalizar a actividade, particularmente os encargos de funcionamento.
Normalização	Uma mutualidade deve adoptar, tanto quanto possível, uma gestão baseada em procedimentos e documentos normalizados (diários, livros, conta de resultados e balanço) em conformidade com a legislação.

Parte 2

A organização administrativa de uma mutualidade de saúde

O funcionamento de uma mutualidade de saúde está sob a responsabilidade de diferentes órgãos e agentes. A forma como as responsabilidades são repartidas entre estes últimos, a capacidade de que dispõem para cumprirem as suas tarefas terão um efeito determinante no funcionamento da mutualidade. Esta parte é dedicada a essas questões e comporta quatro capítulos.

Capítulo 1 Os órgãos de uma mutualidade de saúde

Neste primeiro capítulo, são apresentados os órgãos de uma mutualidade de saúde. Trata-se, em particular, dos órgãos de decisão, de execução e de controlo. É também introduzido o organigrama de uma mutualidade a fim de ilustrar a repartição das competências e das responsabilidades entre os órgãos e as suas relações funcionais.

Capítulo 2 A repartição das tarefas

Este segundo capítulo apresenta os diferentes agentes que intervêm no funcionamento de uma mutualidade de saúde. Trata-se dos intervenientes internos (aderentes, membros dos órgãos, etc.) e externos (prestadores, estrutura de apoio, etc.) que mantêm relações funcionais. Neste quadro, é descrita uma ferramenta: o quadro de papel teórico e real que permite ilustrar a repartição das tarefas e avaliar a funcionalidade da organização da mutualidade. Finalmente, este capítulo trata, com brevidade, das necessidades de formações necessárias ao cumprimento das tarefas.

Capítulo 3 Os estatutos e o regulamento interno

Este terceiro capítulo define dois documentos essenciais nas mutualidades de saúde: os estatutos e o regulamento interno. A título ilustrativo, é mostrado um exemplo de estatutos e de regulamento interno. Por fim, este capítulo trata sucintamente do processo de elaboração dos estatutos e do regulamento interno.

Capítulo 4 A organização das reuniões

Este último capítulo trata da organização das reuniões, em particular da Assembleia Geral, do Conselho de Administração e da Comissão de Supervisão. Examina a preparação e o desenrolar daquelas reuniões e fornece um certo número de exemplos de ferramentas (convocação, acta) utilizadas no quadro das mesmas. Uma última secção é dedicada ao acompanhamento dessas reuniões.



Os órgãos de uma mutualidade de saúde

A organização interna de uma mutualidade de saúde deve ser objecto de uma particular atenção, pois ela condiciona, entre outras, a eficácia do funcionamento e o respeito pelos princípios mutualistas.

A estruturação e os órgãos de uma mutualidade de saúde devem favorecer a democracia, a entreatajuda, a solidariedade, a responsabilidade e a participação activa de todos os aderentes.

Existe um esquema “clássico” de organização de uma mutualidade de saúde. Contudo, esta dispõe de uma grande liberdade de organização e deve procurar adaptar a sua estrutura e os seus órgãos ao contexto e à missão que para si fixou.

1.1 Os órgãos de uma mutualidade de saúde

A organização “clássica” de uma mutualidade assenta em três grandes categorias de órgãos:

- os órgãos de decisão;
- os órgãos de execução;
- os órgãos de controlo.

Os órgãos de decisão

Igualmente chamados de órgãos de governação, os órgãos de decisão têm a responsabilidade de definir a missão, a organização e os estatutos da mutualidade. A sua constituição é determinada pelos princípios de base da mutualidade; estes órgãos devem, em particular, permitir a todos os aderentes exercerem os seus direitos e participarem nas decisões, na gestão e no funcionamento da mutualidade.

A Assembleia Geral (AG)

A AG é a reunião de todos os aderentes da mutualidade. Realiza-se, pelo menos, uma vez por ano, especialmente para:

- ✓ examinar e aprovar os relatórios de actividades e as condições financeiras da mutualidade;
- ✓ adoptar as decisões importantes;
- ✓ definir a política geral da mutualidade, o seu programa de actividades e o seu orçamento;
- ✓ eleger os membros do Conselho de Administração e da Comissão de Supervisão.

Dada a importância do papel da AG, os estatutos da mutualidade devem definir com precisão as disposições relativas à convocação dos aderentes, os votos, a periodicidade das reuniões, etc.

As principais responsabilidades da AG

- Definir a missão da mutualidade e formular a sua política geral.
- Aprovar e alterar os estatutos.
- Examinar e aprovar os relatórios de actividades dos diversos órgãos, incluindo a Comissão de Supervisão.
- Eleger os membros do Conselho Administrativo.
- Eleger os membros da Comissão de Supervisão.

A AG é o mais importante órgão de decisão da mutualidade, pois ela determina a política geral. As suas decisões comprometem todos os aderentes e todos os órgãos.

Relativamente às modificações das quotizações, a AG pode, no âmbito das suas competências no Conselho de Administração, por um período definido – geralmente um ano renovável – após aprovação das decisões tomadas no ano anterior, modificá-las.

- Decidir as novas orientações da mutualidade.
- Decidir da fusão com outra mutualidade e da dissolução da mutualidade.
- Decidir sobre a admissão e a exclusão dos aderentes (nas mutualidades de reduzida dimensão ou naquelas em que as quotizações são anuais).
- Decidir em todas as outras áreas previstas nos estatutos.

Na área de gestão

- Examinar e aprovar as contas anuais e o orçamento.
- Fixar o montante das quotizações e de qualquer contribuição especial.
- Utilizar os relatórios dos órgãos de controle para avaliar as actividades do Conselho de Administração e da Comissão Executiva (CE).

Esta possibilidade é prevista, sobretudo, para poderem ser tomadas decisões rápidas, caso a situação financeira o requeira (abono orçamental, colocação de dinheiro, etc.).

A AG ordinária deve ser convocada pelo menos uma vez por ano para aprovar as contas anuais e o orçamento. Pode ser convocada uma AG extraordinária, se um suficiente número de aderentes (geralmente pelo menos um quinto) o pedir.

A reunião de todos os aderentes pode tornar-se uma operação pesada, dispendiosa e muitas vezes difícil quando os aderentes estão espalhados numa vasta zona geográfica. Por isso, algumas mutualidades podem escolher a organização da Assembleia de Delegados.

O conselho de administração (CA)

O CA é constituído por membros eleitos pela AG e tem como mandato a implementação da política geral da mutualidade.

Os estatutos e o regulamento interno determinam as atribuições do CA, o qual dispõe de poderes suficientemente importantes para evitar a organização de frequentes AG.

Os membros do CA asseguram gratuitamente as suas funções. As despesas ocasionadas pelas suas actividades (deslocações, etc.) podem ser reembolsadas.

As principais responsabilidades do CA

- Zelar pelo respeito dos estatutos a fim de serem atingidos os objectivos da mutualidade.
- Propor a admissão e a exclusão dos aderentes e aplicar em tal circunstância as previstas sanções disciplinares.
- Nomear os membros responsáveis da Comissão Executiva.
- Representar a mutualidade nos seus contactos com terceiros e estabelecer relações com outras associações, mais especialmente com outros movimentos sociais, igualmente fundamentados na solidariedade.

O CA é o órgão encarregado da gestão da mutualidade. Exerce todas as responsabilidades que não estão explicitamente cometidas pela lei ou pelos estatutos à AG ou à CE.

O CA propõe à AG as decisões de admissão e de exclusão dos aderentes. Uma vez adoptadas, essas propostas serão aplicadas pelo CA. Aguardando a decisão da AG sobre aquelas propostas, o aderente pode estar provisoriamente admitido ou suspenso. Esta disposição pode ser difícil de aplicar nas mutualidades de grande dimensão, e é

- Assinar os acordos e contratos, especialmente com os prestadores de cuidados.
- Angariar o director ou o gerente (se é assalariado e não eleito).
- Cumprir todas as outras missões que lhe são atribuídas pelos estatutos ou pela AG.

Na área da gestão:

- Zelar pelo estabelecimento da situação financeira anual e preparar o orçamento para o exercício seguinte.
- Coordenar as actividades e o trabalho das diversas comissões.
- Estabelecer anualmente o relatório das actividades do conjunto da mutualidade.
- Fixar as remunerações do pessoal.

possível delegar no CA ou na CE a responsabilidade de admitir ou excluir um aderente. Neste caso, deve ser possível recorrer para um outro órgão, por exemplo a Comissão de Supervisão.

Concretamente, o CA deve acompanhar permanentemente a gestão da mutualidade e fazer face aos problemas com que se defronta. Pode delegar uma parte das suas atribuições ao Presidente ou a um ou a vários Administradores.

Os membros do CA são todos voluntários que aceitam colocar as suas competências e uma parte do seu tempo ao serviço dos outros.

Para o funcionamento quotidiano e a execução das decisões tomadas pela AG ou por si mesmo, o CA pode delegar certas responsabilidades na CE.

Os órgãos de execução

Os órgãos de execução ocupam-se da gestão quotidiana da mutualidade. Existem diversas fórmulas possíveis relativas a estes órgãos.

A comissão executiva (CE)

O esquema mais frequente é a implementação de uma CE, chamada igualmente comissão executiva ou comissão de gestão, composta por membros eleitos no seio do CA.

Geralmente trata-se do órgão mais activo da mutualidade, pois é nele que assenta a gestão quotidiana das actividades.

Quando uma mutualidade oferece diversos serviços (seguro saúde, formação sanitária, microcréditos, etc.), a CE pode implementar grupos de trabalho ou comissões que acompanham cada serviço.

As principais responsabilidades da CE

- Assegurar a administração quotidiana da mutualidade.
- Zelar por uma boa ligação entre os aderentes e a Administração.
- Negociar os contratos com os prestadores de cuidados.
- Defender os interesses dos aderentes em matéria de saúde face ao exterior.

A CE, implementada pelo Conselho de Administração, é responsável pela execução das decisões da Assembleia Geral e do Conselho de Administração.

Consoante a dimensão e a organização da mutualidade, podem apresentar-se duas situações:

- Fazer propostas úteis ao CA para melhor atingir os objectivos da mutualidade.
- Negociar os contratos e acordos após os ter submetido ao CA.
- Exercer todas as funções que lhe são atribuídas pelos estatutos ou que lhe são confiadas pelo CA e pela AG.

Na área de gestão:

- Gerir os bens e os fundos da mutualidade.
- Escriturar os documentos da gestão.
- Preparar o orçamento para o CA e, uma vez aprovado, zelar pela sua boa execução.
- Apresentar ao CA as contas anuais e a execução do orçamento.
- Contratar e supervisionar o pessoal (excepto o Director ou Gerente)

- a CE pode ser designada no seio do CA. Trata-se, então, de uma CE restrita, que permite um funcionamento flexível e decisões rápidas. Será composta, no mínimo, pelo Presidente, por um Secretário-Geral e por um Tesoureiro;
- a CE pode ser composta por pessoal assalariado, ao qual o CA confia a gestão quotidiana da mutualidade. Um dos seus membros, o Director ou o Gerente, participará nas reuniões do CA para aí prestar contas da gestão, mas frequentemente terá lugar a título consultivo e não participará nas votações.

Os serviços administrativos

Uma outra fórmula possível, quando a dimensão e os meios financeiros o justificarem e permitirem, é a implementação de serviços administrativos dotados com pessoal assalariado.

Neste caso, a mutualidade é dirigida por um “bureau” composto por membros eleitos entre os do CA. As tarefas de gestão corrente da mutualidade são realizadas pelo ou pelos serviços administrativos, sob o controlo da repartição.

Os órgãos de controlo

Os órgãos de controlo asseguram que os actos da mutualidade estejam em conformidade com os estatutos e com o seu regulamento interno. Verificam se os procedimentos de gestão são correctamente seguidos. Zelam, igualmente, por uma boa transparência das operações financeiras.

A nível interno, uma mutualidade pode implementar uma Comissão de Supervisão (CS), composta por membros eleitos ou designar um ou vários Comissários para as contas. Estes têm como missão controlar a gestão e o respeito dos procedimentos e prestar contas aos outros órgãos.

As principais responsabilidades da CS

- Verificar que os actos dos órgãos da mutualidade estão em conformidade com os estatutos e com o regulamento interno e que não são contrários às leis e regulamentos em vigor no país.
- Controlar a execução das decisões da AG.
- Chamar a atenção dos órgãos responsáveis sobre as irregularidades que possam ter sido cometidas e propor medidas ou novos procedimentos para evitar a sua repetição.
- Acolher as queixas dos aderentes, relativas aos serviços oferecidos, e remetê-las ao órgão ou à pessoa competente para as remediar.
- Exigir à pessoa ou ao órgão competente a execução de uma tarefa não cumprida ou mal cumprida e obrigá-lo a aplicar os procedimentos correctos.
- Examinar e controlar a elegibilidade dos aderentes que participem na AG.

Em matéria de gestão

- Controlar a exactidão da contabilidade e a regularidade das operações financeiras:
 - verificar a escrituração dos documentos contabilísticos;
 - confrontar os diferentes documentos;
 - fazer o inventário da caixa;
 - preencher as fichas de controlo.
- Controlar a boa utilização dos documentos de gestão das adesões, das quotizações e das prestações.
- Controlar o bom andamento dos mecanismos de acompanhamento.

A CS, eleita pela AG, tem como missão controlar a execução das decisões tomadas por esta e garantir um eficaz funcionamento dos diversos órgãos da mutualidade, além da AG.

Mesmo nas mutualidades com dimensão relativamente pequena ou de recente criação, é indispensável designar pelo menos uma pessoa que, após apropriada formação, examinará de perto as peças justificativas e os registos contabilísticos.

1.2 O organigrama da mutualidade

O organigrama da mutualidade é a representação esquemática dos diferentes órgãos e das suas relações. Será mais ou menos complexo em função da dimensão da mutualidade (número e dispersão geográfica dos aderentes) e das suas actividades. O organigrama valoriza a repartição das responsabilidades, tais como as relações hierárquicas entre os órgãos.

A elaboração do organigrama assenta nos objectivos e actividades da mutualidade, assim como na repartição dos papéis e na organização interna. Quando elabora o seu organigrama, a mutualidade deve ter em conta as seguintes considerações:

- o organigrama deve representar as relações hierárquicas e de colaboração que existem entre os diferentes órgãos;
- o organigrama de uma mutualidade depende, principalmente, da sua especificidade, do seu ambiente socioeconómico e dos hábitos locais em matéria de organização. Os órgãos podem diferir de uma mutualidade para outra, mas devem permitir uma gestão democrática;
- os órgãos são constituídos em função das actividades previstas e dos recursos da mutualidade, assim como da sua configuração. Uma mutualidade de grande dimensão, estruturada em vários níveis (aldeia, comunidade e região, por exemplo) terá um organigrama mais complexo que uma pequena mutualidade aldeã;
- os órgãos e os diferentes postos identificados são concebidos independentemente das pessoas que serão eleitas e chamadas a ocupá-los.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde intervém em diversas aldeias e lugares. Os seus principais objectivos são:

- cobrir as despesas de saúde dos beneficiários no centro de saúde comunitário e no hospital regional;
- favorecer o acesso aos medicamentos e aos cuidados de base.

Para atingir estes objectivos, a mutualidade cobre parcialmente as consultas ambulatoriais, as despesas de maternidade, os pequenos internamentos no centro de saúde e os internamentos no hospital provincial. Ela associa-se a um programa de desenvolvimento local que tem como uma das suas actividades a de formar agentes de saúde da aldeia, encarregados de ministrar cuidados de base, orientar os doentes para os serviços de saúde e distribuir medicamentos.

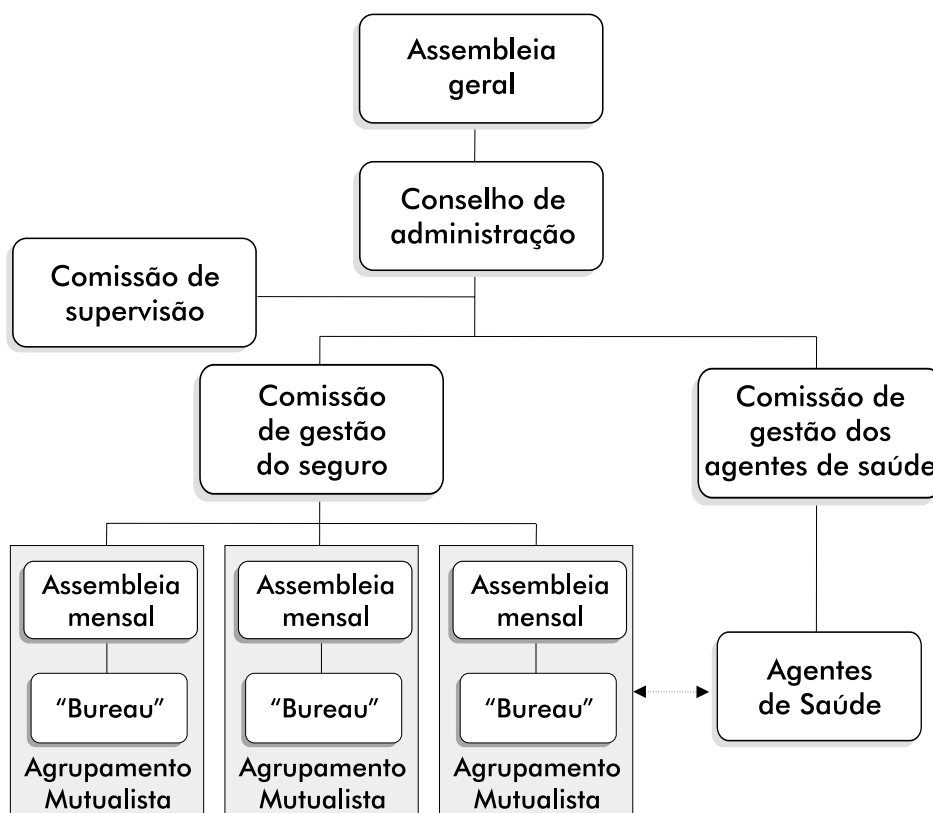
Sendo limitados os meios financeiros e humanos da mutualidade, esta decide implementar um reduzido número de órgãos, separando as suas duas actividades: seguro e formação dos agentes de saúde.

O seu organigrama é muito simples e apresenta as seguintes particularidades:

- a AG anual é o órgão soberano da mutualidade. Ela reúne os aderentes das aldeias e lugares. As autoridades locais assim como representantes das formações médicas cobertas e do programa de desenvolvimento local são igualmente convidados. Dadas as dificuldades para reunir todos os aderentes, uma grande parte das atribuições da AG é delegada no CA, cujos membros têm principalmente por função representar os aderentes do seu agrupamento mutualista;
- em cada aldeia é constituído um agrupamento mutualista que é dirigido por uma Assembleia Mensal dos Aderentes da aldeia. Esta assembleia reúne no momento do pagamento mensal das quotizações;
- em cada agrupamento, uma repartição com três membros colecta as quotizações e reagrupa os atestados de cuidados dos beneficiários;

- a gestão da mutualidade é assegurada por um CA que é uma assembleia dos membros das repartições dos agrupamentos da aldeia (pelo menos dois dos membros de cada “bureau”) e é mensal, após as organizadas nas aldeias. Os representantes dos agrupamentos da aldeia depositam as quotizações e os atestados de cuidados, controlam as facturas dos prestadores de serviços e discutem os eventuais problemas assinalados pelos aderentes durante as assembleias das aldeias;
- a fim de marcar a distinção entre as suas duas actividades, a mutualidade implementou duas comissões executivas:
 - uma Comissão de Gestão dos Seguros ocupa-se da gestão quotidiana da actividade de seguros da mutualidade;
 - uma Comissão de Gestão supervisiona os agentes de saúde e zela pelo seu aprovisionamento em medicamentos;
- a mutualidade apoia a instalação de um agente de saúde em cada aldeia onde ele intervém. Este colabora com o agrupamento mutualista mas fica sob a responsabilidade directa da Comissão de Gestão dos Agentes de Saúde da mutualidade. Os agentes de saúde reúnem-se uma vez por mês na sede da mutualidade. O médico do centro de saúde comunitário e representantes do programa de desenvolvimento local são muitas vezes convidados a assistir àquelas reuniões na qualidade de conselheiros técnicos;
- uma Comissão de Supervisão, constituída por três pessoas, controla o funcionamento dos outros órgãos (CA e CE), a conformidade dos actos da mutualidade com os estatutos e com o regulamento interno, assim como a escrituração dos diferentes documentos de gestão. O programa de desenvolvimento local, com o qual a mutualidade colabora, realiza em cada ano um controle externo e apoia a mutualidade na elaboração das suas contas anuais.

O organigrama da mutualidade pode ser apresentado do seguinte modo:





A repartição das tarefas

A gestão de uma mutualidade de saúde assenta num certo número de funções. Estas reagrupam múltiplas tarefas, repartidas por diferentes agentes.

Para realizar esta repartição de tarefas, é preciso, previamente, identificar claramente todos os agentes chamados a intervir no funcionamento da mutualidade. É necessário, igualmente, observar algumas regras:

- os lugares de decisão, os de execução e os de controlo devem ser separados;
- devem ser claramente definidas as responsabilidades;
- a carga de trabalho deve ser bem equilibrada entre os diferentes agentes, sobretudo no seio da mutualidade;
- deve ser assegurada a cada agente a formação necessária para a realização das tarefas.

Este capítulo passa em revista os agentes possíveis do funcionamento de uma mutualidade de saúde. Apresenta ferramentas úteis para repartir as tarefas entre esses agentes. Por fim, apresenta algumas considerações relativas às necessidades de formação destas últimas.

2.1 Os intervenientes na vida de uma mutualidade de saúde

A organização, o funcionamento e a vida de uma mutualidade de saúde assentam num certo número de intervenientes entre os quais se tecem relações sociais, económicas, financeiras e técnicas.

Os intervenientes
internos
da mutualidade

Os aderentes

A vida da mutualidade assenta na participação activa dos aderentes que, por sua vez, são responsáveis e gestores da sua organização. O papel dos aderentes, eleitos ou não, é pois importante e não deve ser negligenciado.

Os membros do CA, da CE e da CS

São eleitos entre os aderentes e asseguram as funções de administração e gestão da mutualidade, assim como as responsabilidades que lhes estão associadas.

As suas funções são voluntárias, o que coloca problemas quando alguns têm uma pesada carga de trabalho (noutros termos: “o voluntariado não é sinónimo de sacrifício”). A mutualidade deve zelar por uma equilibrada repartição da carga de trabalho e assegurar a cada responsável boas condições de trabalho, no interesse de todos os aderentes.

O pessoal assalariado ou indemnizado

Quando uma mutualidade dispõe de suficientes meios financeiros e quando o número de aderentes e a importância das actividades o justificam, a mutualidade pode recorrer a pessoal remunerado. Este

peçoal apenas assegura funções executivas, no interior de lugares precisos, com tarefas bem definidas e fica sob a responsabilidade e o controlo dos membros do CA e da CE.

O peçoal voluntário

Não se trata de aderentes eleitos, mas de pessoas que realizam, de forma permanente ou ocasional, certas actividades em benefício da mutualidade.

Estas pessoas podem, por exemplo, participar nas acções de animação e informação da população ou ajudar na organização das AG (preparação das salas, etc.).

Os intervenientes externos à mutualidade

Os prestadores de cuidados

Os prestadores de cuidados desempenham um papel importante, pois o seu comportamento face aos mutualistas, a qualidade dos seus serviços, o respeito pelos contratos, etc., condicionam em grande parte o bom funcionamento da mutualidade. Igualmente, desempenham um papel em certas funções de gestão, em especial no tratamento dos pedidos de comparticipação.

Os prestadores de serviços

Trata-se do conjunto das estruturas de serviços - gabinetes contabilísticos, estruturas de formação, etc. que, através de remunerações, podem intervir no funcionamento da mutualidade.

Igualmente pode incluir-se nesta categoria as instituições financeiras cujos serviços têm uma incidência no funcionamento da mutualidade (possibilidade de abertura de contas múltiplas, de pagamento por cheque e transferências bancárias, etc.).

A assistência técnica

Uma mutualidade pode beneficiar de uma assistência técnica, geralmente não remunerada, que pode provir:

- ✓ de mutualidades de outras regiões ou países, de programas de desenvolvimento, de ONG, de organizações internacionais, de agências de cooperação, etc.;
- ✓ de estruturas sanitárias; estas podem apoiar a promoção de mutualidades de saúde na sua zona de acção;
- ✓ de diversas estruturas locais (administrativas, religiosas, tradicionais, etc.), que muitas vezes intervêm na sensibilização e na circulação da informação.

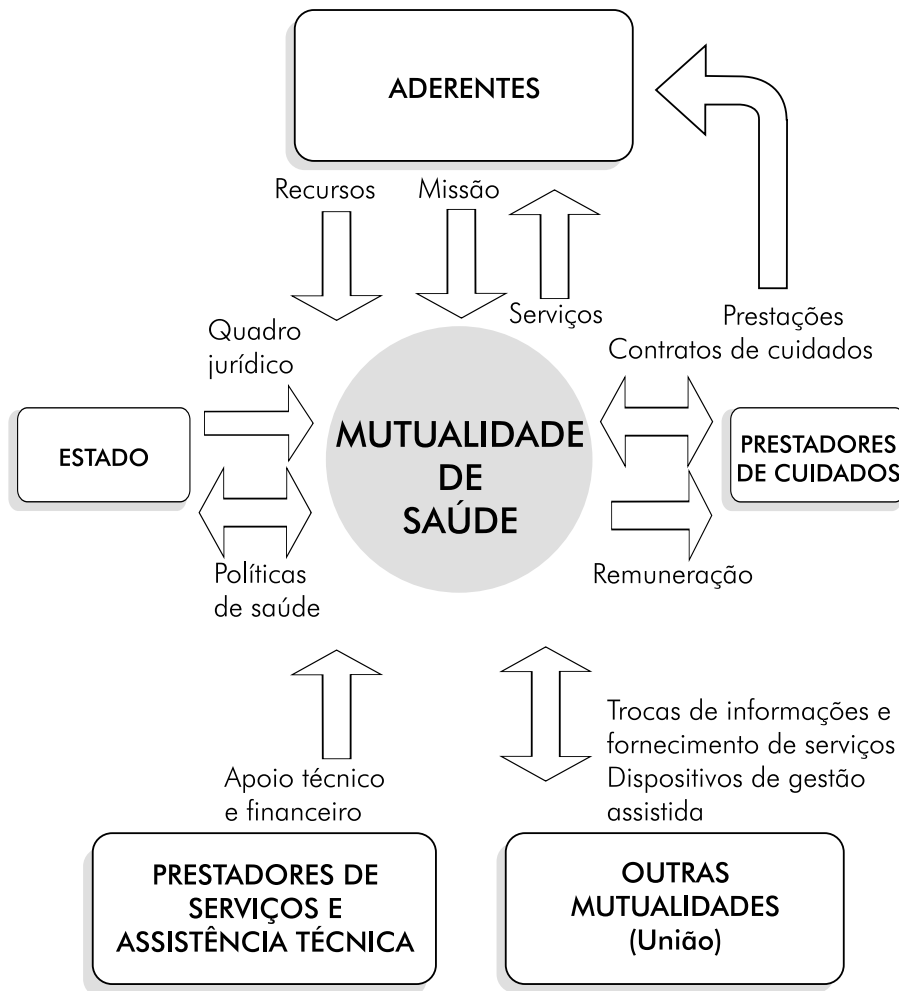
As uniões e federações de mutualidades

As uniões e / ou federações trazem, igualmente, às mutualidades serviços técnicos e financeiros. As mutualidades são membros destas organizações; participam na sua administração e gestão.

O Estado

O Estado desempenha diversos papéis junto das mutualidades, consoante os contextos. Tem a seu cargo, geralmente, a definição e a aplicação do quadro institucional e legislativo, a regulamentação e o controlo das actividades. Pode participar na difusão de informações sobre as mutualidades, favorecer a concertação entre mutualidades num plano nacional ou regional, subvencionar o financiamento, etc.

Os intervenientes de uma mutualidade de saúde (sistema de pagamento por terceiros)



2.2 O quadro de funções

O quadro de funções tem uma dupla utilidade:

- aquando do processo de arranque da mutualidade, ele facilita a definição da organização e da repartição das tarefas entre os diferentes intervenientes;
- no decorrer da evolução da mutualidade e periodicamente, permite avaliar a funcionalidade da organização e a repartição das tarefas.

Distinguem-se dois “tipos” de quadros de funções.

- O quadro de funções teórico¹⁰

O quadro de funções teórico, construído na base dos documentos e textos em vigor (estatutos, regulamento interno, manual de procedimentos, etc.) permite visualizar a forma como a mutualidade foi concebida e como deveria funcionar.

A elaboração do quadro de funções teórico apresenta várias importantes vantagens (sobretudo quando se torna assunto das sessões de trabalho que reúnem mutualistas, prestadores de cuidados e outros agentes):

- ✓ detalhando as tarefas, os mecanismos, até mesmo os documentos, que serão utilizados, a construção do quadro de funções favorece uma boa compreensão do funcionamento da mutualidade e das tarefas que cada um terá que cumprir;
- ✓ a elaboração do quadro de funções é útil para lançar as bases do regulamento interno da mutualidade e dos contratos com os prestadores de cuidados;
- ✓ o quadro de funções teórico servirá de base para a avaliação do funcionamento no plano organizacional.

- O quadro de funções real

O quadro de funções real permite analisar a distribuição das tarefas tal como ela é efectivamente assegurada no interior da mutualidade. O seu preenchimento não deve, pois, ser feito na base de textos regulamentares, mas a partir das práticas observadas na realidade. Esta análise deve fazer ressaltar a funcionalidade dos diversos órgãos e as efectivas responsabilidades dos diferentes agentes. É conveniente:

- ✓ verificar a existência de cada interveniente para cada função que figure nos quadros de funções;
- ✓ identificar eventuais disfunções nos procedimentos e atribuições (duplicações nas responsabilidades, cruzamento vertical e horizontal de responsabilidade, etc.);
- ✓ apreciar a perenidade do dispositivo de gestão, isto é, examinar em que medida as funções e as tarefas são asseguradas por intervenientes que não estejam para se retirar.

O quadro de funções real deve ser confrontado com o quadro de funções teórico. Trata-se de evidenciar os desvios entre a distribuição das tarefas previstas nos textos e a constatada na realidade. A análise assentará em:

- ✓ desvios entre o que foi previsto e o que foi efectuado;
- ✓ a pesquisa da origem desses desvios;
- ✓ a apreciação das consequências dos desvios no bom funcionamento da mutualidade.

A análise dos desvios entre os dois quadros oferece uma primeira apreciação do funcionamento organizacional da mutualidade.

10 Esta parte é inspirada no guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros de saúde, BIT/STEP, CIDR, Genève 2001.

● Apresentação

Esses dois quadros são apresentados do mesmo modo:

- ✓ os diferentes intervenientes internos e externos à mutualidade figuram numa coluna;
- ✓ as tarefas a desempenhar são listadas na horizontal. São repartidas por categorias; por exemplo, o tratamento das adesões, a comparticipação nas despesas de saúde, etc.

No quadro da apresentação modelo de um quadro de funções, é colocada uma cruz na intersecção da linha de uma tarefa com a coluna do respectivo interveniente. Pode ser aplicada uma maior precisão, substituindo aquela cruz por símbolos tais como: – – (implicação muito fraca), – (implicação fraca), + (implicação importante), + + (implicação muito importante), a fim de precisar a importância da intervenção de cada interveniente na realização de uma dada tarefa.

É possível uma outra apresentação para o quadro de funções teórico: as cruzes são substituídas por uma breve descrição das actividades ligadas a uma tarefa (“colecta das quotizações”, “convocação das reuniões”, etc.). É igualmente possível fazer aparecer os documentos utilizados e ligar as diferentes actividades com setas, a fim de esquematizar as diferentes etapas de realização.

● Regras de utilização

- ✓ Para uma maior precisão, é possível detalhar certos órgãos da mutualidade. Por exemplo, a comissão executiva pode ser subdividida em três colunas: Presidente, Secretário e Tesoureiro. Este nível de detalhe é útil no caso dos órgãos mais activos da mutualidade.
- ✓ As tarefas devem ser apresentadas numa ordem lógica, por exemplo, segundo uma ordem cronológica.
- ✓ É importante implicar os principais intervenientes externos na elaboração do quadro de funções teórico.
- ✓ Quando é utilizado como ferramenta da avaliação, o quadro de funções deve permitir animar as discussões sobre a realização das tarefas, as dificuldades encontradas, etc.

Exemplo

Uma associação de apoio a agrupamentos femininos de uma comunidade decide promover a criação de uma mutualidade de saúde. Um grupo de trabalho, constituído por representantes dos agrupamentos, assim como de animadoras da associação, definiu as prestações e identificou os prestadores de cuidados. Para definir a organização e o funcionamento da mutualidade, o grupo de trabalho reúne-se com os prestadores. Após esta reunião, são finalizados os documentos reguladores do funcionamento da mutualidade. Na base desses documentos, é elaborado o seguinte quadro de funções teórico (apenas uma parte das tarefas é aqui apresentada):

Quadro de funções teórico

Tarefas	Agentes	Mutualidade			Prestadores	Associação
		Ade- rentes	CE	CA	AG	
Preparação de um novo exercício						
Preparação do orçamento			X	X		
Preparação do plano de tesouraria			X	X		
Aprovação do orçamento					X	
Execução do orçamento			X			
Controlo				X		
Formação e apoio						X
Tratamento das adesões						
Pedido de adesão	X					
Registo das adesões			X			
Pagamento dos direitos de adesão e das quotizações	X					
Registo dos pagamentos			X			
Controlo				X		
Acompanhamento						X
Comparticipação nas despesas de saúde						
Acolhimento dos doentes					X	
Prestações de cuidados					X	
Entrega dos atestados de cuidados					X	
Depósito dos atestados na CE	X					
Estabelecimento das facturas mensais					X	
Controlo dos recursos e das facturas			X			
Pagamento das facturas			X			
Controlo				X		
Acompanhamento						X
Contabilidade						
Escrituração do diário de caixa			X			
Escrituração do diário de banco			X			
Escrituração do livro-razão						X
Contas anuais				X		X
Controlo				X		
Auditoria						X

Após um ano de funcionamento, a mutualidade, com o apoio da associação, realiza uma primeira avaliação da sua organização. Para isso, é elaborado um quadro de funções real que se apresenta do seguinte modo:

Quadro de funções real

Tarefas	Agentes	Mutualidade			Prestadores	Associação
		Ade- rentes	CE	CA	AG	
Preparação de um novo exercício						
Preparação do orçamento			+	+		++
Preparação do plano de tesouraria			+			++
Aprovação do orçamento					++	
Execução do orçamento			++	+		
Controlo				++		
Formação e apoio						++
Tratamento das adesões						
Pedido de adesão		++				
Registo das adesões			+			+
Pagamento dos direitos de adesão e das quotizações		++				
Registo de pagamentos			+			+
Controlo				++		+
Acompanhamento						++
Comparticipação nas despesas de saúde						
Acolhimento dos doentes					++	
Prestações de cuidados					++	
Entrega dos atestados de cuidados					++	
Depósito dos atestados na CE		+				+
Estabelecimento das facturas mensais					++	
Controlo dos recursos e das facturas			++			+
Pagamento das facturas			++			
Controlo				++		+
Acompanhamento						++
Contabilidade						
Escrituração do diário de caixa			+			+
Escrituração do diário de banco			+			+
Escrituração do livro-razão						++
Contas anuais				+		++

Tarefas	Agentes	Mutualidade				Prestadores	Associação
		Aderentes	CE	CA	AG		
Controlo				++			+
Auditoria							++

Legenda:

+ implicação importante

++ implicação muito importante

Este quadro de funções real faz ressaltar uma maior importância de intervenção da associação no funcionamento da mutualidade do que a prevista. A associação realiza, por meio das suas animadoras, uma parte das tarefas ligadas ao tratamento das adesões e à contabilidade, normalmente entregues à CE.

As causas desta situação, evocadas na AG são as seguintes:

- os membros da CE ainda dominam mal as ferramentas contabilísticas. Será, pois, necessário completar a sua formação;
- o tratamento das adesões requer uma importante carga de trabalho e deslocações mensais a todos os agrupamentos, que estão dispersos no conjunto da comunidade. Os membros da CE demonstram rapidamente a sua incapacidade em realizar esta tarefa; muito exigente em termos de tempo e de deslocações. Também as animadoras, que visitam regularmente aqueles agrupamentos, são obrigadas a realizar uma parte das tarefas de colecta e do registo das quotizações, do registo das adesões e do reagrupamento dos atestados de cuidados.

A carga de trabalho atribuída à CE é demasiado importante e os seus membros, aquando da AG, mostraram-se fortemente desmotivados. Após debate, foi decidido utilizar os agrupamentos e integrá-los no organigrama da mutualidade. Doravante eles desempenharão um papel activo na colecta, no registo das quotizações (que deverão depositar na mutualidade), nas adesões e na recuperação dos atestados de cuidados. A CE vê-se assim aliviada de uma parte do seu trabalho e poderá dedicar-se à gestão de forma mais importante.

No final desta AG, foram estabelecidos um novo organigrama e um quadro de funções teórico. Do mesmo modo, os estatutos foram modificados, a fim de integrarem os agrupamentos como agentes activos da mutualidade.

2.3 A formação dos intervenientes da mutualidade de saúde

A formação desempenha um importante papel no funcionamento de uma mutualidade de saúde. Os diferentes intervenientes devem dispor das competências necessárias ao cumprimento das suas tarefas. A formação permite aumentar os desempenhos das mutualidades e resolver certos bloqueamentos. A formação não é, contudo, a resposta a todos os problemas. Alguns destes resultam de uma má definição ou repartição das tarefas, da desmotivação dos responsáveis, de uma má comunicação, etc.

Para cumprir o seu papel, a formação deve, acima de tudo, ser operacional, isto é, fazer chegar no momento oportuno, conhecimentos que correspondam às necessidades dos intervenientes e adaptados à especificidade da mutualidade de saúde.

É pois importante para uma mutualidade identificar, num dado estado do seu processo de desenvolvimento, as necessidades de formação dos diferentes agentes.

A identificação das necessidades de formação

As necessidades de formação correspondem ao desvio entre os conhecimentos actualmente disponíveis e os necessários ao bom funcionamento da mutualidade.

Este desvio modifica-se ao longo do tempo, em função da evolução da mutualidade (crescimento, tipos de serviços, etc.), da substituição dos membros dos órgãos, da entrada em vigor de um novo quadro institucional e legislativo, etc. Por conseguinte, deve ser periodicamente avaliado.

As necessidades podem ser identificadas:

- ✓ por um lado, a partir da percepção que delas tenham os próprios intervenientes;
- ✓ por outro, a partir das avaliações realizadas periodicamente que permitem detectar as insuficiências e as necessidades de conhecimento.

A adaptação da formação às necessidades dos intervenientes internos da mutualidade

O organigrama e o quadro de funções mostram que todos os intervenientes implicados no funcionamento de uma mutualidade de saúde não têm as mesmas responsabilidades nem as mesmas tarefas a desempenhar. Consequentemente, não é útil organizar sessões regulares de formação dirigidas simultaneamente ao conjunto dos intervenientes. Pelo contrário, é necessário desenhar um programa de formação adaptado às necessidades específicas da cada interveniente.

Os aderentes

Os aderentes estão directamente relacionados pela gestão da sua mutualidade, pois eles são, simultaneamente, o segurador e os segurados.

O princípio de democracia participativa apenas é possível se os aderentes conhecem e compreendem a organização e o funcionamento da sua mutualidade. Devem também dispor de todas as informações necessárias às tomadas de decisões nas AG.

Cada aderente deve também conhecer e dominar as modalidades de participação nas despesas de saúde.

Para uma maior eficácia da mutualidade é igualmente importante organizar acções de educação na área da saúde. Com efeito, estas favorecem uma melhor prevenção dos riscos de doença e uma utilização racional dos serviços de saúde.

Dado o geralmente elevado número de aderentes, é difícil organizar reuniões de formação em sua intenção. São mais adaptadas para esse fim sessões de sensibilização, de animação e de informação.

Os eleitos (no interior do CA, da CE e da CS)

Os eleitos deveriam dispor de todas as competências e conhecimentos requeridos para o bom funcionamento da mutualidade. Contudo, é preciso distinguir vários aspectos.

- ✓ Quando a mutualidade dispõe de um gestor assalariado, os membros dos órgãos executivos e de controlo devem dispor das competências necessárias para supervisionar e controlar o funcionamento.
- ✓ Quando ela beneficia dos serviços de uma estrutura externa (serviço técnico de uma união, gabinete contabilístico, ONG, etc.), os eleitos devem dispor, pelo menos, das necessárias competências para:
 - desempenhar as operações de base em matéria de registo das informações: adesões, prestações, quotizações e outras operações;
 - interpretar as contas anuais e os dados do acompanhamento, especialmente o “painel de bordo”.
- ✓ Quando a mutualidade não pode contratar um gestor nem beneficiar de um dispositivo de gestão assistida, os eleitos devem ser capazes de dominar toda a gestão da sua organização. Contudo, é pouco realista considerar, por exemplo, a formação de um tesoureiro na contabilidade por partidas dobradas se este não tem conhecimentos básicos nessa matéria. Isso é tanto mais verdade numa mutualidade em que a rotação dos responsáveis geralmente é importante. Numa tal situação, a formação deve visar o domínio pelos eleitos de um sistema simplificado de gestão.

Em todos os casos, todos os eleitos devem, igualmente, dispor de uma formação nas áreas de planificação, de avaliação e de animação.

O pessoal assalariado

O pessoal assalariado é normalmente recrutado em função das suas competências que devem corresponder às necessidades da mutualidade.

Não obstante, pessoal formado na gestão das mutualidades de saúde é ainda raro na maioria dos países em via de desenvolvimento. O conhecimento da gestão de empresas não é suficiente. Com efeito, é preciso conhecer a especificidade das mutualidades, tais como as técnicas próprias do seguro. Portanto, o pessoal assalariado deverá beneficiar frequentemente de uma formação em simultâneo sobre os princípios mutualistas e sobre a gestão dos seguros.



Os estatutos e o regulamento interno

Os estatutos e o regulamento interno desempenham várias papeis:

- fixar as regras que regem a organização e o funcionamento da mutualidade, assim como, as responsabilidades dos órgãos e do conjunto dos intervenientes;
- concretizar a existência e a autonomia da mutualidade no plano institucional, por forma a fazê-la adquirir um reconhecimento face a terceiros e uma cobertura jurídica para conduzir as suas actividades;

- estabelecer as obrigações recíprocas entre os aderentes e a sua mutualidade e, assim, constituir um controlo colectivo.

3.1 Os Estatutos

Os Estatutos são um conjunto de artigos voluntariamente adoptados pelos aderentes¹¹, a fim de definir os seus direitos e deveres, a organização da mutualidade, a articulação entre os diferentes órgãos e as suas atribuições.

Os Estatutos desempenham vários importantes papéis.

- Fixam os objectivos e as regras relativas à organização e ao funcionamento da mutualidade.

Os Estatutos indicam especialmente:

- ✓ as disposições que garantem o funcionamento democrático e solidário da mutualidade;
- ✓ a repartição das funções entre os diferentes órgãos e as suas respectivas responsabilidades;
- ✓ as tarefas dos Administradores e Gestores, tais como o Presidente, o Secretário, o Tesoureiro, etc.

- Conferem à mutualidade o carácter de organização legalmente reconhecida

Quando os Estatutos são aprovados pelas competentes autoridades, a mutualidade de saúde adquire uma personalidade moral legalmente reconhecida. A partir daí, ela pode, entre outras:

- ✓ abrir contas bancárias;
- ✓ realizar contratos: relações com os prestadores de cuidados, empréstimos, arrendamentos, parcerias com outras organizações, etc.

- Imprimem o ritmo aos principais momentos da vida institucional da mutualidade

Os Estatutos regulam:

- ✓ a condução das AG;
- ✓ o estabelecimento dos relatórios de actividades;
- ✓ a apresentação e a aprovação dos relatórios de actividades e das situações financeiras (conta de resultados e balanço);
- ✓ a renovação dos responsáveis e dos membros dos diferentes órgãos.

- Constituem, para os aderentes, uma garantia dos seus direitos às prestações da mutualidade

A mutualidade de saúde distingue-se dos outros sistemas de seguro pelo facto de ser o aderente, ao mesmo tempo, gestor e beneficiário do seguro. Noutros termos, é, ao mesmo tempo, segurador e segurado.

Consequentemente, e de forma diferente dos outros sistemas de seguro, a mutualidade não pode realizar contratos com os seus aderentes (não se pode realizar um contrato consigo mesmo).

11 Louis, R.1976 "Organização e funcionamento administrativo das cooperativas" Manual de formação cooperativa, fascículo 2 (Genebra, BIT), p. 2.

Os Estatutos constituem, desde logo, um contrato colectivo que determina os direitos e as obrigações dos aderentes e da mutualidade.

O conteúdo dos Estatutos

As grandes linhas dos Estatutos são condicionadas pelo quadro institucional e legal no qual se inscreve a mutualidade. Podem apresentar-se duas situações.

- ✓ Em certos países, existe uma lei que rege as mutualidades de saúde. Quando existe, essa lei estabelece, especialmente, Estatutos – tipo, aos quais as mutualidades devem adequar-se.
- ✓ Na maioria dos países, não existe legislação específica para as mutualidades de saúde. Estas adoptam Estatutos adequados aos textos legislativos ou regulamentares relativo às associações, às cooperativas e a outras organizações com fins não lucrativos.

Os Estatutos são elaborados na base:

- ✓ dos princípios fundamentais da mutualidade;
- ✓ das necessidades e dos desejos dos aderentes;
- ✓ dos objectivos aos quais a mutualidade se obriga.

O conteúdo dos Estatutos, geralmente, articula-se nas seguintes rubricas:

- ✓ a sede social;
- ✓ o objectivo da mutualidade;
- ✓ as condições e as formas de adesão, de irradiação e de exclusão dos aderentes;
- ✓ a composição dos órgãos da mutualidade, a forma da eleição dos seus membros, a natureza e a duração dos seus mandatos, as condições de voto na AG;
- ✓ as obrigações e os direitos dos aderentes e do conjunto dos beneficiários;
- ✓ as formas de emprego e levantamento dos fundos;
- ✓ as condições da dissolução voluntária da mutualidade e da sua liquidação.

Quando existe legislação que reja as mutualidades de saúde, os Estatutos-tipo, aos quais as mutualidades devem adequar-se, geralmente comportam:

- ✓ as disposições obrigatórias relativas aos princípios próprios da acção mutualista;
- ✓ as disposições facultativas que a mutualidade pode escolher ou adaptar em função das suas necessidades;
- ✓ uma parte relativa às disposições próprias da mutualidade, referentes às quotizações e às prestações.

Os estatutos são adoptados e modificados pela AG. Seguidamente são registados junto da competente autoridade legal. É também importante não os elaborar de forma muito detalhada. Cada modificação a introduzir necessitaria com efeito de reunir a AG em sessão extraordinária e fazer as modificações ao nível do registo legal. Por conseguinte os estatutos não abordam senão os pontos essenciais e são complementados por um regulamento interno mais facilmente modificável.

Exemplo

O sindicato dos proprietários do ciclo-táxis de Kenlodar decide criar uma mutualidade de saúde a favor dos seus aderentes, de todos os membros da profissão na cidade e das suas famílias, o que representa um público-alvo de mais de 40.000 pessoas.

O sindicato dispõe de um edifício no interior do centro artesanal da cidade e disponibiliza um local para a mutualidade. Esta é, contudo, totalmente independente do sindicato mesmo que este forneça apoios como por exemplo na área de gestão.

Por outro lado, a mutualidade trabalha com uma rede de formações sanitárias distribuídas por toda a cidade e que já dispõem de acordo com o sindicato, que prevê uma redução de 10% nas tarifas a favor dos proprietários dos ciclo-táxis.

Quando da AG constituinte, foram adoptados os seguintes estatutos (o regulamento interno é apresentado mais adiante).

ESTATUTOS DA MUTUALIDADE DOS PROPRIETÁRIOS DE CICLO-TÁXIS DE KENLODAR¹²

Título1 Disposições gerais

Capítulo 1 Formação e objectivos da mutualidade

Artigo 1 É estabelecida em Kenlodar uma mutualidade de saúde denominada “Mutualidade dos proprietários de ciclo-táxis de Kenlodar”.

A sua sede social é o edifício do sindicato dos proprietários de ciclo-táxis – secção de Kenlodar, situada no centro artesanal de Kenlodar, na estrada de Sagirya.

A mutualidade dos proprietários de ciclo-táxis de Kenlodar tem por objectivo conduzir, em favor dos seus beneficiários, acções de previdência, de entre – ajuda e de solidariedade visando:

- a prevenção do risco de doença e a compensação das suas consequências;
- a protecção da infância e da família.

Artigo 2 Podem ser beneficiários da mutualidade os proprietários de ciclo-táxis de Kenlodar assim como os membros das suas famílias. Estes últimos beneficiam das vantagens da mutualidade na qualidade de pessoas a cargo.

Capítulo 2 Composição da mutualidade e condições de admissão

Artigo 3 A mutualidade é composta por aderentes participantes e aderentes associados:

12 Este exemplo de estatutos é inspirado no plano e conteúdo nos estatutos – tipo estabelecidos pelo Código da mutualidade francesa

	● o estatuto de aderente participante está reservado aos proprietários de ciclo-táxis que dispõem de licença passada pela subperfeitura de Kenlodar. A adesão à mutualidade não é condicionada á adesão ao sindicato dos proprietários de ciclo-táxis de Kenlodar; ● o estatuto de aderente associado está reservado ao conjunto de proprietários de ciclo-táxis ou aos seus filhos com mais de 18 anos, que desejam manter a sua adesão à mutualidade após a morte do titular (com a condição de que este último tenha sido proprietário de ciclo-táxis e aderente participante da mutualidade).
Artigo 4	Os aderentes são admitidos após terem preenchido um formulário de pedido de adesão. Esta admissão é ratificada pelo Conselho de Administração (CA) nas semanas seguintes ao cumprimento desta formalidade e antes do final do período de observação ao qual é submetido qualquer novo aderente.
Artigo 5	A mutualidade não pode, para a filiação dos seus aderentes, nem recorrer a intermediários comissionados nem atribuir remunerações em função do número de aderentes ou das quotizações pagas.
Capítulo 3	Administração
<i>Secção 1</i>	<i>Os órgãos administrativos da mutualidade</i>
<i>Parágrafo 1</i>	<i>O conselho de administração (CA)</i>
Artigo 6	A mutualidade é administrada por um CA composto por 21 aderentes eleitos pela AG. Os aderentes elegíveis devem ter as suas quotizações em dia. Os membros que saem são reelegíveis.
Artigo 7	Os membros do CA são eleitos por 3 anos e são renovados em um terço todos os anos. O primeiro conselho resulta de um sorteio para determinar a ordem pela qual os membros são submetidos à reeleição.
Artigo 8	O CA reúne sempre que é convocado pelo presidente e, pelo menos, uma vez por trimestre. O conselho não pode deliberar de forma válida se a maioria dos seus membros não estiver presente na sessão. As decisões são tomadas por maioria simples. Em caso de igualdade o voto do presidente é preponderante. Cada reunião do CA origina a redacção de uma acta, aprovada pelo conselho na sessão seguinte e é guardada pelo secretário.
Artigo 9	Por decisão do CA os membros do conselho podem ser declarados demissionários das suas funções no caso de faltas sem justificação a três sessões, no decurso do mesmo ano.
Artigo 10	As funções dos membros não são remuneradas. Contudo, as despesas de deslocação ou de estadia ocasionadas pelas suas funções podem ser reembolsadas desde que justificadas.
<i>Parágrafo 2</i>	<i>O “bureau” executivo</i>
Artigo 11	É constituído no seio do CA um “bureau” executivo que compreende um presidente, um vice-presidente, um tesoureiro, um tesoureiro-adjunto, um secretário e um secretário-adjunto.
Artigo 12	O presidente e os membros do “bureau” executivo são eleitos todos os anos pelo CA no decurso da primeira reunião que se segue à AG anual.

<i>Parágrafo 3</i>	<i>A assembleia-geral (AG)</i>
Artigo 13	Os aderentes reúnem-se em AG uma vez por ano por ano por convocação do CA. Em caso de urgência, o presidente pode convocar uma AG extraordinária. A ordem do dia é fixada pelo CA e deve ser comunicada aos aderentes em simultâneo com a convocação.
Artigo 14	Para deliberar de forma válida, a AG deve ser composta pelo menos por um quarto dos aderentes. As decisões são tomadas por maioria simples dos aderentes presentes. Contudo, a maioria requerida é de dois terços dos aderentes presentes, quando as decisões são relativas à modificação dos estatutos, à fusão da mutualidade com outro agrupamento, à modificação dos seus serviços, à aquisição de imóveis para a instalação dos seus serviços e das suas acções sociais.
<i>Secção 2</i>	<i>As atribuições dos diferentes órgãos da mutualidade</i>
<i>Parágrafo 1</i>	<i>A assembleia-geral</i>
Artigo 15	A AG delibera sobre os relatórios que lhe são apresentados e toma resolução sobre as questões que lhe são submetidas pelo CA. Pronuncia-se sobre o relatório de actividades e a apreciação da gestão financeira do CA. A AG é a única competente para: ● eleger os membros do CA; ● decidir quanto à modificação dos estatutos; ● estabelecer e modificar o regulamento interno; ● pronunciar-se sobre a fusão, cisão ou dissolução da mutualidade; ● decidir sobre a aquisição, a construção ou a adaptação de imóveis para instalação dos seus serviços ou das suas obras sociais; ● decidir quanto à venda desses imóveis.
<i>Parágrafo 2</i>	<i>O conselho de administração</i>
Artigo 16	O CA dispõe, para a administração e a gestão da mutualidade, de todos os poderes que não estão expressamente reservados à AG pelos presentes estatutos.
Artigo 17	O conselho pode delegar, sob a sua responsabilidade e o seu controle, uma parte dos seus poderes seja ao “bureau” executivo, seja ao presidente, seja a uma ou várias comissões temporárias cujos membros são escolhidos entre os administradores.
<i>Parágrafo 3</i>	<i>O presidente, o secretário e o tesoureiro</i>
Artigo 18	O presidente zela pela regularidade do funcionamento da mutualidade, em conformidade com os estatutos. Preside às reuniões do CA e às assembleias gerais nas quais assegura a ordem e as políticas. Assina todos os actos e deliberações e representa a mutualidade na justiça e em todos os actos da vida civil. O vice-presidente secunda o presidente, e no caso de impedimento deste, substitui-o com os mesmos poderes e em todas as suas funções.
Artigo 19	O secretário é encarregado das convocações, a redacção das actas, da correspondência, da conservação dos arquivos assim como da escrituração dos documentos de registo das adesões. O secretário adjunto secunda o secretário e, no caso de impedimento deste, substitui-o com os mesmos poderes e em todas as suas funções.

Artigo 20 O tesoureiro deposita em caixa as receitas e realiza os pagamentos. Escritura os livros da contabilidade e os registos de quotizações e das prestações. É responsável pelos fundos. O tesoureiro adjunto secunda o tesoureiro e, no caso de impedimento deste, substitui-o com os mesmos poderes e em todas as suas funções.

Secção 3 *A comissão de supervisão (CS)*

Artigo 21 Em cada ano é eleita pela AG uma CS entre os aderentes não administradores. É constituído por três membros assistidos pelo contabilista do sindicato dos proprietários de ciclo-táxis de Kenlodar. Verifica a regularidade das operações contabilísticas, controla a escrituração da contabilidade, a caixa e as contas bancárias. Os resultados dos seus trabalhos são consignados num relatório escrito, comunicado ao presidente do CA, antes da AG e apresentado a esta. Este relatório é anexado à acta da AG.

Secção 4 *Disposições diversas*

Artigo 22 Qualquer discussão política, sindical, religiosa ou estranha aos fins da mutualidade é interdita nas reuniões do CA, da AG, do “bureau” executivo e das diferentes comissões.

Capítulo 4 *Organização financeira*

Artigo 23 As receitas da mutualidade são constituídas por:

- direitos de adesão e quotizações dos aderentes;
- doações e legados;
- subvenções acordadas com a mutualidade por estruturas privadas ou públicas;
- rendimentos dos fundos empregues ou depositados;
- produtos de festas, de colectas, etc., organizadas em proveito da mutualidade;
- multas.

Artigo 24 As despesas compreendem:

- as prestações acordadas com os beneficiários;
- os encargos com a gestão;
- os encargos requeridos pela organização e gestão das obras e dos serviços sociais, eventualmente criados pela mutualidade.

Artigo 25 Os excedentes anuais são afectados em cerca de 50% na constituição de um fundo de reserva. Esta antecipação deixa de ser obrigatória quando o montante dos fundos de reserva atinge o equivalente a 9 meses de despesas totais da mutualidade efectuadas durante o precedente ano.

Titulo 2 *Obrigações para com a mutualidade*

Capítulo 1 *Direito de adesão*

Artigo 26 Os aderentes pagam um direito de adesão ao entrarem para a mutualidade. Este direito é pago quando da inscrição do aderente e das pessoas a seu cargo.

Capítulo 2 Quotização

Artigo 27 Os aderentes participantes e associados obrigam-se a pagar uma quotização mensal. Esta soma é afectada à cobertura das prestações asseguradas directamente pela mutualidade.

Título 3 Obrigações da mutualidade

Artigo 28 A mutualidade comparticipa com uma parte das despesas de saúde dos seus beneficiários nas formações médicas com relação contratual com ela e em conformidade com as condições fixadas no regulamento interno.

Artigo 29 Os aderentes com mais de três meses de atraso no pagamento das suas quotizações não podem beneficiar daquelas prestações.

Artigo 30 O regulamento interno precisa as modalidades de comparticipação nas despesas de saúde dos beneficiários da mutualidade.

Título 4 Disposições diversas

Capítulo 1 Adesão às uniões

Artigo 31 A mutualidade pode aderir a uma ou a várias uniões, em tal circunstância a decisão pertence à AG. O CA elege, entre os aderentes, os delegados que representam a mutualidade na AG de cada uma daquelas uniões. O número e a duração do mandato destes delegados são determinados pelos estatutos dessas organizações.

Capítulo 2 Regulamento interno, política e disciplina

Artigo 32 Um regulamento interno, estabelecido pelo CA e aprovado pela AG, determina as condições de aplicação dos presentes estatutos. Apenas a AG pode alterar os estatutos sob proposta do CA. Todos os aderentes são obrigados a isso se submeterem tal como quanto aos estatutos.

Capítulo 3 Demissão, erradicação, exclusão

Artigo 33 Qualquer aderente pode deixar a mutualidade apresentando a sua demissão ao CA.

Artigo 34 São erradicados os aderentes que já não preencham as condições às quais os presentes estatutos subordinam a adesão. A sua erradicação é decidida pelo CA.

Artigo 35 São igualmente erradicados os aderentes que não tenham pago as quotizações durante seis meses.

A erradicação é precedida por uma intimação por escrito desde a expiração do prazo fixado na precedente alínea deste artigo. A erradicação pode ser determinada se o aderente não responder a essa intimação num prazo de 15 dias.

Pode ser acordada pelo CA com um aderente uma prorrogação quando haja prova de que circunstâncias independentes da sua vontade o impediram de efectuar o pagamento das suas quotizações.

Artigo 36	Podem ser excluídos da mutualidade: ● os aderentes cuja conduta ou atitude é susceptível de conferir um prejuízo moral à mutualidade; ● os aderentes que tenham causado aos interesses da mutualidade um prejuízo voluntário e devidamente constatado (fraude, furto, etc.). A exclusão é determinada pelo CA. Apenas se torna definitiva após ter sido homologada pela AG seguinte à notificação do excluído. O aderente, cuja exclusão foi determinada pelo CA, tem o direito, a seu pedido, de ser ouvido pela AG e de apresentar os seus meios de defesa.
Artigo 37	A demissão, a erradicação e a exclusão não conferem direito ao reembolso das quotizações pagas.
Capítulo 4	<i>Modificação dos Estatutos, fusão, dissolução, liquidação.</i>
Artigo 38	Os Estatutos apenas podem ser modificados por proposta do CA. As modificações votadas na AG apenas entram em vigor após terem sido aprovadas pelo Ministério da Tutela das organizações mutualistas.
Artigo 39	A fusão da mutualidade com uma ou várias mutualidades é determinado na sequência das concordantes deliberações da AG da mutualidade e do CA da mutualidade absorvente. Torna-se definitiva após aprovação pelo Ministério da Tutela das organizações mutualistas.
Artigo 40	A dissolução voluntária da mutualidade apenas pode ser determinada numa AG extraordinária. Esta Assembleia deve reunir a maioria dos aderentes e a decisão deve ser votada pela maioria de dois terços dos aderentes presentes.

3.2 O regulamento interno

O Regulamento Interno complementa os Estatutos e precisa um certo número de disposições relativas ao funcionamento prático da mutualidade.

O Regulamento Interno não é um documento necessário ao reconhecimento oficial da mutualidade. É, como o seu nome indica, um documento interno da mutualidade que expõe e detalha as suas regras da organização e do funcionamento. Constitui, assim, um documento de referência para fixar as responsabilidades de todos os titulares dos órgãos, assegurar a boa gestão e o domínio das actividades.

O conteúdo do regulamento interno	O Regulamento Interno contém todas as cláusulas que precisam as modalidades de funcionamento da mutualidade e que não constam nos Estatutos. Essas cláusulas devem estar em conformidade com os Estatutos. O Regulamento Interno geralmente contém precisões sobre: ✓ as modalidades práticas de adesão; ✓ as modalidades de reunião do CA e da CE, assim como os procedimentos das AG (redacção das convocatórias, actas, etc.); ✓ as regras relativas às eleições dos titulares dos diferentes órgãos (apresentação das candidaturas, voto, etc.);
-----------------------------------	--

- ✓ as modalidades de pagamento das quotizações;
- ✓ as modalidades de pagamento ou de reembolso das prestações;
- ✓ os procedimentos contabilísticos e financeiros (escrituração dos documentos, peças justificativas, relatórios, segurança dos fundos, acompanhamento, etc.).

O Regulamento Interno tem o mesmo carácter obrigatório que os Estatutos, contudo com a condição de que o seu estabelecimento tenha sido previsto nestes últimos e que os aderentes conheçam o seu conteúdo.

Exemplo

REGULAMENTO INTERNO DA MUTUALIDADE DOS PROPRIETÁRIOS DE CICLO-TÁXIS DE KENLÓDAR

Título 1 Disposições gerais

Capítulo 1 Formação e objectivos da mutualidade

Artigo 1 A mutualidade dos proprietários do ciclo-taxis de Kenlodar tem por objectivos promover a previdência, a entre-ajuda e a solidariedade, face aos riscos de doença e favorecer a protecção da infância e da família.

Artigo 2 O presente Regulamento Interno complementa os Estatutos da mutualidade dos proprietários de ciclo-taxis de Kenlodar. Todos os aderentes se obrigam a observá-lo, tal como quanto aos Estatutos.

Capítulo 2 Composição da mutualidade e condições de admissão

Artigo 3 A mutualidade é composta por aderentes participantes e aderentes associados.

- O estatuto de aderente participante está reservado aos proprietários de ciclo-taxis que beneficiam de licença passada pela sub-prefeitura de Kenlogar. Para aderir, cada proprietário de ciclo-taxis deve apresentar-se na sede da mutualidade (edifício do sindicato dos proprietários de ciclo-taxis, centro artesanal de Kenlodar), no horário de abertura, munido da sua licença da subprefeitura, a fim de preencher um formulário de pedido de adesão.
- O estatuto de aderente associado está reservado aos cônjuges ou aos filhos com mais de 18 anos dos proprietários de ciclo-taxis falecidos, com a condição de que estes tenham beneficiado do estatuto de aderente participante. Para beneficiar desta adesão, o membro da família deve apresentar-se no escritório da mutualidade no mês seguinte ao falecimento do proprietário de ciclo-taxis, a fim de formular a sua intenção de prolongar a adesão do beneficiário às pessoas a seu cargo.

Artigo 4 São possíveis as adesões durante todo o ano.

Artigo 5 A adesão de qualquer novo aderente é decidida pelo “bureau” executivo da mutualidade na reunião seguinte à recepção do formulário de adesão devidamente preenchido. Seguidamente, é preenchida uma ficha de adesão pelo Secretário da mutualidade e o aderente deve liquidar o seu direito de adesão e a sua primeira quotização.

As novas adesões são ratificadas pelo CA antes do final do período de observação, cuja duração é fixada no artigo 17 deste Regulamento. Se a adesão é recusada

pelo Conselho, o direito de adesão e a ou as primeiras quotizações são reembolsadas ao candidato. Se o Conselho não se pronunciou antes do final do período de observação, a adesão é obrigatoriamente aprovada.

Capítulo 3 *Administração*

Artigo 6 As eleições dos membros dos órgãos efectuem-se pelo sistema de braço levantado.

Artigo 7 O "bureau" executivo da mutualidade reúne-se na primeira sexta-feira de cada mês, com excepção das sextas-feiras que se situem entre os dias 1 e 5 do mês. Neste caso, a reunião tem lugar na segunda sexta-feira do mês. Cada reunião é objecto de uma acta redigida e arquivada pelo Secretário.

Artigo 8 O CA reúne em cada trimestre sob convocatória do Presidente. Esta convocatória precisa a data e a hora da reunião, assim como a ordem do dia.

Cada reunião é objecto de uma acta redigida e arquivada pelo Secretário.

Artigo 9 A AG reúne uma vez por ano sob convocatória do CA. A convocatória para a AG é afixada na sede da mutualidade, assim como no painel de afixação do edifício do sindicato e na entrada do centro artesanal com a antecedência de, pelo menos, quinze dias. Esta convocatória deve apresentar a ordem do dia da AG.

Qualquer aderente pode pedir a inscrição de um assunto no quadro dos assuntos diversos, durante o intervalo de tempo entre a afixação da convocatória e a realização da AG.

Capítulo 4 *Funcionamento*

Artigo 10 O "bureau" executivo assegura a gestão quotidiana da mutualidade. Dispõe de um local na sede do sindicato dos proprietários de ciclo-táxis de Kenlodar e assegura uma permanência (de 15 a 17 horas) de segunda-feira a sexta-feira. Devem estar presentes nesta permanência o Secretário e o Tesoureiro ou os seus adjuntos.

Artigo 11 O Secretário é encarregado da gestão das adesões. Ajuda os candidatos a preencher os formulários de pedido de adesão. Logo que as adesões sejam admitidas pelo "bureau" executivo, preenche a ficha de adesão e actualiza o registo de adesão.

Artigo 12 O Tesoureiro deposita em caixa os direitos de adesão e quotizações, mantém actualizado o registo de quotizações e o registo das prestações, assim como os documentos contabilísticos da mutualidade.

Artigo 13 Um manual de procedimentos descreve com precisão o conjunto dos procedimentos ligados à gestão das adesões, das quotizações e das prestações. Este manual complementa o presente Regulamento Interno e os membros do "bureau" executivo obrigam-se a respeitá-lo.

Capítulo 5 *Organização financeira*

Artigo 14 O Tesoureiro não pode conservar em caixa mais de 50.000 UM¹³. É encarregado, com o seu adjunto, do depósito dos fundos nas contas bancárias da mutualidade.

13 UM = Unidade Monetária

Artigo 15 Os levantamentos de fundos são operados com as assinaturas conjuntas do Tesoureiro ou Tesoureiro Adjunto e do Presidente ou do Vice-Presidente.

Título 2 Obrigações para com a mutualidade

Artigo 16 Cada novo aderente obriga-se a pagar o direito de adesão, assim como a primeira quotização para ser registado e receber um cartão de aderente. O direito de adesão eleva-se a 500 UM.

Artigo 17 O montante da quotização mensal é fixado em 300 UM. Após o pagamento da primeira quotização, o novo aderente assim, como as pessoas a seu cargo, são submetidos a um período de observação de três meses, durante os quais o aderente deve pagar as suas quotizações mensais sem beneficiar das vantagens da mutualidade.

Artigo 18 O direito de adesão e a quotização são entregues na sede da mutualidade.

Artigo 19 As quotizações mensais devem ser entregues antes do dia 15 de cada mês. Os aderentes que o desejem podem pagar numa única vez as suas quotizações para um trimestre, um semestre ou um ano.

Título 3 Obrigações da mutualidade

Artigo 20 As pessoas que figuram no registo de adesão ou nas fichas de adesão, e que têm as suas quotizações em dia, têm direito às prestações da mutualidade.

Artigo 21 A mutualidade comparticipa com:

- 50% das despesas de saúde (actos e medicamentos) em consultas e cuidados ambulatoriais dos beneficiários nas formações sanitárias que têm acordo com o sindicato dos proprietários de ciclo-táxis de Kenlodar. Esta comparticipação efectua-se sob a forma de reembolso dos aderentes, mediante a apresentação de facturas das formações sanitárias. Consoante o contrato celebrado com a mutualidade, os aderentes e as pessoas a seu cargo beneficiam de uma redução de 10% sobre as tarifas desses centros;
- 100% das despesas com consulta pré-natal e maternidade nas mesmas formações sanitárias. Consoante o contrato celebrado com a mutualidade, esta aplica o sistema de pagamento por terceiro pagador para a totalidade do montante;
- 80% das despesas com internamentos e cirurgia (actos e medicamentos dispensados pelo hospital) no Hospital Civil de Kendolar. Consoante o contrato celebrado com a mutualidade, este aplica o sistema de terceiro pagador sob a forma de pagamento no acto.

Título 4 Disposições diversas

Artigo 22 A mutualidade pode celebrar qualquer contrato ou acordo que permita melhorar a acção de previdência. Estes acordos são negociáveis pelo CA, ratificados pela AG e assinados pelo Presidente.

Artigo 23 Apenas a AG pode introduzir modificações ao presente Regulamento Interno. Não obstante, o CA pode introduzir modificações de aplicação imediata, sob reserva da sua ratificação pela AG seguinte.

3.3 A elaboração dos Estatutos e do Regulamento Interno

A redacção e a adopção dos Estatutos e do Regulamento Interno constituem o resultado do processo de implementação da mutualidade. Contudo, não se trata de documentos “congelados”. Com efeito, podem evoluir em função da experiência adquirida pela mutualidade e da sua adaptação à evolução do contexto.

A elaboração dos Estatutos e do Regulamento Interno efectua-se, geralmente, em várias etapas.

1. No final do processo da criação da mutualidade os seus promotores realizam uma síntese de todas as regras de organização e de funcionamento que foram determinadas e elaboram um projecto de Estatutos e de regulamentação interna em conformidade com as disposições legais (Estatutos-tipo, em particular).
2. Aquando da AG constituinte, esses projectos são apresentados aos participantes que deverão adoptá-los, após debates e eventuais modificações.
3. Esta adopção permite a constituição dos órgãos, a eleição dos diferentes responsáveis, o reconhecimento jurídico da mutualidade e o arranque das suas actividades.
4. No decurso da sua existência, a mutualidade pode ser levada a alterar os Estatutos e o Regulamento Interno.
 - ✓ Os estatutos não podem ser modificados senão em AG, sob proposta do CA, o que por vezes requer a convocação de uma AG extraordinária no ano corrente.
 - ✓ O CA pode introduzir modificações no Regulamento Interno no ano corrente e aplicá-las imediatamente, sob reserva da sua ratificação numa AG ordinária.

Os Estatutos e o Regulamento Interno não devem paralisar nem a organização nem o funcionamento da mutualidade. Pelo contrário, devem prever a sua evolução e adaptar-se a esta.

4 A organização das reuniões

Os diferentes órgãos de uma mutualidade são levados a reunir-se regularmente, para, entre outras:

- assegurar a execução e o acompanhamento das actividades da mutualidade;
- analisar o funcionamento, discutir problemas e propor soluções;
- tomar decisões;
- difundir informação referente ao funcionamento da mutualidade;
- renovar os membros dos órgãos.

Essas reuniões pautam a vida da mutualidade, assim como a sua evolução. Reunião após reunião, a mutualidade adquire maior experiência e complementa ou afina as suas regras de organização e funcionamento.

A frequência das reuniões é antecipadamente programada e prevista nos Estatutos ou no Regulamento Interno. Esta frequência difere consoante os órgãos. Geralmente, ela é :

- anual para a AG;
- trimestral ou mensal para o CA;
- mensal ou menos para a CE.

Contudo, situações excepcionais podem requerer a realização de reuniões extraordinárias. Não é preciso cair em excessos, pois demasiadas reuniões arriscam, a prazo, a desmotivação dos intervenientes e a redução da eficácia.

4.1 A preparação e o desenrolar das reuniões

Distinguem-se dois tipos de reuniões:

- as AG;
- as reuniões do CA e da CE.

A Assembleia Geral

A AG é uma reunião de todos os aderentes da mutualidade. Trata-se de um evento “pesado” que habitualmente requer um importante trabalho de organização. É preciso lembrar que em função da estruturação da mutualidade, a AG pode ser decomposta em várias assembleias organizadas a diferentes níveis. Neste caso representado, a AG, ao nível de cada estrutura de base (por exemplo ao nível da aldeia) é constituída pelos aderentes que residam a esse nível.

As AG dos outros níveis de estruturação (região, país) são constituídas por delegados eleitos pelos níveis inferiores (delegados de aldeia, regionais, etc.).

É duplo o objectivo de uma AG: por um lado, implicar os aderentes na gestão da mutualidade e, por outro, definir a sua política geral.

Para preencher estes objectivos, a AG deve permitir:

- ✓ informar os aderentes sobre o funcionamento da mutualidade;
- ✓ apresentar e discutir os resultados do exercício terminado;
- ✓ apresentar e discutir propostas do CA para o próximo exercício;
- ✓ adoptar um programa de acção para o próximo exercício.

Estes diferentes pontos constituem a ordem do dia da AG ordinária, aos quais podem ser acrescentados assuntos propostos pelos aderentes ou por parceiros externos.

Um preliminar importante para a realização de uma AG é a convocatória dos aderentes para os informar da data, do local, e da ordem do dia da reunião. Esta reunião deve ser difundida com suficiente antecipação, a fim de permitir aos aderentes a sua participa-

ção na Assembleia. Esta difusão pode ser efectuada de diferentes modos:

- ✓ por convocatórias individuais;
- ✓ por anúncios afixados em locais antecipadamente determinados e conhecidos dos aderentes;
- ✓ por mensagens nos órgãos de comunicação locais (rádios, jornais, etc.);
- ✓ através das autoridades locais, das instituições religiosas, etc.

Exemplo

A mutualidade Espoir organiza a sua terceira AG. Para convidar os seus aderentes a tomarem parte, ela afixa em todos os lugares públicos a seguinte convocatória:

Mutualidade de saúde

ESPOIR

CONVOCATÓRIA

A terceira Assembleia Geral da Mutualidade de saúde ESPOIR terá lugar na sala de reuniões do Centro Social de MOGO, Domingo 5 de Janeiro de 2003, a partir das 9h00 e terminará às 13h00, salvo qualquer imprevisto.

A ordem do dia será a seguinte:

1. Adopção da acta da última Assembleia-Geral
2. Balanço de actividades e financeiro do ano 2002
 - Relatório do Presidente
 - Discussão
- 3-Relatório dos verificadores de contas. Adopção
- 4-Programa para 2003
 - Relatório do Presidente
 - Discussão
 - Votação do orçamento
5. Apresentação pelo médico-chefe do distrito de um projecto de colaboração com a Mutualidade de saúde ESPOIR no quadro da Protecção maternal e infantil.
 - Discussões
6. Propostas diversas

A assembleia-geral será seguida por uma festa de aldeia animada pela orquestra da Associação dos jovens de MOGO.

São esperados todos os aderentes.

O Presidente
Issiaka Mandé



As discussões e as decisões tomadas numa AG são fundamentais, pois elas determinam as orientações e o desenvolvimento da mutualidade. Por esta razão, são consignadas numa acta redigida por um Relator (geralmente, o Secretário da mutualidade).

A acta é o resultado oficial da AG. Deve conter:

- ✓ o título da assembleia (Xª AG da mutualidade...), o local e a data;
- ✓ a hora de abertura e a de encerramento;
- ✓ a lista dos participantes (mandatados, ausentes justificados, quorum);
- ✓ o resumo dos pontos abordados, respeitando a ordem do dia;
- ✓ o registo detalhado das decisões tomadas (administrativas, relativas às actividades, financeiras e diversas);

- ✓ os pontos previstos mas não abordados;
- ✓ a assinatura do Relator e a do Presidente.

Estas actas são conservadas pelo Secretário e constituem a memória da mutualidade.

As reuniões dos outros órgãos da mutualidade

As reuniões do CA e da CE são menos complexas de organizar do que as AG. São mais frequentes, por necessárias à gestão corrente da mutualidade.

Por regra, estas reuniões não dão lugar a um envio de convocatórias. A frequência das reuniões, até mesmo os dias de reunião (exemplo: o primeiro Sábado de cada mês), e a ordem do dia são muitas vezes fixados pelo Regulamento Interno.

Estas reuniões dão lugar ao estabelecimento de actas cujo modelo pode ser mais simples que o das AG.

Exemplo

A CE de uma mutualidade reúne todos os meses a fim de fazer o ponto da gestão corrente da associação.

No final de cada reunião, o Secretário redige uma acta. O exemplo seguinte é o da reunião do mês de Junho de 2002.

Acta

Em 10 Junho do Ano 2002 realizou-se no Escritório da mutualidade

a reunião da Comissão da mutualidade

A ordem do dia foi a seguinte :

1. Resultado das quotizações colectadas no mês apresentado pelo Tesoureiro.
2. Resultados dos movimentos de aderentes e de beneficiários do mês apresentado pelo secretário.
3. Conferência das facturas e dos atestados de cuidados de mês de Maio.
4. Actualização dos quadros de acompanhamento mensal e do "painel de bordo".
5. Resultados das discussões com o médico – chefe regional relativas ao comportamento do enfermeiro do dispensário.
6. Questões pelo Presidente.

Número de presenças: 5 Ausências justificadas: 1 Ausências não justificadas: 0

Foram tomadas as seguintes decisões:

- | | |
|---|--|
| 1. O montante da factura do hospital será pago pelo tesoureiro em 15 de Janeiro. | 4. O tesoureiro depositará 150.000 UM da caixa na conta bancária da mutualidade. |
| 2. O dispensário será pago após controle com o médico - chefe regional. | 5. A próxima reunião da comissão terá lugar em 5 de Julho, no mesmo local, à mesma hora. |
| 3. O secretário foi encarregado de recuperar o atestado de cuidados em falta da família n.º 10. | |

Iniciada à 09h00

A sessão terminou às 11h00

Iniciada às:



A sessão terminou às:



4.2 O acompanhamento das reuniões

O acompanhamento das reuniões é uma actividade que incumbe à CS ou, em seu lugar, à AG, através de um relatório anual. Este acompanhamento justifica-se pela importância dessas reuniões e permite medir a vitalidade da mutualidade.

Os indicadores utilizados para este acompanhamento são, essencialmente:

- o número de reuniões realizadas por cada órgão;
- a frequência destas reuniões em relação às disposições estatutárias e regulamentares;
- o número de participantes e a taxa de participação nas reuniões;
- a produção de actas.

Paralelamente a estes indicadores, a tomada de decisões deve igualmente ser verificada, assim como a aplicação dessas decisões. A realização de reuniões estéreis ou sem acompanhamento é igualmente sintomática de um mau funcionamento dos órgãos.

Trata-se, contudo, de um acompanhamento dificilmente quantificável e que depende mais do controlo interno (ver parte 7, capítulo 1 : O controlo interno).

Exemplo

A CS de uma mutualidade de saúde realiza todos os meses um acompanhamento das reuniões dos outros órgãos. O quadro de acompanhamento utilizado para o ano de 2002 apresenta-se do seguinte modo:

Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	To- tal	Nor- mas
AG	1												1	1
AG extraordinária														
Taxa de participação nas AG (A)	75%													
Reuniões do CA			1			1			1			1	4	4
Taxa de participação nas reuniões do CA (B)			90%			100%			95%			100%		
Reuniões da CE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12
Taxa de participação nas reuniões da CE (C)	83%	100%	83%	100%	100%	100%	100%	100%	83%	67%	67%	67%		

Notas

A. Número de participantes na AG / número de aderentes.

B. Número de participantes nas reuniões / número de membros do CA.

C. Número de participantes nas reuniões / número de membros da CE.

A partir do mês de Setembro, um desentendimento entre alguns membros da CE, em número de seis, provocou a demissão de dois deles. A CE e o CA decidiram aguardar a próxima AG, a fim de substituir esses membros demissionários.

Parte 3

**A gestão
das adesões,
das quotizações
e das prestações**

A gestão das adesões, das quotizações e das prestações reagrupa tarefas e funções essenciais ao funcionamento da mutualidade. Neste domínio, esta deve fazer uso das ferramentas de gestão adaptadas às suas características. Esta parte apresenta, para esse efeito, as definições, mecanismos, documentos e procedimentos ligados a esta área de gestão. Compreende quatro capítulos.

Capítulo 1 A gestão das adesões

Este primeiro capítulo descreve as modalidades de adesão a uma mutualidade de saúde e fornece algumas definições de base nesta área. A gestão das adesões necessita do recurso a vários documentos, que são apresentados neste capítulo, assim como as suas regras de utilização a título ilustrativo. Esta utilização na prática dependerá da forma de organização e de funcionamento de cada mutualidade. O controlo e o acompanhamento das adesões são igualmente descritos, assim como as correspondentes ferramentas.

Capítulo 2 A gestão das quotizações

Este segundo capítulo está organizado segundo a mesma lógica do precedente. Descreve as modalidades de aplicação da taxa de quotização e fornece algumas definições de base. Descreve, igualmente, os documentos utilizados mais frequentemente nas mutualidades, na área de gestão das quotizações e as suas regras de utilização. Também aqui será necessário ter em conta o facto de que na prática, o tipo de documentos a utilizar dependerá da forma de organização e do funcionamento de cada mutualidade. O controlo e o acompanhamento das quotizações são descritos na última secção, assim como as correspondentes ferramentas.

Capítulo 3 A gestão das prestações

Este capítulo trata da terceira grande área de gestão do seguro de saúde, a gestão das prestações. Descreve, em particular, as modalidades de recurso aos serviços de saúde, o controlo dos direitos às prestações, assim como a facturação e o controlo dos prestadores. As principais ferramentas de gestão das prestações são igualmente descritas e ilustradas. Competirá à mutualidade determinar os documentos a utilizar em função das suas próprias características. Uma última secção trata do controlo dos registos e do acompanhamento das prestações saúde, assim como das correspondentes ferramentas.

Capítulo 4 Os procedimentos de gestão das adesões, das quotizações e das prestações

Este último capítulo liga as áreas de gestão, estudadas separadamente nos capítulos precedentes, a fim de colocar em evidência as suas inter-relações. São apresentados diferentes procedimentos, consoante a forma de organização da mutualidade. Finalmente, ele faz referência ao manual de procedimentos.



A gestão das adesões

A gestão das adesões desempenha um importante papel que ultrapassa o simples registo dos aderentes e das pessoas a seu cargo. Alimenta as outras áreas de gestão (gestão financeira, gestão dos riscos, controlo, acompanhamento e avaliação) com dados e informações relativas aos beneficiários da mutualidade.

A gestão das adesões consiste, especialmente em:

- registar todas as informações relativas à população coberta pela mutualidade
 - ✓ inscrição dos novos aderentes e das pessoas a seu cargo;
 - ✓ registo dos movimentos de beneficiários (entradas e saídas);
- fornecer as informações necessárias à escrituração do “painel de bordo” da mutualidade
 - ✓ actualização precisa e permanente do número de aderentes e de beneficiários necessários para o cálculo de certos indicadores do “painel de bordo” da mutualidade (taxa de penetração, taxa de utilização dos serviços de saúde ,etc.);
 - ✓ registo das informações sobre os beneficiários úteis ao acompanhamento e à avaliação da mutualidade (repartição dos beneficiários por classes de idades, sexo, etc.);
- limitar certos riscos ligados ao seguro (selecção adversa, risco moral, fraudes e abusos) pela realização de actividades específicas
 - ✓ entrega e verificação dos cartões de aderentes;
 - ✓ verificação do respeito pelos períodos de observação;
 - ✓ produção de informações necessárias ao controlo dos direitos às prestações.

A questão das adesões assenta em documentos e procedimentos que devem ser definidos com precisão. Está estreitamente ligada às modalidades de adesão adoptadas pela mutualidade.

Algumas definições¹⁴

O aderente também chamado “membro” ou “titular”

O aderente é a pessoa que adere à mutualidade de saúde, isto é, que paga um direito de adesão, compromete-se a respeitar os textos que regem o funcionamento e, portanto, entre outros, a pagar regularmente as suas quotizações. O aderente pode abrir o direito às prestações da mutualidade a um certo número de pessoas que dele dependem directamente e que são chamadas pessoas a cargo.

As pessoas a cargo

Frequentemente, certos membros da família do aderente podem beneficiar das prestações da mutualidade. Consoante as regras definidas por esta, pode tratar-se especialmente:

14 Estas definições são tiradas do Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros, BIT / STEP, CIDR, Genève, 2001.

- do cônjuge;
- dos filhos até uma certa idade;
- de pais ou outras pessoas a cargo permanente do aderente.

Os beneficiários

Os beneficiários são indivíduos, aderentes e pessoas a cargo, que beneficiam dos serviços da mutualidade de saúde.

A unidade de base de adesão

A unidade de base de adesão, isto é, a mais pequena unidade abaixo da qual não é possível aderir, pode variar consoante as mutualidades. Pode tratar-se de:

- o indivíduo: cada pessoa adere individualmente à mutualidade;
- a família: o aderente entra na mutualidade com todos os membros da sua família. Os critérios que definem a família e a condição de “pessoa a cargo” são antecipadamente fixados;
- um grupo de indivíduos: a população de uma aldeia, o pessoal de uma empresa, os membros de um agrupamento, etc. Neste caso, os membros da aldeia, da empresa ou do agrupamento adere na qualidade de grupo.

O período de adesão

Trata-se do período durante o qual é possível a adesão à mutualidade. Distingue-se duas categorias de período de adesão:

- O período aberto de adesão. As novas adesões são possíveis em qualquer momento do ano;
- o período fechado de adesão; as novas adesões não são possíveis senão durante um ou dois precisos períodos de entrada de receitas do público-alvo (especialmente quando a quotização é anual).

1.1 As modalidades de adesão

Esquemáticamente, a adesão passa por várias etapas. Segue muitas vezes o processo abaixo.

1. O pedido de adesão

Qualquer pessoa interessada em aderir à mutualidade deve expressar, verbalmente ou por escrito, a sua vontade de aderir e o seu comprometimento pelo respeito dos Estatutos e do Regulamento Interno.

2. O pagamento de um direito de adesão e da quotização

Quando o pedido de adesão é aceite pela mutualidade, a pessoa geralmente entrega um direito de adesão e a sua primeira quotização. Torna-se, assim, aderente.

3. A inscrição do aderente e das pessoas a seu cargo

O aderente é imediatamente inscrito no registo de adesão. É preenchida uma ficha de adesão com todas as informações necessárias sobre o aderente e as pessoas a seu cargo, pelas quais ele quotizará. No momento da inscrição no registo de adesão, é atribuído ao aderente um número de código, assim como a cada uma das pessoas a cargo.

4. A entrega do cartão de aderente e o respeito pelo período de observação

Após o pagamento da quotização e do direito de adesão, a mutualidade entrega ao novo aderente um cartão de aderente. Este cartão indica, entre outros, o período após o qual se inicia o direito do aderente às prestações. Este período é chamado período de observação, período de espera ou ainda estágio. Durante este período, qualquer novo aderente paga as suas quotizações mas não beneficia dos direitos às prestações da mutualidade. A introdução do período de observação constitui um meio de luta contra o risco de selecção adversa (ver parte 6, capítulo 1).

O direito de adesão

O direito de adesão é um montante pago por qualquer novo aderente aquando da sua inscrição na mutualidade. Este montante é fixado pela AG, que pode modificá-lo periodicamente. Geralmente, trata-se de um montante limitado, independentemente da dimensão da família ou de outra característica do aderente.

O direito de adesão é mais frequentemente utilizado para:

- ✓ cobrir os encargos inerentes à inscrição (despesas de impressão dos documentos, etc.). Neste caso, pode ser substituído pela venda do cartão de aderente, melhor aceite pelos aderentes;
- ✓ financiar os primeiros encargos de funcionamento da mutualidade, aguardando que os aderentes paguem as suas quotizações. O pagamento do direito de adesão, para os aderentes que entrarão na mutualidade no decurso de exercícios futuros, justifica-se mesmo assim, por razão do princípio de igualdade entre aderentes.

O direito de adesão geralmente é pago de uma só vez, aquando da entrada do aderente na mutualidade e não é renovável.

São possíveis duas excepções:

- ✓ quando o direito de adesão é substituído pela venda do cartão de aderente, este deve ser rasgado a cada renovação (especialmente no caso de perda, desgaste e de modificações a introduzir);
- ✓ algumas mutualidades prevêm fazer pagar de novo o direito de adesão quando um aderente deixa de pagar as suas quotizações, para retomar os pagamentos após um dado período.

1.2 Os documentos

Os documentos relativos às adesões e às quotizações actualmente utilizados pelas organizações mutualistas são de uma grande diversidade.

Qualquer que seja a sua apresentação, estes documentos devem permitir o registo individual de cada aderente e das pessoas a cargo, o acompanhamento global do número de aderentes, de pessoas a cargo e de beneficiários. No caso de sistemas de terceiro pagador, estes documentos devem, igualmente, permitir a identificação dos beneficiários pelos prestadores de cuidados. Um exemplo de organização do registo das adesões é dado mais adiante; são possíveis outras modalidades de registo (tipo de documentos e procedimentos).

- O registo individual de cada aderente e das pessoas a cargo
 Quando da inscrição, é preenchida para cada aderente uma ficha de adesão, igualmente chamada ficha de matrícula. Esta ficha reagrupa todas as informações úteis sobre o aderente e as pessoas a cargo (nome próprio, apelidos, idade, sexo, morada, etc.). Permite um acompanhamento individualizado de cada família e facilita os controlos.
- O acompanhamento global do número de aderentes, de pessoas a cargo e de beneficiários
 Trata-se de realizar uma contagem que permite à mutualidade dispor constantemente dos dados necessários à actualização do “painel de bordo”. Esta contagem assenta no registo de adesões (ou registo dos beneficiários) o que permite o contínuo registo das entradas e das saídas de aderentes e de pessoas a cargo e totaliza o preciso número de beneficiários. Os dados deste registo são sintetizados periodicamente num quadro de acompanhamento.
- A identificação dos beneficiários pelos prestadores de cuidados
 Os prestadores de cuidados têm necessidade de identificar, entre os seus pacientes, aqueles que estão cobertos pela mutualidade. Devem dispor, para estes últimos, das informações necessárias ao preenchimento dos documentos de participação. Isso constitui uma das funções do cartão de aderente.

A ficha de adesão

A ficha de adesão, igualmente chamada ficha de matrícula, é o documento que permite um registo e um acompanhamento individualizado de cada aderente e de cada uma das pessoas a cargo.

A utilização da ficha de adesão permite:

- ✓ conhecer a identidade de cada aderente e das pessoas a cargo;
- ✓ atribuir a cada beneficiário um número de código que permite a sua precisa identificação sem ter que utilizar o seu nome, garantindo assim uma confidencialidade dos documentos relativos às prestações de cuidados;
- ✓ dispor, em qualquer momento das informações necessárias ao acompanhamento das adesões (número de entradas e de saídas de beneficiários e motivos (nascimentos, mortes; etc.).

Apresentação

Uma ficha contém, no mínimo, as seguintes informações:

- ✓ o número da ficha, que é o da família, e representa o seu número de ordem de entrada na mutualidade. A ficha número 25 corresponde, por exemplo, à vigésima-quinta família a ser inscrita na mutualidade;
- ✓ a data de entrada do aderente na mutualidade (que geralmente corresponde ao dia de pagamento do direito de adesão);

- ✓ a identidade do aderente:
 - nome próprio, apelidos, data de nascimento, sexo;
 - número de código, eventualmente precedido do número da aldeia e/ou do agrupamento (consoante a estruturação da mutualidade);
 - morada (aldeia, bairro, etc.);
 - profissão;
- ✓ a identidade das pessoas a cargo
 - nome próprio, apelidos, data de nascimento e sexo de cada pessoa;
 - laço de parentesco de cada pessoa a cargo com o aderente (cônjuge, filho, etc.);
 - número de código.

O número de código

Um número de código (ou de identificação) é atribuído a cada beneficiário (aderentes e pessoas a cargo) quando da sua entrada na mutualidade. Cada número de código é único e corresponde a um preciso beneficiário. Permitirá identificar este último através dos diferentes documentos de gestão das prestações, sem ter que utilizar o seu nome. Esta técnica permite conservar uma certa confidencialidade: podem circular informações sobre cuidados recebidos por um beneficiário, por necessidade de acompanhamento ou de controlo, sem que apareça o nome da pessoa. Em caso de necessidade, especialmente para o controlo, a pessoa pode ser facilmente identificada, graças à sua ficha de adesão.

O número de código é concebido em função da organização da mutualidade.

- Uma mutualidade clássica pode compor códigos muito simples, tais como: número de aderente / número de beneficiário. Assim, o código 25 / 6 corresponde à sexta pessoa inscrita na família do vigésimo quinto aderente registado na mutualidade.
- Uma mutualidade estruturada em vários níveis deverá elaborar uma codificação um pouco mais complexa. Por exemplo, uma mutualidade que cubra várias aldeias concentrará um número identificador da aldeia ao próprio número do aderente e do beneficiário.

- ✓ Eventuais observações sobre a família: motivos de saída da mutualidade, etc.

Regras de utilização

- ✓ Quando uma mutualidade é subdividida em secções locais, as fichas de adesão são escrituradas e conservadas ao nível daquelas.
- ✓ A ficha de adesão é o primeiro documento preenchido quando um aderente se inscreve na mutualidade e paga a seu direito de adesão.
- ✓ No exercício corrente, qualquer nova pessoa a cargo declarada por um aderente é inscrito na ficha.
- ✓ Cada ficha é numerada, numa ordem cronológica.

- ✓ Quando um aderente se retira, o seu número de código não pode ser atribuído a um outro aderente que entrasse, por exemplo no mesmo momento. Se um aderente saí da mutualidade, a sua ficha é conservada com uma menção assinalando a sua retirada. Se ele decidir, após alguns meses ou anos, entrar de novo, retomará o seu número de código e a ficha é actualizada. Esta regra permite evitar confusões em matéria de controlo.
- ✓ Quando um aderente se retira, o motivo da sua partida deve ser inscrito numa rubrica “Observações”. Acontece o mesmo para qualquer entrada ou saída de um outro beneficiário no seio de uma família (nascimento, morte, casamento, idade limite de uma pessoa a cargo, etc.).

Exemplo

A mutualidade Espoir foi criada pela federação dos agrupamentos femininos de uma aldeia. A fim de cobrir toda a aldeia, a mutualidade organizou os seus aderentes em agrupamentos mutualistas de bairro

Agrupamentos mutualistas	N.º de código
Agrupamento Mona	01
Agrupamento Petits Pas	02
Agrupamento Mission	03
Agrupamento Fodi	04
etc.	...

Cada agrupamento é responsável pelas adesões e pela colecta das quotizações no seu bairro e dota-se de um escritório com três mulheres.

A adesão é familiar. As quotizações são mensais e calculadas em função do número de pessoas em cada família. A quotização por pessoa é fixada em 100 UM por mês.

O direito de adesão é fixada em 1.500 UM por aderente. O período de observação é de três meses. O cartão de aderente apenas é entregue no fim desse período.

Para aderir, cada mulher deve apresentar-se com o montante do direito de adesão e da quotização mensal e com a lista dos nomes e datas de nascimento dos membros da sua família. No agrupamento Petit Pas, no dia 03/01 da abertura das adesões, as três primeiras mulheres que se apresentaram são, por ordem:

- Awa Madou (28/05/70) – costureira – marido: Ali Kado (15/07/66) – filhos: Amina Kado (13/11/87), Amadou Kado (06/02/90), Fati Kado (17/05/93);
- Amina Seck (11/02/80 – vendedora) – marido: Ahmed Traore (02/10/79);
- Memoutou BA (02/09/55) – viúva – pessoa a cargo: Ali Diop (10/05/85), Aisha BA (24/06/75).

O seguinte modelo apresenta a ficha de adesão de Awa Madou

FICHA DE ADESÃO		Nº: <u>1</u>				
ADERENTE						
Apelido e nome próprio : <u>MADOU Awa</u>						
Data de nascimento : <u>28 / 05 / 70</u>						
Morada : <u>Bairro PETITS PAS</u>						
Profissão : <u>Costureira</u>						
Data de entrada : <u>03/01/2000</u> Direito de adesão pago : <u>1 500 UM</u>						
N.º de código : <u>02/01/01</u> Cartão entregue em: <u>03/04/2000</u>						
Período de observação : de <u>03/01/2000</u> a <u>03/04/2000</u>						
PESSOAS A CARGO						
Data de entrada	Nº de código	Apelido e nome próprio	Data de nascimento	Laço de parentesco	Data de saída	Observações
03/01/00	02/01/02	KADO Ali	15/07/66	Marido		
03/01/00	02/01/03	KADO Amina	13/11/87	Filha		
03/01/00	02/01/04	KADO Amadou	06/02/90	Filho		
03/01/00	02/01/05	KADO Fati	17/05/93	Filha		
Observações						

O registo de adesão

Este registo permite um acompanhamento global do número de beneficiários. A sua utilização justifica-se pelo facto de que a ficha de adesão não permite um cálculo exacto do número de aderentes, das pessoas a cargo e, globalmente, do conjunto dos beneficiários da mutualidade de saúde num dado momento.

O registo de adesões permite registar todos os movimentos (entradas e saídas) dos beneficiários. Graças a este documento, a mutualidade rapidamente dispõe de informações relativas a:

- ✓ número de aderentes;
- ✓ número de pessoas a cargo;
- ✓ número de beneficiários;
- ✓ número de novas adesões durante um dado período;
- ✓ número de saídas.

Apresentação

Nas páginas de registo é impresso um quadro que permite um distinto acompanhamento dos aderentes, das pessoas a cargo e do conjunto dos beneficiários e que contém as seguintes informações:

- ✓ a data do movimento (entrada / saída) do beneficiário;
- ✓ o número de código do aderente ou do respectivo beneficiário ou o número de ficha de adesão.

Quando uma mutualidade não utiliza a ficha de adesão, o registo tem dupla função: permite um acompanhamento de cada beneficiário e um acompanhamento global, compreendendo, então, informações suplementares:

- ✓ apelido e nomes próprios;
- ✓ número de código, data de nascimento, sexo, morada, profissão;
- ✓ Observações.

Regras de utilização

- ✓ Qualquer nova adesão e outros movimentos (entrada/saída de beneficiários) devem ser registados no registo de adesão. Este documento perde toda a utilidade quando não é sistematicamente actualizado, após cada movimento.
- ✓ O registo dos movimentos no registo de adesão deve ser feito em simultâneo na ficha de adesão.
- ✓ O número de código dos beneficiários deve ser cuidadosamente anotado e permite fazer a ligação com a ficha de adesão.
- ✓ Cada página do registo pode ser dedicada a uma semana ou um mês, consoante as modalidades de adesão e de quotização. Esta regra é importante, sobretudo, quando a mutualidade permite as adesões em qualquer momento do ano e/ou deseja identificar os períodos mais favoráveis para as adesões.
- ✓ No fim de cada página, são calculados os totais das colunas “Entradas” e “Saídas”, assim como o saldo. Este saldo é igual ao saldo transportado da página precedente + o total das entradas – o total das saídas.

Exemplo

A mutualidade Espoir adoptou um modelo de registo de adesão muito simples que lhe permite contabilizar os aderentes e as pessoas a cargo.

Este modelo assemelha-se muito ao de um diário de caixa ou de banco. A Presidente da Mutualidade Espoir explica a escolha deste modelo da seguinte forma: “Nós consideramos os nossos beneficiários como um recurso da mutualidade, eles são de resto a nossa principal riqueza. Também, do mesmo modo que o dinheiro que entra ou sai da nossa caixa, a entrada de cada novo beneficiário enriquece a nossa mutualidade e cada saída empobrece-nos”.

O registo visa com efeito não só registar os nomes e outras informações sobre os beneficiários que já aparecem nas suas fichas de adesão, mas também contabilizar as entradas e as saídas de aderentes e de beneficiários e conhecer constantemente o seu número exacto.

O seguinte modelo representa o registo de adesão escriturado pela CE do agrupamento Petit Pas, após a inscrição dos três primeiros aderentes, no dia de abertura das adesões.

REGISTO DE ADESÃO

Data	N.º de ficha de adesão	Aderentes			Pessoas a cargo			Total de beneficiários		
		Entradas	Saídas	Total	Entradas	Saídas	Total	Entradas	Saídas	Total
Transporte página precedente				.....			.....			.....
03/01	1	1		1	4		4	5		5
03/01	2	1		2	1		5	2		7
03/01	3	1		3	2		7	3		10
A Transportar		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

O cartão de aderente

O cartão de aderente tem várias funções.

- ✓ Constitui para o aderente uma prova da sua adesão e materializa a sua participação na mutualidade.
- ✓ Permite ao responsável encarregado do acompanhamento das adesões e das quotizações encontrar rapidamente, graças ao número de código mencionado no cartão, a ficha de adesão e a de pagamento das quotizações do aderente quando este, por exemplo, se apresenta na sede da mutualidade.
- ✓ Constitui um “passaporte” que indica ao prestador de cuidados que o portador do cartão é beneficiário da mutualidade. Isto é sobretudo útil quando a mutualidade não utiliza um sistema de carta de garantia (ver parte 3, capítulo 3 sobre a gestão das prestações).
- ✓ Dá todas as informações necessárias ao prestador de cuidados para a facturação (no caso de terceiro pagador): apelido, nomes próprios, número de código, etc.

- ✓ Permite um controlo da identidade e, portanto, do direito às prestações, sobretudo, quando o cartão contém uma fotografia de cada beneficiário.

Apresentação

Poder-se-à dizer existirem tantas possíveis apresentações quantas mutualidades de saúde.

Os modelos mais correntes são:

- ✓ o cartão individual: cada beneficiário, quer seja aderente ou pessoa a cargo, recebe o seu próprio cartão;
- ✓ o cartão familiar: cada aderente recebe um cartão para si e para todas as pessoas a cargo;
- ✓ a caderneta de membro: trata-se de uma caderneta que, além das informações do cartão individual ou familiar, contém, geralmente, várias páginas para o acompanhamento das quotizações e/ou uma parte “livrete de saúde”, reservada à descrição dos cuidados prestados. Esta última apresentação é desaconselhada por evidentes razões de confidencialidade.

O cartão de aderente contém pelo menos as seguintes informações:

- ✓ o nome da mutualidade e, eventualmente, o seu logótipo (a fim de a distinguir mais facilmente das outras mutualidades que poderiam igualmente realizar contratos com os prestadores de cuidados);
- ✓ os elementos de identificação do beneficiário (aderente e pessoa a cargo):
 - o apelido e os nomes próprios;
 - o número de código;
 - a data de nascimento;
 - o estatuto (aderente / pessoa a cargo);
- ✓ o visto da mutualidade (assinatura do Presidente, carimbo, etc.);
- ✓ a indicação da validade do cartão que é apresentado, sob uma das seguintes formas:
 - um quadro de acompanhamento dos pagamentos das quotizações;
 - uma vinheta colada a cada pagamento de quotização;
 - uma menção de duração da validade do cartão (quando está prevista a renovação periódica).

O cartão pode, eventualmente, incluir uma nota com os principais pontos dos Estatutos e do Regulamento Interno, nomeadamente, das prestações cobertas e das modalidades de participação.

Regras de utilização

- ✓ Geralmente, o cartão é entregue após o pagamento da primeira quotização. Pode ser entregue apenas no final do período de observação.
- ✓ É fornecido gratuitamente ou pode ser vendido ao aderente em substituição do direito de adesão.
- ✓ O aderente é responsável pelo seu cartão: em caso de perda ou de deterioração, a mutualidade pode fazer pagar as despesas de renovação.
- ✓ O cartão deve ser apresentado pelo aderente na sede da sua mutualidade, por ocasião de cada operação que lhe respeite (pagamento das quotizações, inscrição de novas pessoas a cargo, etc.).
- ✓ O cartão deve ser apresentado em cada recurso aos cuidados num sistema de terceiro pagador. Contudo, devem ser previstas exceções relativas, por exemplo, a casos de urgência, nos contratos entre a mutualidade e o prestador de cuidados.
- ✓ A apresentação do cartão e as suas modalidades de utilização devem estar descritas no contrato entre a mutualidade e os prestadores de cuidados.

Exemplo

O seguinte modelo é adoptado pela Mutualidade Espoir. Trata-se do cartão da primeira aderente Awa Madou, do agrupamento Petits Pas. Este cartão foi preenchido pela CE do agrupamento, logo após o estabelecimento da ficha de adesão e a inscrição desta aderente no registo de adesão.

A mutualidade de saúde **ESPOIR** cobre os seguintes serviços de saúde:

Centros de saúde e maternidade :

- Partos: 100%
- Pequeno internamento : 100%
- Medicamentos para parto e pequeno internamento : 100%

Hospital BONNE SANTE :

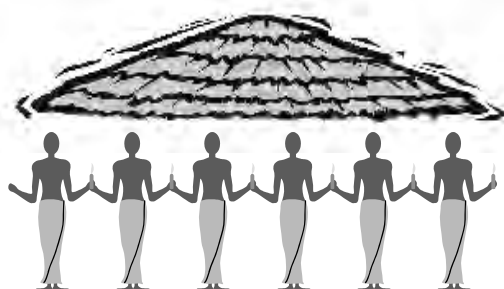
- Internamento e cirurgia : 100% (1)
- Medicamentos e consumíveis para internamento e cirurgia : 100%

(1) A consulta e a primeira diária de internamento são a cargo do doente.

Apenas os aderentes com as quotizações em dia podem beneficiar dos serviços da mutualidade.

Apenas os mutualistas que se apresentam munidos do seu cartão de aderente podem beneficiar de participação nas suas despesas de cuidados.

Mutualidade de saúde ESPOIR



CARTÃO DE ADERENTE

ADERENTE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nº código</td> <td style="width: 40%;">Apelido e nome próprio</td> <td style="width: 40%;">Data de nascimento</td> </tr> <tr> <td>02/01/01</td> <td>MADOU Awa</td> <td>28/05/70</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table> PESSOAS A CARGO <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nº código</td> <td style="width: 40%;">Apelido e nome próprio</td> <td style="width: 40%;">Data de nascimento</td> </tr> <tr> <td>02/01/02</td> <td>KADO Ali</td> <td>15/07/66</td> </tr> <tr> <td>02/01/03</td> <td>KADO Amina</td> <td>13/11/87</td> </tr> <tr> <td>02/01/04</td> <td>KADO Amadou</td> <td>06/02/90</td> </tr> <tr> <td>02/01/05</td> <td>KADO Fati</td> <td>17/05/93</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Nº código	Apelido e nome próprio	Data de nascimento	02/01/01	MADOU Awa	28/05/70				Nº código	Apelido e nome próprio	Data de nascimento	02/01/02	KADO Ali	15/07/66	02/01/03	KADO Amina	13/11/87	02/01/04	KADO Amadou	06/02/90	02/01/05	KADO Fati	17/05/93							Nº Ficha de adesão : <i>1</i> PAGAMENTO DAS QUOTIZAÇÕES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Janeiro</td> <td style="width: 25%;">Fevereiro</td> <td style="width: 25%;">Março</td> <td style="width: 25%;">Abril</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Maio</td> <td>Junho</td> <td>Julho</td> <td>Agosto</td> </tr> <tr> <td>Setembro</td> <td>Outubro</td> <td>Novembro</td> <td>Dezembro</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril					Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro				
Nº código	Apelido e nome próprio	Data de nascimento																																																	
02/01/01	MADOU Awa	28/05/70																																																	
.....																																																			
Nº código	Apelido e nome próprio	Data de nascimento																																																	
02/01/02	KADO Ali	15/07/66																																																	
02/01/03	KADO Amina	13/11/87																																																	
02/01/04	KADO Amadou	06/02/90																																																	
02/01/05	KADO Fati	17/05/93																																																	
.....																																																			
.....																																																			
Janeiro	Fevereiro	Março	Abril																																																
																																																			
Maio	Junho	Julho	Agosto																																																
Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro																																																

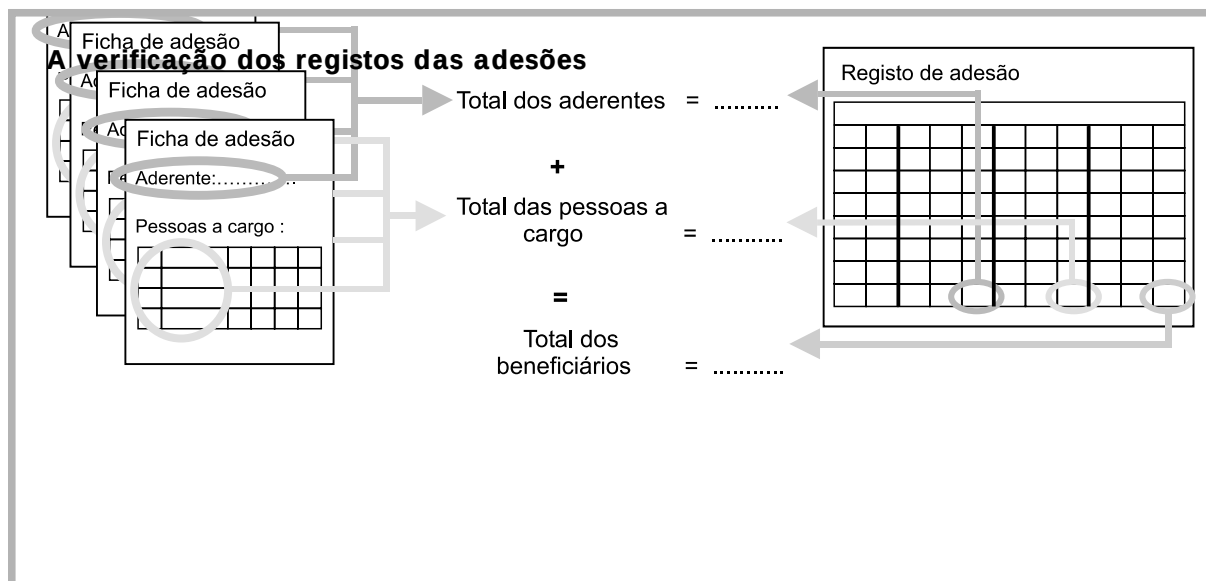
1.3 O controlo do registo das adesões

É necessário um regular controlo dos registos das adesões, a fim de verificar a sua exactidão. Se uma ficha e um registo são utilizados como anteriormente descrito, este controlo é efectuado:

- primeiro, totalizando os aderentes e as pessoas a cargo registadas nas fichas de adesão;
- seguidamente, comparando esse total com o do registo de adesões.

O número de aderentes, de pessoas a cargo e, globalmente, de beneficiários calculado a partir daqueles documentos, deve ser o mesmo.

Este controlo é realizado pela(s) pessoa(s) responsáveis pelos registos. Pode ser mensal, trimestral ou outro, em função da frequência e da importância das entradas e das saídas de beneficiários.



O acompanhamento das adesões é uma função importante, pois permite um preciso conhecimento do número de aderentes e de beneficiários da mutualidade. Este acompanhamento permite uma primeira indicação da eficácia e da vitalidade da mutualidade.

Os indicadores de acompanhamento das adesões

A evolução do número de aderentes e de beneficiários

- ✓ das novas entradas de aderentes e de beneficiários. Trata-se de indivíduos que entram na mutualidade pela primeira vez, o que inclui: as pessoas que pagam a sua primeira quotização e entram com pessoas a cargo, assim como, novas pessoas a cargo no seio de famílias já aderentes;
- ✓ das saídas de aderentes e de beneficiários. As saídas estão, geralmente, ligadas às desistências dos aderentes que não pagam mais as suas quotizações, ou às exclusões por fraudes e abusos. As “Saídas” de beneficiários resultam, igualmente, de mortes, saídas do lar de um dos filhos, de ultrapassagem do limite de idade, etc.);
- ✓ do número de aderentes de beneficiários no fim do período precedente. Em função da frequência de acompanhamento (mês, anos, etc.), o número de aderentes e de beneficiários no fim do período é obtido adicionando as entradas e subtraindo as saídas para o período considerado ao número do final do período precedente.

Exemplo

Uma mutualidade optou por uma adesão familiar. Os seus Estatutos prevêem que quando uma mulher dá à luz, o lactante fica coberto pela mutualidade até ao fim do exercício corrente. O aderente deve apresentar-se na sede da mutualidade para inscrever o nome da criança na sua ficha de adesão e no cartão de aderente, sem pagar quotização suplementar. Em compensação, no exercício seguinte, a quotização desta família será revista e incluirá uma parte suplementar para esta criança. No ano do seu nascimento a criança é inscrita como beneficiário no registo de adesão.

A dimensão média das famílias mutualistas relativamente à dimensão média das famílias no público-alvo

Esta taxa é particularmente interessante de seguir no quadro:

- ✓ dos sistemas de quotização condicionados por família: sendo fixa a quotização, qualquer que seja o número de beneficiários, os aderentes terão tendência a inscrever (e abrir o direito às prestações) o maior número possível de pessoas a cargo. A dimensão média das famílias aderentes pode ser, então, superior à prevista no cálculo das quotizações e implicar um volume de despesas e prestações também mais elevado do que o previsto. Neste tipo de sistema a mutualidade deve definir com precisão os membros admissíveis. Pode igualmente limitar a dimensão das famílias aderentes;
- ✓ dos sistemas onde a quotização é fixada por pessoa (quotização familiar variável em função do número de beneficiários). Ao contrário do precedente sistema, o aderente poderia ter tendência a operar uma selecção no seio dos membros da sua família, apenas quotizando para aqueles cujo risco de doença lhe parece mais elevado. Este caso favorece o risco de selecção adversa.

A frequência de acompanhamento

A frequência de acompanhamento destes indicadores depende essencialmente do tipo de período de adesão (aberto ou fechado) praticado pela mutualidade.

Uma mutualidade com período aberto de adesão deve realizar este acompanhamento de forma quase contínua, isto é, mensalmente.

Relativamente a uma mutualidade com período fechado de adesão, dois casos são possíveis:

- ✓ quando as quotizações são anuais (pagamento integral da quotização no início do período) o acompanhamento pode ser espaçado, até mesmo apenas realizado uma vez por ano, no final do período;
- ✓ quando as quotizações são fraccionadas (semanais, mensais ou outras), este acompanhamento deve ser mais frequente, a fim de permitir uma fiscalização das saídas devidas a problemas de requotização. Nesse caso, geralmente será mensal ou trimestral.

O quadro de acompanhamento das adesões

O quadro de acompanhamento reagrupa especialmente os precedentes indicadores. Permite visualizar a sua evolução por mês, trimestre, ano ou outro, em função da frequência de acompanhamento adoptada pela mutualidade.

Exemplo

Uma mutualidade pratica um sistema de adesão em período fechado. As adesões têm lugar durante o primeiro trimestre do ano, com uma quotização mensal. A adesão é familiar. A cada família corresponde uma ficha de adesão. Um registo de adesão faz o recenseamento do número de entradas e de saídas de aderentes mês a mês. A fim de realizar um acompanhamento das adesões, o responsável pelo registo de adesão preenche, mensalmente, um quadro de acompanhamento conforme o seguinte modelo.

Quadro de acompanhamento das adesões – Exercício 2002

	Dez. 2001	Jan.	Fev.	Mar.	Abri.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
Novos aderentes (A)		20	70	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	190
Retiradas aderentes (B)		–	55	–	–	–	1	–	5	–	–	1	–	62
Total de aderentes (C)	500	520	535	635	635	635	634	634	629	629	629	628	628	//
Novos beneficiários (E)		90	470	750	3	9	3	6	2	–	4	5	1	1 343
Retiradas beneficiários (E)		–	220	–	1	2	6	–	23	1	3	4	6	266
Total de beneficiários (F)	2 000	2 090	2 340	3 090	3 092	3 099	3 096	3 102	3 081	3 080	3 081	3 082	3 077	
Dimensão média das famílias (G)	4	4	4,4	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	
Beneficiários em período de observação (H)		90	560	1 310	1 310	1 220	750	–	–	–	–	–	–	
Beneficiários cobertos (I)		2 000	1 780	1 780	1 782	1 879	2 346	3 102	3 081	3 080	3 081	3 082	3 077	

Notas no quadro

- A. 190 novos aderentes entraram na mutualidade durante o período de adesão (primeiro trimestre).
- B. No início de Fevereiro, 55 antigos aderentes desvincularam-se da mutualidade. São famílias de uma mesma aldeia em desacordo com a mutualidade. Nos meses seguintes, 7 aderentes foram excluídos da mutualidade por causa de grandes atrasos no pagamento das quotizações.
- C. Total de cada mês = Total do mês anterior + novos aderentes – Saídas de aderentes.
- D. Ao todo, 1343 novos beneficiários entraram na mutualidade. Estão, em grande, parte ligados às novas adesões, mas também aos nascimentos (mutualidade cobre automaticamente as crianças nascidas).
- E. 266 beneficiários deixaram a mutualidade na sequência das demissões de Fevereiro e das exclusões decididas pela mutualidade. Algumas saídas são consequências de mortes, casamentos etc.
- F. Total de cada mês = Total de cada mês anterior + Novos beneficiários – Saídas de beneficiários.
- G. A dimensão média das famílias mutualistas = Total de beneficiários / Total de aderentes. A dimensão média das famílias no público-alvo é de 6 pessoas. Apesar dos importantes esforços de sensibilização, realizados no final de 2001, para preparar o exercício de 2002, constata-se que os aderentes tendem sempre a quotizar apenas uma parte dos membros da sua família.
- H. O período de observação é de quatro meses.
- I. O número efectivo de beneficiários cobertos pela mutualidade = Total de beneficiários – Beneficiários em período de observação. É o número que deve ser utilizado para o cálculo dos indicadores de acompanhamento mensal das prestações doença.



A gestão das quotizações

A gestão das quotizações reagrupa todas as actividades ligadas à emissão, à cobrança e ao depósito em caixa das quotizações.

A gestão das quotizações está estreitamente ligada à das adesões. Esta ligação exprime-se em diferentes modalidades.

- O montante da quotização geralmente depende do número de beneficiários numa família (excepto quando esse montante é fixo). O cálculo da quotização assenta, então, nas informações relativas às pessoas a cargo do aderente.
- O cartão de aderente não é geralmente entregue senão após o pagamento da primeira quotização e pode ser actualizado após cada pagamento de quotização.

A ficha de adesão pode estar associada a um quadro de acompanhamento dos pagamentos das quotizações pelo aderente.

A gestão das quotizações é crucial para a mutualidade. Da sua eficácia dependerá em grande medida o financiamento das actividades, pois as quotizações constituem a principal receita da mutualidade.

2.1 A quotização

As quotizações são calculadas de modo a permitir simultaneamente:

- conceder as prestações aos aderentes;
- cobrir os encargos de funcionamento;
- constituir reservas financeiras.

O pagamento da quotização constitui uma das obrigações do aderente face à mutualidade; em contrapartida deste pagamento, o aderente beneficia dos serviços da organização.

No plano contabilístico, o termo quotização reagrupa várias distintas noções.

- **As quotizações emitidas**

A mutualidade garante uma comparticipação dos cuidados a cada indivíduo que adere ou renova a sua adesão. Esta garantia é dada em troca de um certo montante de quotização a pagar pelo aderente. As quotizações ou quotizações designadas correspondem às somas que a mutualidade pede aos seus aderentes em contrapartida das garantias que oferece aos beneficiários num dado período.

- **As quotizações recebidas**

Durante o ano, a mutualidade deposita em caixa quotizações que correspondem, na totalidade ou em parte, aos compromissos dos aderentes para o exercício corrente. O conjunto das quotizações efectivamente entradas, em contrapartida dos contratos em curso, constitui as quotizações cobradas e recebidas.

- **As quotizações adquiridas**

As quotizações emitidas podem cobrir períodos situados num ou em vários exercícios. Chama-se “quotizações adquiridas” a parte das quotizações emitidas relativa ao exercício considerado.

- **Os atrasados de quotização**

No decurso e no final de um exercício, certos aderentes podem atrasar-se no pagamento das suas quotizações. Os atrasados de quotização são constituídos pelos montantes das quotizações em atraso de pagamento. Estes atrasados são créditos que a mutualidade deve recuperar.

- **As quotizações recebidas antecipadamente**

Trata-se das quotizações depositadas em caixa durante um exercício, mas que são destinadas à comparticipação das prestações no exercício seguinte. Esta situação acontece nomeadamente :

- ✓ nas mutualidades com período aberto de adesão e que praticam uma quotização anual:

Exemplo

Para um aderente que entra em Junho e paga um ano de quotização, uma mutualidade (cujo exercício se estenda de Janeiro a Dezembro) deve distinguir:

- a quotização adquirida para o exercício em curso que corresponde aos meses de Junho a Dezembro (7 / 12 da quotização);
- a quotização recebida antecipadamente correspondendo aos meses de Janeiro a Maio do ano seguinte (5 / 12 da quotização);

- ✓ nas mutualidade que prevêem para os seus aderentes a possibilidade de pré-pagar a sua quotização para o ano seguinte.

Exemplo

Uma mutualidade pratica uma quotização anual que deve ser paga em Janeiro. Ela propõe aos seus aderentes para aproveitarem o último trimestre do ano (período de venda das colheitas) para começarem a pagar as suas quotizações para o ano seguinte. De Outubro a Dezembro, cada aderente pode assim depositar na mutualidade os montantes que deseje. Em Janeiro, o aderente completa, se necessário, o seu pagamento para beneficiar da comparticipação da mutualidade durante o novo ano.

Os documentos de gestão das adesões devem ter em conta estas diferentes noções relativas às quotizações, a fim de preparar os registos contabilísticos e permitir um cálculo fiável do resultado do exercício.

A aplicação da taxa de quotização

Uma mutualidade pode praticar diferentes tipos de quotização:

- ✓ uma quotização fixa por pessoa: a quotização a pagar por uma família é função do número dos seus membros que serão cobertos. A mutualidade deve implementar um acompanhamento individualizado de cada família, a fim de poder reajustar os montantes de quotização, em particular, se a quotização é semanal;
- ✓ uma quotização fixa: Qualquer que seja a sua dimensão, todas as famílias pagam o mesmo montante de quotização. A mutualidade deve estar à altura de acompanhar a dimensão média das famílias para reajustar, se necessário, o condicionamento;
- ✓ uma quotização fixada em percentagem das receitas: os aderentes pagam uma quotização cujo o montante varia em função de uma mesma percentagem das receitas. Esta prática, corrente nas mutualidades de empresa, instaura uma solidariedade dos aderentes com melhores rendimentos para com os outros.

Quando a quotização é fixada por pessoa, a taxa de quotização de cada família deve ser acumulado quando da adesão. Várias opções são possíveis, por exemplo:

- ✓ o aderente e as pessoas a cargo pagam o mesmo montante de quotização. O montante da quotização é obtido simplesmente

multiplicando o número de membros da família pelo montante da quotização individual;

- ✓ as pessoas a cargo pagam uma quotização inferior à do aderente. O montante da quotização corresponde à soma das quotizações individuais das pessoas a cargo e da quotizações (superior) do aderente.

A periodicidade das quotizações

A quotização é calculada para cobrir um exercício anual, mas o seu pagamento pode ser fraccionado (em mensalidades ou outras).

A periodicidade das quotizações tem uma influência notável na gestão de uma mutualidade de saúde.

- ✓ A quotização anual é o sistema mais simples de gerir. Os aderentes pagam num preciso momento do ano a totalidade da sua quotização. Nos sistemas com período fechado de adesão, esse momento corresponde, geralmente, a um período em que as receitas do público-alvo são importantes (venda de produtos agrícolas, por exemplo). O princípio da quotização anual é simples:
 - qualquer aderente que pague a sua quotização vê o seu cartão de aderente renovado e beneficia da participação nas suas despesas de cuidados;
 - qualquer aderente que não pague a sua quotização vê ser-lhe retirado o seu cartão de aderente e suprimido o seu direito às prestações.

Para a mutualidade, a vantagem é uma gestão relativamente simples. As dificuldades e os custos ligados à cobrança das quotizações são consideravelmente reduzidos. O acompanhamento das adesões e do direito às prestações é igualmente mais fácil. As previsões financeiras são menos aleatórias.

Para o aderente, a quotização anual apresenta o inconveniente de exigir o desembolso de uma só vez de uma soma que pode ser importante (em especial no caso de uma família numerosa). A fim de reduzir esta dificuldade, algumas mutualidades propõem aos seus aderentes para prepararem o pagamento da sua quotização “economizando” durante um exercício em previsão do próximo.

Outras toleram um certo atraso no pagamento da quotização (por exemplo, os aderentes que pagam pelo menos os dois terços da sua quotização são cobertos e dispõem de três meses para pagar o restante terço).

- ✓ As quotizações mensais, semanais ou quotidianas são mais pesadas e complexas de gerir.

Para o aderente, a vantagem deste fraccionamento da quotização é permitir-lhe pagar montantes menos elevados do que no caso de um único pagamento. Isso melhora a acessibilidade financeira da mutualidade. Em contrapartida, obriga o aderente a efectuar com frequência as operações relativas ao pagamento das quotizações (deslocação até à mutualidade por exemplo).

Para a mutualidade, os inconvenientes são múltiplos. O fraccionamento das quotizações implica um importante aumento das actividades ligadas à cobrança e ao depósito em caixa das quotizações (excepto se é efectuado um prévio desconto automático nos salários, caso muito raro entre as mutualidades visadas por este guia). A experiência mostra igualmente que os não pagos aumentam. Com efeito, a mutualidade não pode aplicar senão muito dificilmente o mesmo princípio que para as quotizações anuais: aquele que paga está coberto, o que não paga é excluído. Esses não pagos arriscam provocar desequilíbrios financeiros e tornam mais pesadas e mais difíceis o controlo dos direitos às prestações, o cálculo das taxas de utilização, o emprego racional da tesouraria, etc.

2.2 Os documentos

Os documentos relativos à gestão das quotizações são organizados na base de princípios semelhantes aos da gestão das adesões. Estes documentos devem permitir:

- O registo individualizado da quotização emitida, dos pagamentos e dos atrasados para cada aderente
Este acompanhamento é realizado de diferentes modos, consoante a dimensão e as modalidades do funcionamento da mutualidade.
- ✓ Uma mutualidade de pequena dimensão pode realizar esse registo a partir de um registo de quotizações que, igualmente, permite um registo global (ver adiante). A vantagem desta prática é que ela reduz o número de escriturações. Contudo, quando o número de aderentes se torna importante, esse registo pode tornar pesada a sua manipulação e dificultar “encontrar” os aderentes.
- ✓ Uma mutualidade de grande dimensão pode preencher, para cada aderente, uma ficha de quotização geralmente associada à ficha de adesão. As quotizações emitidas e recebidas, assim como os atrasados, são registados nesta ficha e depois transportadas para o registo de quotização. A utilização da ficha de quotização pode igualmente provar ser mais prática quando a mutualidade utiliza o sistema de carta de garantia (ver parte 3, capítulo 3).
- Um registo das quotizações emitidas, das quotizações recebidas e dos atrasados de quotização para o conjunto dos aderentes
O objectivo deste registo é contabilístico. É realizado graças ao documento que permite compatibilizar as quotizações emitidas e as quotizações recebidas e os atrasados de quotização. Este documento intervém como um diário divisionário especializado nas operações. Contém igualmente informações necessárias ao preenchimento dos quadros de acompanhamento da mutualidade.

Os documentos abaixo apresentados dão um exemplo de sistema de registo das quotizações. Como nos casos anteriores, o objectivo desta apresentação é ilustrar uma possível modalidade para realizar esse registo. Podem ser utilizados outros sistemas que se mostrem mais adequados às características da mutualidade.

A ficha de
quotização

A ficha de quotização permite o registo e o acompanhamento das
quotizações pagas por um aderente. Esta ficha é sobretudo útil

quando as quotizações são fraccionadas no ano (por semana, mês, etc.) e quando a mutualidade aceita atrasos no pagamento, desde que regulamentados.

A ficha de quotização permite, para cada aderente:

- ✓ estabelecer o montante da quotização a pagar (se esta é fixada em função da dimensão da família);
- ✓ registar os montantes pagos;
- ✓ registar os eventuais atrasos nos pagamentos.

Apresentação

A apresentação da ficha de quotização difere em função da periodicidade das quotizações. Deve apresentar as seguintes informações:

- ✓ o número da ficha de adesão do aderente;
- ✓ os apelidos e nomes próprios, o número de código do aderente;
- ✓ o montante da quotização emitida e o da quotização recebida, consoante a periodicidade fixada (ano, mês, semana ou outra);
- ✓ os atrasos de quotização fazendo aparecer os atrasados em dívida, desde o início até ao fim do período;
- ✓ a data de pagamento das quotizações;
- ✓ a assinatura do responsável (pessoa encarregada da cobrança das quotizações e do aderente);
- ✓ as eventuais observações.

Regras de utilização

- ✓ A ficha de quotização é aberta ao mesmo tempo que a ficha de adesão, em particular se o aderente paga a primeira quotização aquando da inscrição.
- ✓ A ficha é sistematicamente actualizada a cada pagamento de quotização e/ou regularização dos atrasos pelo aderente. A cada pagamento, o responsável e o aderente assinam a ficha (a assinatura do aderente pode ser substituída por uma impressão digital).
- ✓ Quando as quotizações são fraccionadas no ano, o total anual pago é calculado e inscrito aquando do prolongamento da última quotização (na presença do aderente se possível).
- ✓ O responsável deve explicar ao aderente o significado de cada escrituração contida na ficha.

Exemplo

A Mutualidade Espoir pratica uma quotização mensal cuja cobrança é efectuada pelos agrupamentos mutualistas de bairro que entregam à mutualidade os fundos arrecadados. Cada agrupamento é responsável pelo acompanhamento dos seus aderentes. Para fazer isso, a CE do agrupamento mantém actualizada uma ficha de quotização para cada aderente.

A Mutualidade Espoir adoptou o modelo de ficha seguinte que lhe permite, todos os meses, ter a situação do que o aderente deve em termos de quotização, assim como dos eventuais atrasados. A ficha aqui apresentada é a de Awa Madou.

No início do mês, cada aderente é convidado a apresentar-se com a quotização do mês, eventualmente complementada com os atrasados acumulados nos anteriores meses. Quando esses atrasados atingem um montante ou prazos fixados pela mutualidade, esta pode decidir excluir o aderente.

FICHA DE QUOTIZAÇÃO

Quotização ano: 2002 N.º de ficha de adesão : 1

Apelido e nome próprio do aderente: MADOU Awa N.º de código: 02/01/01

Data	Mês	Quotização devida	Atrasados devidos	Montante pago	Saldo atrasados	Assinaturas	
						Responsável	Aderente
03/01	Janeiro	500	0	500	0		
04/02	Fevereiro	500	0	450	50		
02/03	Março	500	50	400	150		
03/04	Abril	500	150	525	125		
	Maio						
	Junho						
	Julho						
	Agosto						
	Setembro						
	Outubro						
	Novembro						
	Dezembro						
TOTAL							

Observações:

O registo de quotização

O registo de quotização permite um acompanhamento contínuo e global do pagamento dos direitos de adesões e das quotizações.

Num dado período (ano, mês, semana, etc.) dá uma visão :

✓ das quotizações emitidas;

- ✓ das quotizações recebidas;
- ✓ dos atrasados de quotização (quando são tolerados pela mutualidade);
- ✓ dos pagamentos relativos aos atrasos de quotização.

Quando o pagamento das quotizações é fraccionado (mês, semana), o registo permite, igualmente, identificar os momentos do ano em que os pagamentos de quotização são mais difíceis. Esta identificação é feita em observação das variações dos atrasos de pagamento. Pode levar a mutualidade adaptar as modalidades de pagamento das quotizações.

O registo constitui igualmente um elemento de controlo das receitas dos direitos de adesão a das quotizações. Os montantes inscritos no diário de caixa devem corresponder aos contidos no registo.

Apresentação

São possíveis diversas apresentações. Uma delas é dada adiante, a título ilustrativo.

Um quadro aparece nas páginas do registo. Cada linha do quadro corresponde a um pagamento por um aderente (para ele e para a sua família).

As colunas indicam:

- ✓ a data do pagamento;
- ✓ o número de código do aderente ou o número da ficha de adesão;
- ✓ o seu nome de aderente;
- ✓ a quotização emitida para o período;
- ✓ o montante pago pelo aderente;
- ✓ os anteriores atrasados do aderente (atrasos de quotização);
- ✓ o saldo de atrasados após esse pagamento (este saldo corresponde às quotizações emitidas mais anteriores atrasados menos montantes pagos);
- ✓ as observações.

Regras de utilização

- ✓ Os pagamentos das quotizações devem ser sistematicamente inscritos no registo, o qual, sem isso, perderá qualquer utilidade.
- ✓ Os montantes devem ser inscritos, ao mesmo tempo, no registo e na ficha de quotização.
- ✓ O número de código dos beneficiários, ou o número de ficha de quotização, deve ser cuidadosamente anotado e permite fazer a ligação com a ficha de adesão.

- ✓ Para um dado período de adesão e quando a página está preenchida, o total das colunas é efectuado no fundo de cada página e depois transportado para o cimo da página seguinte.
- ✓ O responsável pelo registo calcula os totais das diferentes colunas, no fim de cada período de quotização (semana, mês, etc.). Esses totais não são transportados no início do período seguinte.

Exercício

Para realizar um acompanhamento global das quotizações recebidas, assim como de eventuais atrasos, a Mutualidade Espoir criou um registo em cada agrupamento mutualista de bairro. Este registo é escriturado pela CE do agrupamento, que o actualiza sempre que é paga uma quotização.

No segundo Sábado de cada mês, os responsáveis dos agrupamentos reúnem-se para entregarem as quotizações colectadas no início do mês. Os montantes entregues devem corresponder aos totalizados no registo para o mês (total da coluna "Montante pago este mês").

A CE da mutualidade tem um registo similar, com duas excepções:

- a coluna "Nº de ficha de adesão" é suprimida;
- a coluna "Nome aderente" é substituída por "Nome do agrupamento".

Note-se que o registo apresentado neste exemplo permite, igualmente, registar os pagamentos dos direitos de adesão.

REGISTO DE QUOTIZAÇÃO								
Quotização do mês : <i>Fevereiro 2002</i>								
Data	Nº ficha de adesão	Nome do aderente	Direito de adesão pago	QUOTIZAÇÕES				Observações
				Quotização mensal	Atrasado sem dívida	Montante pago este mês	Saldo atrasados	
02/02	05	CISSE Fatimata		700	0	700	0	
02/02	07	FALL Oumou		400	50	450	0	
02/02	03	BA Memounatou		300	10	280	30	
03/02	04	DIOP Awa		500	0	500	0	
03/02	02	SECK Amina		200	0	200	0	
03/02	08	SARR Khadidja	1 500	600	0	600	0	Nova aderente
04/02	01	MADOU Awa		500	0	450	50	
04/02	06	TOURE Fanta		300	0	300	0	
		TOTAL	1 500	3 500	60	3 480	80	

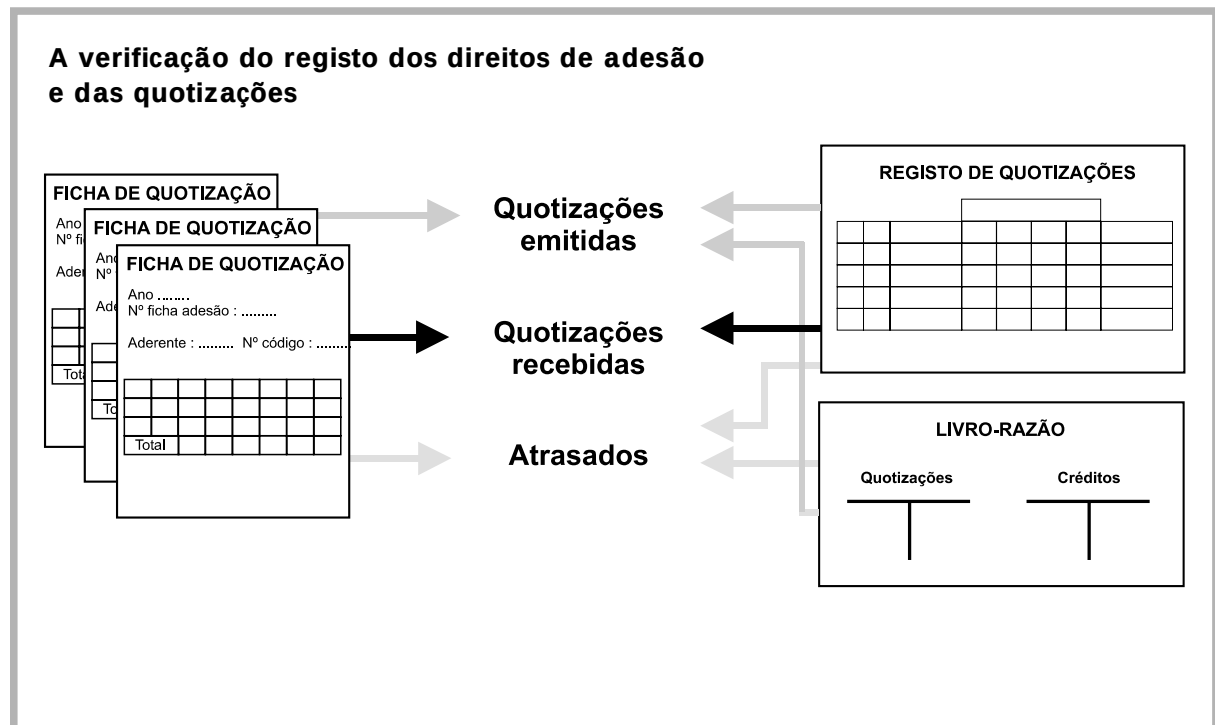
2.3 O controlo dos registos relativos às quotizações

Deve ser regularmente realizado um controlo das escriturações das fichas de quotização e do registo, a fim de ser verificada a sua exactidão. Este controlo é efectuado:

- num primeiro tempo, totalizando os montantes das quotizações emitidas, recebidas e os atrasos em dívida, registados nas fichas de quotização;

- comparando, de seguida, os totais obtidos com os do registo de quotização;
- comparando igualmente esses totais com os saldos das contas “Quotizações” e “Créditos” do livro razão.

Este tipo de verificação deveria ser realizado, pelo menos, uma ou duas vezes por ano. Deveria ser mais frequente (mensal ou trimestral) quando a quotização é mensal, até mesmo semanal.



2.4 O acompanhamento das quotizações

O acompanhamento diz essencialmente respeito aos montantes recolhidos e aos atrasados. Deve permitir à mutualidade conhecer permanentemente o montante das quotizações ainda não pagas, assim como, o número e a identidade dos aderentes respectivos, a fim de implementar medidas apropriadas de cobrança.

Os problemas de cobrança das quotizações

Os atrasos no pagamento das quotizações podem ter diferentes causas:

- O montante da quotização pode ser demasiado elevado face aos rendimentos dos aderentes. Nesse caso, a mutualidade deve interrogar-se quanto à boa definição do montante das suas quotizações face aos rendimentos do público-alvo.
- Quando as quotizações são mensais ou semanais, esta incapacidade pode apenas ser sazonal. Certos períodos do ano são pouco propícios ao pagamento das quotizações. A mutualidade conhece, então, meses com uma taxa de cobrança muito baixa e outros com uma taxa elevada (por vezes superior a 100%), quando os aderentes pagam as suas quotizações normais aumentadas com os seus atrasados. Neste caso, a mutualidade deve examinar a periodicidade de pagamento das quotizações, pois pode estar mal adaptada às características dos rendimentos dos aderentes.

- O montante ou a periodicidade de quotização não são as únicas causas de possíveis atrasos. Estas podem, igualmente, resultar de uma desafecção da mutualidade cujos aderentes consideram os serviços inadequados, a quotização demasiado elevada relativamente aos serviços oferecidos, a qualidade dos serviços de saúde cobertos demasiado má, etc. Trata-se de um problema de desmotivação dos aderentes; a mutualidade deve tentar rever os seus serviços, assim como, o binómio prestações / quotizações.
- São possíveis outras causas para os atrasos. Podem resultar de uma falta de disciplina dos aderentes. Neste caso, a mutualidade tem todo o interesse em empreender acções de cobrança enérgicas, sancionar atrasos com multas, etc. Podem, igualmente, estar ligados a uma má organização da cobrança ao nível da mutualidade.

Deste modo, os atrasos de pagamento podem ter várias causas e, por isso, apelar a diferentes medidas correctoras. Em todos os casos, uma mutualidade deve limitar o montante dos atrasados e adoptar sanções contra os respeitantes aderentes (suspensão dos direitos às prestações, até mesmo exclusão do aderente).

Observar-se-á também que é difícil para uma mutualidade recusar estritamente esses atrasos de pagamento, pois isso poderia levar à exclusão de aderentes que são confrontados com problemas económicos pontuais, tais como a perda de uma colheita. A mutualidade pode, em contrapartida, pensar em alternativas como, por exemplo, a criação de uma caixa de solidariedade destinada a financiar as quotizações dos aderentes temporariamente confrontados com justificados problemas económicos.

Quando o pagamento das quotizações é semanal, mensal ou trimestral, o acompanhamento permite igualmente identificar as flutuações sazonais da taxa de cobrança das quotizações. Assim, a mutualidade poderá, conseqüentemente, regular a periodicidade desse pagamento e afinar as previsões de tesouraria.

Exemplo

Uma mutualidade de agricultores pede aos seus aderentes para pagarem as suas quotizações mensalmente. Em cada ano, os gestores constataram que os atrasos de quotizações aparecem a meio do ano, no período de carência monetária, enquanto que o nível de cobrança é bom no início e no fim do ano. Na AG, os aderentes confirmam que experimentam grandes dificuldades para quotizar no momento em que são mais fracos os seus rendimentos.

É então debatido e adoptado um novo calendário de quotização, que prevê uma concentração dos pagamentos durante os períodos de venda das colheitas e nenhuma entrega no período de carência.

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
Antigo calendário	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6 000
Novo calendário	2 000	1 500	500	500	500						500	500	6 000

● A taxa de cobrança das quotizações

O principal indicador utilizado em matéria de acompanhamento das quotizações é a taxa de cobrança das quotizações. Esta taxa é igual à relação entre as quotizações

recebidas e as quotizações emitidas. Mede a proporção de quotizações esperadas que ainda não foram depositadas em caixa pela mutualidade.

O quadro de acompanhamento proposto no exemplo abaixo permite complementar este indicador com uma síntese mensal dos pagamentos e dos atrasados.

A frequência de acompanhamento

A frequência de acompanhamento da quotização está estreitamente ligada à sua periodicidade e às suas modalidades de pagamento, por exemplo:

- ✓ se o pagamento da quotização é anual e limitado a um único período, o acompanhamento apenas é necessário uma vez por ano. Contudo, pode tornar-se útil realizar este acompanhamento mais frequentemente se a mutualidade aceita cobrir os aderentes que apenas tenham pago uma parte da sua quotização durante o período previsto. Com efeito, a mutualidade deverá fiscalizar a cobrança dos atrasados durante os meses seguintes;
- ✓ se o pagamento das quotizações é fraccionado, o acompanhamento é realizado com a mesma frequência do pagamento. O acompanhamento é aqui, particularmente importante, pois o fraccionamento do pagamento confronta a mutualidade com problemas de disciplina, com dificuldades ligadas às situações económicas aleatórias, etc. O recurso a uma quotização semanal, mensal ou outra, obriga uma mutualidade a adoptar uma certa flexibilidade em matéria de cobrança e, conseqüentemente, a efectuar um rigoroso acompanhamento das entregas.

O quadro de acompanhamento dos direitos de adesão e das quotizações

O quadro de acompanhamento das quotizações é uma síntese do registo de quotização, no qual retoma e compara os saldos mensais. Assim, o quadro permite visualizar e comparar a emissão de quotizações com a sua cobrança e a evolução dos atrasados.

O seu principal objectivo é o acompanhamento da taxa de cobrança das quotizações, mas ela deve igualmente permitir compreender as evoluções desta última. O seguinte exemplo mostra que podem sobrepor-se os atrasados do anterior exercício com os que se acumulam durante o corrente exercício.

Exemplo

Uma mutualidade pede uma quotização mensal idêntica para cada beneficiário. Os gestores registam as quotizações recebidas na ficha de quotização de cada aderente, assim como, no registo de quotização. Os direitos de adesão são pagos pelos novos aderentes no período de adesão à mutualidade, isto é, de Janeiro a Fevereiro. A mutualidade sanciona os aderentes que acumulam um atraso superior a metade da sua quotização anual, retirando-lhes o seu direito às prestações. As fichas de quotização e o registo de quotizações são concebidos por forma a permitir o acompanhamento dos atrasados do precedente ano.

A quotização mensal é igual a 100 UM (unidades monetárias) por mês e por beneficiário.

O responsável pelo registo de quotizações mantém actualizado um quadro de acompanhamento que, para o ano de 2002, apresenta-se assim:

Quadro de Acompanhamento das quotizações

	Dez. 2001	Jan.	Fev.	Mar.	Abri.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
Quotizações emitidas (A)		250 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	3 550 000
Quotizações recebidas (B)		250 000	300 000	300 000	290 000	260 000	275 000	265 000	250 000	255 000	285 000	300 000	300 000	3 330 000
Atrasados recebidos (C)		35 000	25 000	5 000	0	0	10 000	20 000	10 000	0	10 000	20 000	40 000	175 000
Saldo de atrasados (D)	65 000	30 000	5 000	0	10 000	50 000	65 000	80 000	120 000	165 000	170 000	150 000	110 000	110 000
Taxa de cobrança das quotizações (E)		100%	100%	100%	97%	87%	92%	88%	83%	85%	95%	100%	100%	94%
Taxa de cobrança total (F)		114%	108%	102%	97%	87%	95%	95%	87%	85%	98%	107%	113%	99%

Notas no quadro

- A. Os montantes das quotizações emitidas, aqui indicadas, correspondem aos do registos de quotização. Esses montantes correspondem, em princípio, ao número de beneficiários do mês multiplicado pelo montante mensal de quotização.
- B. As quotizações recebidas correspondem ao depósito em caixa das quotizações do exercício de 2002.
- C. Os atrasados recebidos correspondem à cobrança dos atrasados dos anteriores períodos. Consta-se que os atrasados do precedente exercício foram recebidos na totalidade no decurso do primeiro trimestre de 2002.
- D. O saldo dos atrasados é igual às quotizações mensais emitidas diminuídas das quotizações recebidas e dos atrasados recebidos durante o mês, adicionado ao saldo dos atrasados do precedente mês.
- E. A taxa de cobrança das quotizações é igual às quotizações recebidas divididas pelas quotizações emitidas. É expressa em percentagem. Consta-se que os meses de Maio a Setembro são os menos propícios a pagamento das quotizações. Em contrapartida, o início e o fim do ano são mais favoráveis.
- F. A taxa de cobrança total é igual às quotizações recebidas aumentadas dos atrasos recebidos, dividido pelas quotizações emitidas. É expressa em percentagem.



A gestão das prestações

A função principal de um sistema de seguro de saúde é a comparticipação da totalidade ou parte das despesas de saúde dos seus beneficiários, de acordo com uma lista de prestações definidas com precisão. Esta comparticipação constitui a principal fonte de despesas do sistema de seguro. Por esse facto, a gestão das prestações desempenha um importante papel. Visa, nomeadamente:

- realizar um controlo permanente dos direitos dos aderentes na comparticipação nas suas despesas de saúde;
- ordenar e executar os reembolsos dos aderentes ou o pagamento das facturas dos prestadores de cuidados;
- registar as informações sobre as prestações que são necessárias ao acompanhamento e à avaliação das actividades da mutualidade de saúde, ao cálculo das quotizações e às previsões financeiras.

A gestão das prestações assenta num conjunto de técnicas e de documentos ligados à comparticipação nas despesas de saúde. Apoia-se, igualmente, em relações funcionais entre a mutualidade e os prestadores de cuidados. Apresenta, efectivamente, a particularidade de ser dependente da acção desses prestadores.

3.1 As modalidades de recurso aos serviços de saúde

As modalidades de recurso aos serviços de saúde devem obedecer a vários princípios.

- Devem ser simples a fim de serem facilmente compreendidas pelos aderentes e favorecerem um acesso rápido aos cuidados.
- Devem preparar os mecanismos necessários para evitar a ocorrência de certos riscos ligados ao seguro, tais como, as fraudes, o sobre consumo de cuidados, etc.
- Devem corresponder aos meios técnicos, financeiros e humanos da mutualidade: um sistema demasiado complexo ou demasiado oneroso pode tornar-se, em tempo, uma fonte de paralisia da mutualidade.
- Devem ser coerentes, no quadro de um sistema de terceiro pagador, com as regras e procedimentos de gestão dos prestadores de cuidados.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde cobre as despesas de internamento num hospital que pratica um sistema tarifário e de pagamento dos actos repartidos pelos seus diferentes serviços. Para cada novo acto, um paciente deve, antecipadamente, pagar à caixa do respectivo serviço. Todas as tardes, os caixas dos serviços transferem as suas receitas para o serviço contabilístico do hospital.

Durante o processo de implementação da mutualidade, os responsáveis desta e a direcção do hospital reúnem-se, a fim de definir as modalidades de comparticipação dos beneficiários. No final das discussões, ficou decidido que essa comparticipação assentaria nas seguintes regras:

1. Quando um beneficiário entrar no hospital, o primeiro serviço no qual se apresentar (geralmente um serviço de internamento) orienta-lo-à para o serviço contabilístico.
2. O serviço contabilístico entregará ao beneficiário uma ficha de comparticipação que este último deverá apresentar em cada serviço. Para receber esta ficha, o beneficiário entregará o seu cartão de aderente ao serviço contabilístico; apenas o retomarà no final do seu internamento.
3. O beneficiário deverá apresentar a sua ficha de comparticipação na caixa de cada serviço consultado no quadro do tratamento (laboratório, radiografia, internamento, cirurgia, etc.). Os caixas não lhe pedirão o pagamento dos actos que serão efectuados, mas preencherão uma linha da ficha de comparticipação, indicando o montante a pagar pela mutualidade.
4. O beneficiário, no final do seu internamento, voltará ao serviço contabilístico onde entregará a sua ficha de comparticipação e retomarà o seu cartão de aderente. Irá para casa sem ter desembolsado ao hospital a mínima soma.
5. O serviço contabilístico do prestador totalizará, no fim do mês, os montantes do conjunto de fichas de comparticipação e estabelecerá uma factura em nome da mutualidade.

A comparticipação dos beneficiários deve ter em conta as seguintes considerações:

- para estar coberta pela mutualidade, a pessoa deve:
 - ✓ ser beneficiário da mutualidade;
 - ✓ ter terminado o seu período de observação;

- ✓ estar em dia no pagamento das suas quotizações ou não ultrapassar o atraso tolerado pela mutualidade;
- algumas mutualidades colocam um limite no montante das despesas de cuidados cobertos por beneficiários. Quando um beneficiário atinge esse limite, as suas despesas não são mais comparticipadas;
- em certas mutualidades, os beneficiários estão apenas cobertos nas formações médicas autorizadas. Eles podem recorrer a outros prestadores, sem, contudo, beneficiar do mesmo tipo de cobertura;
- num sistema de terceiro pagador, as condições de acesso e as modalidades de comparticipação das despesas de cuidados são objecto de procedimentos precisos convencionados entre a mutualidade e cada prestador;
- num sistema de reembolso das despesas ao aderente, pode ser estabelecido um acordo entre a mutualidade e o prestador, relativamente às modalidades de recebimento ou o estabelecimento de uma tarifa vantajosa para os mutualistas.

3.2 O controlo dos direitos às prestações

O controlo dos direitos às prestações pode ser realizado antes, durante e/ou após o recurso aos cuidados dos beneficiários, conforme a organização e o funcionamento da mutualidade (em particular, sistema de terceiro pagador ou não). Trata-se para a mutualidade de verificar, no momento deste controlo:

- por um lado, que o beneficiário tenha terminado o seu período de observação e tenha em dia as suas quotizações, ou que não acuse um atraso superior aos limites tolerados pela mutualidade;
- por outro, que as pessoas que se apresentam com um cartão de aderente sejam, efectivamente, beneficiários da mutualidade, isto é, que não haja usurpação de identidade pelos indivíduos não mutualistas.

O controlo antes do recurso aos cuidados

O controlo antes do recurso aos cuidados é praticado no quadro do sistema de terceiro pagador. O beneficiário deve apresentar-se no escritório da mutualidade antes de se dirigir para um prestador de cuidados. O “bureau” da mutualidade terá as tarefas de:

- ✓ verificar a identidade do paciente efectuando o controlo da sua regular inscrição na ficha de adesão;
- ✓ controlar na ficha de quotização que o aderente esteja em dia;
- ✓ eventualmente, entregar uma carta de garantia e orientar o beneficiário para o prestador;
- ✓ informar o beneficiário das modalidades de recebimento e de comparticipação em relação ao prestador.

O controlo durante os cuidados

Este controlo é, em particular, praticado no quadro do sistema de terceiro pagador. É realizado pelo prestador de cuidados e, portanto, depende do contrato que rege as relações entre este e a mutualidade. Quando está previsto este controlo, o prestador de cuidados deve:

- ✓ verificar a validade do cartão de aderente;

- ✓ verificar que o paciente seja, realmente, uma das pessoas inscritas no cartão;
- ✓ eventualmente, assegurar-se de que o nome do beneficiário não conste numa lista de pessoas excluídas da mutualidade que pode ser-lhe enviada por esta última.¹⁵

Este tipo de controlo é igualmente praticado quando é estabelecida uma tarifa vantajosa para os beneficiários, no quadro de um sistema de reembolso ao aderente das despesas de cuidados. O prestador de cuidados deve assegurar-se, graças ao cartão de aderente, do direito dos pacientes àquela vantagem.

O controlo após o recurso aos cuidados

No caso de terceiro pagador, este controlo implica uma participação de três intervenientes: o prestador, o aderente, e a mutualidade. É activado o seguinte procedimento:

- ✓ o prestador entrega um atestado de cuidados;
- ✓ o aderente deposita este atestado de cuidados na sede da mutualidade;
- ✓ a mutualidade verifica, a posteriori, com base no atestado de cuidados, o direito do aderente às prestações. Quando esse direito não é confirmado, a mutualidade poderá verificar se os procedimentos de controlo foram correctamente aplicados pelo prestador.

No caso de um sistema de reembolso ao aderente das despesas de cuidados, o escritório da mutualidade deve verificar, antes de proceder ao reembolso, se o beneficiário tem direito às prestações (inscrição, pagamento das quotizações, período de observação) e que os cuidados prestados estão, efectivamente, cobertos pela mutualidade.

3.3 A facturação e o controlo das facturas dos prestadores de cuidados

No quadro de um sistema de terceiro pagador, os convénios entre a mutualidade e os prestadores de cuidados prevêm a periodicidade de facturação dos cuidados (a qual, geralmente, é mensal).

Cada prestador de cuidados estabelece uma factura para os cuidados proporcionados aos beneficiários, na base das suas próprias ferramentas de gestão (registo de consultas, de internamento, etc.) ou, quando o documento é utilizado, na base dos exemplares dos atestados de cuidados, a CE da mutualidade deve:

- efectuar um último controlo dos recursos aos cuidados, comparando as informações dos atestados ou das cartas de garantia com as de factura (número de código e nome dos beneficiários, datas, montantes, etc.). Este controlo é útil na medida em que não são raros os erros de escrituração;
- verificar que os montantes facturados correspondem aos fixados pelo convénio entre a mutualidade e o prestador.

15 A utilização de uma lista destas é complexa na prática. A actualização da lista deve ser imediata após cada exclusão. Além disso, o pessoal de atendimento das formações médicas deve efectivamente preocupar-se em consultá-la.

A autorização e a execução do pagamento de cuidados	A autorização para pagamento é igualmente da competência da CE, quando a CE da mutualidade efectuou as prévias operações de controlo. Quando é constatado um problema, este deve ser discutido com o prestador de cuidados; por exemplo, quando existe uma diferença entre um atestado de cuidados e a factura.
O registo das comparticipações	Cada prestação comparticipada pela mutualidade é inscrita numa ferramenta de registo das prestações, o registo das prestações. Este registo tem por objectivo fornecer informações sobre as prestações necessárias ao acompanhamento e à avaliação das actividades da mutualidade. Trata-se, em especial, das informações empregues para cálculo das taxas de utilização e dos custos médios.

3.4 Os documentos

Os procedimentos e documentos de gestão das prestações são de uma grande diversidade nas mutualidades visadas por este guia. Os mais frequentemente utilizados são adiante descritos. Num primeiro tempo, são apresentados os documentos utilizados num sistema de terceiro pagador.

A carta de garantia A carta de garantia, ou autorização de comparticipação, é um documento utilizado pelas mutualidade que procura realizar um controlo dos direitos às prestações, antes do recurso aos cuidados pelos beneficiários. Tem dois principais objectivos:

- ✓ permitir um prévio controlo visando desencorajar as fraudes e limitar o sobre consumo;
- ✓ garantir ao prestador de cuidados que as despesas de cuidados do paciente serão cobertas pela mutualidade (sistema de terceiro pagador).

Apresentação

A carta de garantia apresenta-se, geralmente, sob a forma de um livro de talões pré-impresso cuja parte destacável, entregue ao beneficiário para ser apresentada, indica:

- ✓ as informações relativas ao beneficiário: apelido e o nome próprio, idade, sexo, número de código de identificação e outras informações úteis do cartão aderente;
- ✓ uma fórmula pré-redigida que autoriza o prestador de cuidados a receber o paciente de acordo com as condições previstas no convénio com a mutualidade;
- ✓ a data, o visto da mutualidade e a assinatura do responsável que entregou a carta de garantia.

O talão retoma, entre outras, as informações relativas ao beneficiário e a data de entrega do cartão de garantia.

Regras de utilização

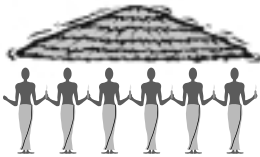
- ✓ O beneficiário deve obter a carta de garantia na mutualidade antes de se dirigir ao prestador. A mutualidade controla o direito às prestações do beneficiário antes de lhe entregar a carta.
- ✓ A carta de garantia deve ser obrigatoriamente apresentada ao prestador pelo beneficiário, para que este possa beneficiar da participação nos cuidados, à excepção dos casos de urgência e outras eventualidades previstas no convénio.
- ✓ A carta de garantia é geralmente apresentada ao prestador com o cartão de aderente.
- ✓ A carta de garantia é devolvida à mutualidade pelo prestador, conjuntamente com a factura.

Exemplo

Aquando do processo de implementação da mutualidade Espoir, os promotores adoptaram o sistema de carta de garantia, pois consideram tratar-se do melhor sistema de controlo dos direitos às prestações.

Cada CE dos agrupamentos mutualistas de bairro recebe um livro de talões com 50 cartas de garantia. Quando ocorre um caso de doença numa família, o aderente em causa deve apresentar-se, munido do seu cartão de aderente, perante o responsável do agrupamento. Este último verifica se o aderente tem as suas quotizações em dia (ou se não acumulou um atraso superior ao previsto nos Estatutos) e se o beneficiário não está em período de observação. Quando o direito às prestações está confirmado, o responsável entrega ao aderente uma carta de garantia, que este último deverá apresentar na formação médica com o seu cartão de aderente.

O modelo seguinte representa a carta de garantia, com o talão, que foi entregue a Awa Madou para a sua filha Amina que devia ser internada no Hospital Bonne Santé, convencionado com a Mutualidade Espoir.

TALÃO Carta de garantia n° 05	MUTUALIDADE DE SAÚDE ESPOIR	
Beneficiário : Apelido e nome próprio : <i>KADO Amína</i>	CARTA DE GARANTIA N° : 05	
N° de código : <i>02 / 01 / 03</i>	À intenção de :	
Data : <i>10 / 07 / 2000</i>	Formação Médica : <i>Hôpital BONNE SANTE de OUAIA</i>	
Assinatura e carimbo 	Em conformidade com o convénio assinado entre a mutualidade de saúde de Espoir e a vossa formação médica, agradecemos a aceitação da participação do beneficiário abaixo identificado.	
	Apelido e nome próprio do beneficiário : <i>KADO Amína</i>	
	N° de código : <i>02 / 01 / 03</i>	
	Em <i>10 / 07 / 00</i>	(assinatura e carimbo)
	A remeter à aceitação da formação médica acompanhada pelo cartão aderente	

O atestado de cuidados

O atestado de cuidados tem várias funções:

- ✓ permite um controlo após o recurso aos cuidados, quando o aderente a deposita no escritório da mutualidade;
- ✓ permite aos prestadores de cuidados estabelecerem as suas facturas;
- ✓ pode servir de justificativo para a contabilidade das formações médicas;
- ✓ sublinha, junto do aderente, num sistema de terceiro pagador, que os cuidados têm um custo (para além de um eventual co-pagamento).

Apresentação

O atestado apresenta-se, geralmente, sob a forma de um formulário em dois exemplares pré-impressos (aquando do preenchimento, é interposta uma folha de papel químico entre as duas folhas).

As seguintes informações devem constar no atestado:

- ✓ o nome da formação médica;
- ✓ o nome da mutualidade (sobretudo se a formação médica trabalha com várias mutualidades de saúde);
- ✓ os apelidos, os nomes próprios, número de código e outras informações úteis e convencionadas com a mutualidade relativas ao beneficiário e constando no cartão de aderente;
- ✓ a natureza dos actos prestados ao paciente: consulta, exames, etc.(utilização eventual de um código);
- ✓ o montante pago pelo paciente, sob a forma de taxa moderadora, franquia ou outra;
- ✓ o montante facturado à mutualidade pelos actos prestados ao paciente;
- ✓ a data dos cuidados ou datas de entradas e de saídas para os internamentos;
- ✓ a assinatura do prestador de cuidados e a do beneficiário(ou a impressão digital).

Regras de utilização

- ✓ O atestado é estabelecido pelo prestador de cuidados, pelo menos em dois exemplares: um conservado pelo prestador, o outro entregue ao paciente;
- ✓ A apresentação e as modalidades de preenchimento dos atrasados são convencionados entre a mutualidade e o prestador;
- ✓ Os mutualistas devem remeter rapidamente o seu exemplar de atestado ao escritório da mutualidade.

Exemplo

Após vários meses de funcionamento, a Mutualidade Espoir decide abandonar o sistema de carta de garantia, em proveito dos atestados de cuidados. Ela deposita em cada formação médica um livro com 50 atestados de cuidados (cada atestado está em duplicado).

No final da prestação de cuidados, o pessoal da formação médica preenche um atestado de cuidados, sendo um exemplar remetido ao beneficiário. Este deve, seguidamente, remeter esse atestado a um dos membros da CE do seu agrupamento mutualista.

O atestado seguinte retoma o exemplo do internamento de Amina Kado que ilustrava a carta de garantia. Notar-se-à que a utilização do co-pagamento volta a deixar a cargo do aderente o pagamento da consulta à entrada no hospital, assim como, a primeira diária de internamento (tarifa =1000 UM / dia; para as crianças de 0-5 anos, a tarifa =500 UM / dia).

Hospital BONNE SANTE - OUAIA
FORMAÇÃO SANITÁRIA :

ATESTADO DE CUIDADOS N° 55

Apelido e nome próprio do beneficiário : *KADO Amina*

N° de código : *02 / 01 / 03* Idade: *13 anos* Sexo : *F*

Data de entrada: *10 / 07 / 02* Data de saída: *13 / 07 / 02*

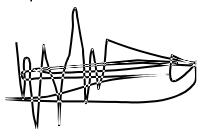
Prestações da formação médica

Data	Serviço	Acto	Montante pago pelo paciente	Montante facturado à mutualidade
10/07	<i>Dispensário</i>	<i>Consulta</i>	200	-
10/07	<i>Laboratório</i>	<i>Exames</i>		1 500
10/07	<i>Farmácia</i>			3 000
11/07	<i>Radiologia</i>	<i>Exames</i>		1 000
13/07	<i>Farmácia</i>			2 600
15/07	<i>Internamento</i>	<i>3 dias</i>	1 000	2 000
		TOTAL	1 200	10 100

Total facturado à mutualidade (por extenso): *Dez mil e cem UM*

Data : *13 / 07 / 02*

Assinatura e carimbo
do prestador de cuidados



Assinatura ou impressão
do beneficiário



A factura recapitulativa do prestador

A factura recapitula os montantes dos cuidados prestados aos beneficiários da mutualidade de saúde, durante um certo período (mais frequentemente, em cada mês, até mesmo por trimestre) desses cuidados ao prestador,

A factura desempenha um duplo papel:

- ✓ é uma peça contabilística que desencadeia o procedimento de pagamento dos cuidados;
- ✓ constitui uma ferramenta de controlo e de acompanhamento, em associação com as cartas de garantia ou os atestados de cuidados.

Apresentação

As informações que aparecem na factura devem estar listadas no convénio entre a mutualidade e o prestador de cuidados. Uma mutualidade pode estabelecer um formato padrão de apresentação da factura de acordo com os prestadores e escolher distribuir a estes livros de facturas virgens. Isso implica custos de gestão suplementares, mas garante à mutualidade receber facturas padronizadas, o que facilita os anteriores controlo e acompanhamento.

A factura comporta geralmente as seguintes informações:

- ✓ os elementos de identificação do prestador de cuidados;
- ✓ o número da factura;
- ✓ o período coberto;
- ✓ a recapitulação das prestações facturadas:
- ✓ data da prestação;
 - número da carta de garantia ou do atestado de cuidados (eventualmente);
 - natureza da prestação;
 - custos da prestação facturado à mutualidade (com menção do co-pagamento se este existir);
- ✓ a soma total facturada à mutualidade para o período, por algarismos e por extenso;
- ✓ a data de emissão da factura (e, eventualmente, o prazo de reembolso conforme o convénio com a mutualidade);
- ✓ a assinatura e o carimbo do prestador de cuidados.

Regras de utilização

- ✓ A factura é geralmente estabelecida no fim do mês, salvo excepção (fraco montante transportado para o mês seguinte por exemplo). Em tal circunstância, o montante da factura é, então, transportado sobre a do mês seguinte.
- ✓ A factura é estabelecida no mínimo com dois exemplares: um para o prestador e o outro para a mutualidade de saúde.

- ✓ A factura deve ser cuidadosamente preenchida pelo prestador. A mutualidade pode recusar o pagamento de uma factura que não contenha todas as informações convencionadas redigidas de forma legível.
- ✓ A factura em questão pode ser devolvida pela mutualidade se os montantes que nela constam não estão em conformidade com os registados nos atestados de cuidados (quando este tipo de documento é utilizado).

Exemplo

As convenções acordadas entre a Mutualidade Espoir e os prestadores de cuidados regulam especialmente o conteúdo das facturas mensais que estes últimos devem estabelecer. Por este facto, todas as facturas contêm os mesmos tipos de informação e, assim, facilitam as operações de controlo e de acompanhamento da mutualidade.

O modelo seguinte apresenta a factura elaborada pelo Hospital Bonne Santé para o mês de Julho de 2002. Ela sintetiza todos os atestados de cuidados de saúde prestados durante esse mês, entre os quais, o de Amina Kado, anteriormente apresentado.

HOSPITAL BONNE SANTE
BP 2756 OUAIA TEL. : 237 8745

FACTURA

Factura n.º115.....

Despesas de cuidados dos membros da mutualidade:*Mutualidade de Saúde ESPOIR*.....

Para o mês de:*Julho 2002*.....



Data	N.º de código	N.º de atestado	Natureza da prestação	Taxa moderadora	Comparticipação Mutualidade	Total
05/07	04/10/02	50	<i>Internamento Pediatria</i>	700	500	6 200
13/07	02/01/03	55	<i>Internamento</i>	1 200	10 100	11 300
15/07	01/06/01	56	<i>Parto</i>	-	5 000	5 000
23/07	03/10/06	58	<i>Internamento cirurgia</i>	1 200	12 200	13 400
TOTAL A PAGAR PELA MUTUALIDADE					32 800	

Encerrada a presente factura na soma de:*Trinta e dois mil e oitocentos e um*.....

Assinatura e carimbo do prestador de cuidados



O recibo ou a factura individual

A mutualidade pode pedir aos seus aderentes para pagarem os encargos respeitantes aos serviços prestados; ela reembolsá-los-á depois. Neste caso, o aderente paga em conformidade com as modalidades adoptadas pelo prestador de cuidados (pagamento no acto, por ocorrência de doença, etc.) e de acordo com as tarifas convencionadas com a mutualidade.

O aderente recebe, então, do prestador uma prova de pagamento, isto é, um recibo ou uma factura na qual deve constar pelo menos:

1. a identificação do prestador de cuidados;
2. a exacta identificação do beneficiário;
3. a natureza das prestações;
4. o preço e a data da prestação.

Munido do seu livrete de saúde, do seu cartão de aderente e da sua prova de pagamento, o aderente apresenta-se no escritório da mutualidade para ser reembolsado. Pode igualmente dirigir o seu pedido por correio.

O registo das prestações

O registo das prestações permite o acompanhamento dos cuidados cobertos pela mutualidade.

Apresentação

Existem diversas apresentações do registo das prestações, entre as quais, as duas seguintes (sistema de terceiro pagador):

- ✓ um registo na forma de quadro com:
 - em linha: cada prestação coberta pela mutualidade;
 - em coluna:
 - a data,
 - o número da carta de garantia ou do atestado de cuidados (eventualmente);
 - o número de código, a idade e o sexo do beneficiário,
 - o tipo de prestação (consulta, maternidade, internamento, etc.)
 - o montante total da prestação,
 - as eventuais observações;
- ✓ um classificador, reagrupando, por ordem cronológica e/ou por serviço utilizado, os atestados de cuidados (quando são utilizados).

Regras de utilização

- ✓ Quando a mutualidade utiliza o sistema da carta de garantia, o registo é, geralmente, preenchido no fim do mês, quando foi recebida a factura de cada prestador de cuidados e controlada pela CE da mutualidade.
- ✓ Quando a mutualidade utiliza o sistema de atestado de cuidados, cada prestação de cuidados deve ser registada desde a recepção do atestado de cuidado.
- ✓ Nos dois casos, todas as informações respeitantes a cada prestação devem ser registadas.
- ✓ Quando é detectado um caso de fraude, o assentamento deve ser corrigido no registo, a fim de evitar falsear o cálculo das taxas de utilização e dos custos médios.
- ✓ Quando a mutualidade reembolsa directamente as despesas dos aderentes, as informações relativas às prestações são transportadas para o registo, após o controlo do direito às prestações e a preparação dos pagamentos.

Exemplo

A mutualidade Espoir utiliza um registo das prestações que é actualizado, aquando das reuniões mensais dos representantes dos agrupamentos mutualistas de bairro. Estes últimos apresentam-se na reunião munidos de todos os atestados de cuidados que os aderentes depositaram durante o mês. As facturas dos diferentes prestadores de unidades são enviadas directamente à mutualidade.

Um dos objectivos desta reunião é comparar os actos mencionados nas facturas com os atestados recebidos. Nesta comparação os prestadores de cuidados que não coloquem problemas são inscritos no registo das prestações. Para os outros, dois casos ilustrativos podem ser apresentados:

- uma prestação é mencionada numa factura, mas o respectivo agrupamento não recebeu do aderente o correspondente atestado de cuidados. Neste caso, a prestação é paga normalmente e, depois, é objecto de um controlo, junto do aderente, feito pela Comissão do agrupamento;
- uma diferença de montante aparece entre um atestado de cuidados e a factura. Este problema é, então, discutido com o prestador, antes do pagamento da factura.

Quando estes casos estão regularizados, são inscritos no registo das prestações.

Este registo permite sintetizar o conjunto das prestações de cuidados do mês. Simplifica a contabilidade, pois desempenha o papel de um diário auxiliar (ver parte 4: A contabilidade) e contém todas as informações necessárias à realização de um eficaz acompanhamento.

A página deste registo para o mês de Julho de 2002 é aqui apresentada. Notar-se-á que, além das prestações do Hospital Bonne Santé, a Mutualidade Espoir cobre igualmente os pequenos internamentos e os partos em dois centros de saúde e numa maternidade de bairro.

REGISTO DE PRESTAÇÕES

Mês de: *Julho 2002*

Data	N.º atestados Cuidados	Idade	Sexo	N.º de código	Serviço de Saúde	Montante			Observações
						Taxa mod.	Mutualidade	Total	
05/07	50	5	F	04/10/02	Pediatria Hosp. Bonne Santé	700	5 500	6 200	
08/07	51	25	F	02/05/01	Parto CC Saint Victor		5 000	5 000	
08/07	52	15	M	03/10/05	Internamento CS Malika	100	2 500	2 600	
10/07	53	7	M	01/06/03	Internamento CS Saint Victor	100	1 500	1 600	
12/07	54	35	F	02/07/01	Parto Matern. Paix		5 000	5 000	
13/07	55	13	F	02/01/03	Internamento H. Bonne Santé	1 200	10 100	11 300	
15/07	56	28	F	01/06/01	Parto Hosp. Bonne Santé		5 000	5 000	
20/07	57	5	M	03/15/08	Internamento CS Malika	100	2 000	2 100	
23/07	58	67	M	03/10/06	Cirurgia Hosp. Bonne Santé	1 200	12 200	13 400	
Total do mês de Julho						3 400	48 800	52 200	

3.5 O controlo dos registos

O registo das prestações deve ser objecto de um controlo regular, a fim de verificar a exactidão do terceiro pagador. Esse controlo assenta no facto de que:

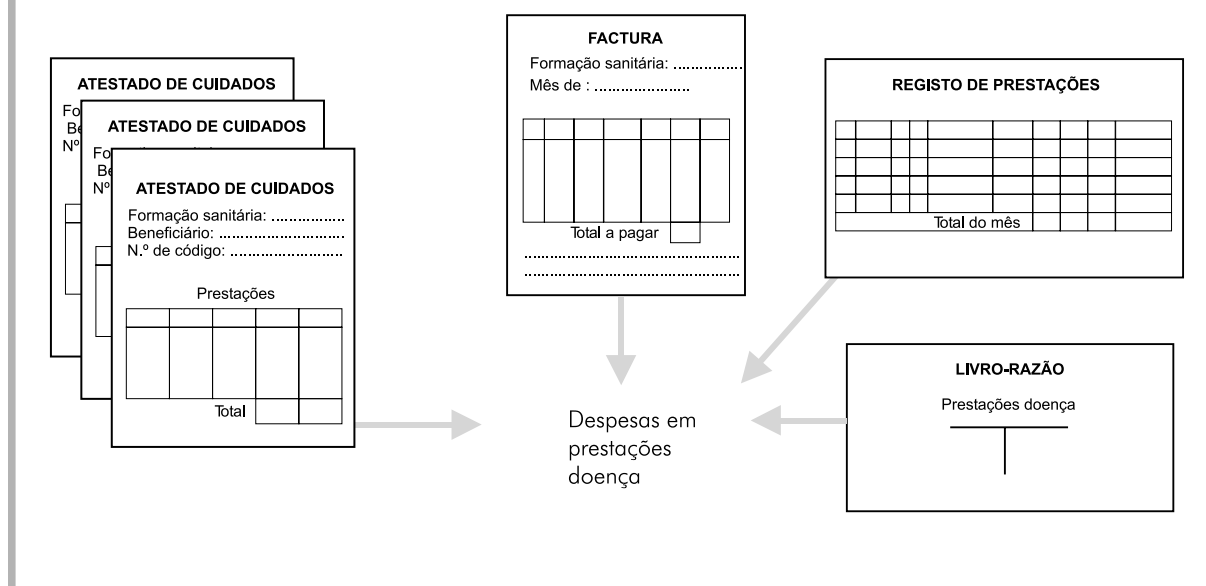
- cada prestação de cuidados dá lugar ao estabelecimento de uma carta de garantia e / ou de um atestado de cuidados (se estes documentos são utilizados);
- uma linha numa factura de um prestador corresponde à prestação fornecida;
- ter sido efectuada uma inscrição no registo das prestações

O controlo consiste em comparar o número de prestações e o total das despesas de cuidados, determinados a partir de cada um desses três documentos.

O total das despesas de cuidados deve, igualmente, ser comparado com as despesas registadas na conta "Prestação doença" do livro – razão.

A verificação do registo das prestações doença

(sistema com atestados de cuidados e de terceiro pagador)



3.6 O acompanhamento das prestações doença

O acompanhamento das prestações tem por objecto o consumo de cuidados pelos beneficiários da mutualidade e o custo das prestações cobertas. Trata-se de um elemento essencial da gestão de uma mutualidade, pois permite:

- estimar o preço do custo do produto de seguro;
- detectar e corrigir as anomalias em matéria de utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários (selecção adversa, sobreconsumo, etc.);
- detectar e corrigir igualmente as anomalias nos prestadores de cuidados (sobre prescrição, etc.);
- afinar o cálculo das quotizações, as previsões orçamentais e os planos de tesouraria.

Os indicadores de acompanhamento das prestações

Os principais indicadores de acompanhamento são:

a taxa de utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários e o custo médio de cada serviço coberto.

A taxa de utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários (ratio prestações/beneficiários)

Este indicador, calculado por categoria de serviço (ou de prestação) e por um certo período, é a relação entre o número de vezes que os beneficiários da mutualidade utilizaram o serviço considerado e o número total de beneficiários.

Quando a mutualidade colabora com vários prestadores, a taxa de utilização deve ser calculada para cada um deles, e depois globalmente. Para fazer isso, o número de beneficiários susceptíveis de utilizar os serviços de cada prestador deve ser precisamente conhecido.

As taxas de utilização são estabelecidas:

- ✓ por um lado, para calcular o nível das quotizações. As taxas de utilização reais são comparadas com as empregues no cálculo das quotizações. Quando as taxas de utilização reais são constantemente superiores às taxas que serviram para o cálculo, a quotização está sub-avaliada e a mutualidade sentirá dificuldades financeiras no fim do exercício. Inversamente, quando a taxa real é inferior, a mutualidade pode baixar o montante das quotizações ou aumentar o nível ou a extensão das garantias;
- ✓ por outro, para caracterizar as variações sazonais de utilização e para identificar o aparecimento de epidemias ou de eventuais anomalias de consumo ou de prescrição.

O custo médio de cada serviço de saúde coberto

O cálculo dos custos médios é efectuado para cada categoria de serviço e para cada prestador, dividindo o custo total pelo número de prestações da categoria (concedidas por um mesmo prestador).

Este indicador deve ser comparado com:

- ✓ o custo médio empregue no cálculo das quotizações;
- ✓ os custos médios dos meses precedentes.

Do mesmo modo que para a taxa de utilização, a mutualidade de saúde pode encontrar custos médios reais superiores ou inferiores aos empregues no cálculo das quotizações. Deve, então, proceder a ajustamentos no montante das suas quotizações ou reajustar a extensão das garantias.

O acompanhamento mensal dos custos permite constatar eventuais anomalias. Variações no decurso do exercício traduzem, geralmente, uma mudança de comportamento dos beneficiários ou de um (ou vários) prestador de cuidados; a mutualidade deve, então, reagir.

A frequência do acompanhamento

O acompanhamento das prestações deve ser regular. O cálculo dos indicadores e o preenchimento dos quadros de acompanhamento são geralmente mensais e efectuam-se após recepção e controlo das facturas dos prestadores de cuidados.

O cálculo das taxas de utilização dos serviços pelos beneficiários não é possível se a mutualidade não conhece com precisão o número dos seus beneficiários.

O quadro de acompanhamento

O quadro de acompanhamento das prestações é mais complexo de elaborar e preencher do que no caso das adesões e das quotizações. Deve ser elaborado um quadro :

- ✓ para cada prestador de cuidados, distinguindo cada um dos serviços cobertos;

- ✓ eventualmente, para cada aldeia, secção local ou agrupamento mutualista filiado na mutualidade;
- ✓ para o conjunto dos prestadores e das aldeias, secções ou agrupamentos (este quadro global serve de referência para a análise dos precedentes quadros).

Esses quadros sintetizam as informações do registo das prestações e permitem visualizar a evolução mensal dos indicadores de acompanhamento. Trata-se de um trabalho particularmente pesado, sobretudo, para uma mutualidade que cobre vários prestadores e/ou várias secções de base. A realização deste acompanhamento pode requerer a utilização de material informático e de apoio externo.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde cobre duas comunidades e conta:

- 1000 beneficiários na comunidade A, com 200 em período de observação até ao mês de Abril;
- 2500 beneficiários na comunidade B, com 500 em período de observação até ao mês de Abril.

As duas comunidades possuem, cada uma, um centro de saúde, no qual a mutualidade comparticipa os internamentos. Estes dois centros de saúde têm o mesmo quadro técnico e efectuaram as mesmas prestações de cuidados com idênticas tarifas e preços de medicamentos.

O responsável pelo registo das prestações mantém mensalmente actualizados os quadros de acompanhamento que aqui se apresentam para o ano de 2002.

Acompanhamento das prestações Quadro 1/ Comunidade A - Exercício 2002

	Jan.	Fev.	Mar.	Abri.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Média/ Total	REF.
Número de beneficiários (A)	800	800	800	800	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	933,3	
Número de internamentos (B)	3	5	4	5	3	6	3	6	5	7	4	5	56	
Taxa de utilização mensal (C)	4,5 %	7,5 %	6,0 %	7,5 %	3,6 %	7,2 %	3,6 %	7,2 %	6,0 %	8,4 %	4,8 %	6,0 %	6,0 %	
Taxa de utilização acumulada (D)	4,5 %	6,0 %	6,0 %	6,4 %	5,7 %	6,0 %	5,6 %	5,8 %	5,9 %	6,1 %	6,0 %	6,0 %		6,0 %
Custo total das prestações (E)	15 000	23 000	12 000	18 000	17 000	28 000	40 000	50 000	48 000	40 000	47 000	50 000	388 000	
Custo médio internamento (F)	5 000	4 600	3 000	3 600	5 667	4 667	13 333	8 333	9 600	5 714	11 750	10 000	6 929	
Custo médio acumulado (G)	5 000	4 750	4 167	4 000	4 250	4 346	5 276	5 800	6 275	6 191	6 627	6 929		5 000

Acompanhamento das prestações - Quadro 2/Comunidade B - Exercício 2002

	Jan.	Fev.	Mar.	Abri.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Média/ Total	REF.
Número de beneficiários (A)	2 000	2 000	2 000	2 000	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 333	
Número de internamentos (B)	10	8	11	12	11	17	15	16	21	25	30	21	197	
Taxa de utilização mensal (C)	6,0 %	4,8 %	6,6 %	7,2 %	5,3 %	8,2 %	7,2 %	7,7 %	10,1 %	12,0 %	14,4 %	10,1 %	8,4 %	
Taxa de utilização acumulada (D)	6,0 %	5,4 %	5,8 %	6,2 %	5,9 %	6,4 %	6,5 %	6,7 %	7,1 %	7,6 %	8,3 %	8,4 %		6,0 %
Custo total das prestações (E)	45 000	41 000	54 500	62 000	53 000	84 000	76 000	78 000	99 500	127 000	145 000	112 000	977 000	
Custo médio internamento (F)	4 500	5 125	4 955	5 167	4 818	4 941	5 067	4 875	4 738	5 080	4 833	5 333	4 959	
Custo médio acumulado (G)	4 500	4 778	4 845	4 939	4 913	4 920	4 946	4 935	4 901	4 932	4 915	4 959		5 000

Acompanhamento das prestações-Quadro3/Comunidades A e B-Exercício 2002

	Jan.	Fev.	Mar.	Abri.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Média/ Total	REF.
Número de beneficiários (A)	2 800	2 800	2 800	2 800	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 267	
Número de internamentos (B)	13	13	15	17	14	23	18	22	26	32	34	26	253	
Taxa de utilização mensal (C)	5,6 %	5,6 %	6,4 %	7,3 %	4,8 %	7,9 %	6,2 %	7,5 %	8,9 %	11,0 %	11,7 %	8,9 %	7,7 %	
Taxa de utilização acumulada (D)	5,6 %	5,6 %	5,9 %	6,2 %	5,9 %	6,3 %	6,2 %	6,4 %	6,7 %	7,2 %	7,6 %	7,7 %		6,0 %
Custo total das prestações (E)	60 000	64 000	66 500	80 000	70 000	112 000	116 000	128 000	147 500	167 000	192 000	162 000	1 365 000	
Custo médio internamento (F)	4 615	4 923	4 433	4 706	5 000	4 870	6 444	5 818	5 673	5 219	5 647	6 231	5 395	
Custo médio acumulado (G)	4 615	4 769	4 646	4 664	4 729	4 763	5 031	5 159	5 242	5 238	5 300	5 395		5 000

Notas dos quadros

Estes três quadros são preenchidos do mesmo modo. O terceiro quadro é a síntese, ao nível das duas comunidades, do número de beneficiários, do número de internamentos e dos custos das prestações.

- A. Esta linha apenas contabiliza os beneficiários que têm direito às prestações. O número varia no mês de Maio, pois alguns estão em período de observação de Janeiro a Abril (inclusive). O total da linha A é a média do número mensal de beneficiário.
- B. O número de internamentos é resultante do registo das prestações.
- C. A taxa de utilização mensal é calculada dividindo o número de internamentos do mês pelo número médio de beneficiários que tenham direito às prestações durante esse mês. O resultado é multiplicado por 12, a fim de poder comparar esta taxa com a empregue no cálculo das quotizações (6,0% – coluna Ref.). A mutualidade pode, assim, apreciar o nível de utilização dos serviços durante o mês, relativamente à média anual prevista. Cada taxa mensal é igualmente comparada com as taxas dos precedentes meses o que permite uma primeira observação da sua evolução. A taxa de utilização anual (a última coluna) é calculada dividindo o total de internamentos pelo número médio de beneficiários.
- D. A linha D permite uma outra observação da taxa de utilização dos serviços de internamento dos dois centros de saúde pelos beneficiários da mutualidade. O modo de cálculo utilizado tem em conta a evolução do consumo de cuidados, após o início do exercício e permite projectá-la no resto do ano.

Este cálculo assenta nos seguintes dados:

CI = Número acumulado de internamentos desde o início do ano.

MB = Número médio de beneficiários desde o início do ano.

MP = Número de meses passados.

A fórmula utilizada em cada mês é a seguinte:
$$\frac{\left[\frac{CI}{MB} \right] * 12}{MP}$$

Por exemplo, no quadro 3 (comunidades A e B), o cálculo é o seguinte para o mês de Maio: $[(72 / 2940) \times 12] / 5 = 5,9\%$.

- E. Os custos totais das prestações participadas são resultantes do registo das prestações.
- F. O custo médio mensal de um internamento é calculado dividindo o custo total dos internamentos pelo número daqueles no decurso do mês. O custo médio anual é calculado dividindo o total das facturas pelo número anual de internamento.
- G. O custo médio “acumulado” anual é calculado em cada mês, dividindo o total das facturas desde o início do ano pelo número de internamentos desde o início do ano.

Por exemplo, no quadro 3, é o seguinte o cálculo para o mês de Março:

$$(60000+64000+66500) / (13+13+15) = 4646$$

Esta linha permite observar a evolução do custo médio dos internamentos e comparar a tendência que progressivamente se desenha com o custo médio esperado e utilizado no cálculo das quotizações (5000- coluna Ref.).

Estes quadros e os cálculos que contêm podem parecer pesados e fastidiosos, mas são indispensáveis.

Neste exemplo, as linhas D e G do quadro 3 indicam que as taxas de utilização e o custo médio dos internamentos tendem a aumentar de mês para mês e a ultrapassar os custos esperados. Esta tendência global esconde, contudo, dois distintos fenómenos.

- Na comunidade A, as taxas de utilização evoluem conforme as previsões, isto é, em cerca de 6,0%, mesmo se alguns meses, como Outubro, conhecem uma taxa elevada. Em contrapartida, o custo médio dos internamentos aumenta a partir do mês de Julho para atingir níveis elevados relativamente às previsões.

- A comunidade B apresenta uma situação inversa: os custos médios mantêm-se em conformidade com as previsões, mas as taxas de utilização aumentam a partir de Junho e são elevadas no fim do ano. No fim do ano, os responsáveis da mutualidade realizam um estudo complementar, a fim de compreender esse fenómeno.
 - Constatam que na comunidade A, o enfermeiro do centro de saúde pratica uma sobre-factura dos internamentos para aumentar as suas receitas nas despesas da mutualidade.
 - Na comunidade B, constatam que várias famílias combinaram com o enfermeiro este facturar à mutualidade despesas em internamentos de indivíduos não mutualistas.
- À vista das tendências que aparecessem a meio do ano, estes responsáveis teriam podido intervir mais rapidamente para travar esses desvios.

4

Os procedimentos de gestão das adesões, das quotizações e das prestações

As ferramentas e procedimentos de gestão das adesões, das quotizações e das prestações foram tratadas separadamente nos três capítulos precedentes. Este quarto capítulo dá uma visão sintética das relações entre estas três componentes da gestão da mutualidade.

4.1 Alguns exemplos de procedimentos

Os procedimentos de gestão implementados por uma mutualidade variam em função da sua organização e das suas modalidades de funcionamento. Três casos simbólicos, representativos das organizações mutualistas mais correntemente encontradas, são ilustrados neste capítulo.

- Uma mutualidade de saúde cobrindo uma população concentrada numa área geográfica restrita. Esta mutualidade é administrada por uma AG, um CA e uma CE e dispõe de um pequeno local que serve de sede. A quotização é anual.
- Uma mutualidade cobrindo uma importante população e dispondo de meios financeiros suficientes para assalar um gerente. Esta mutualidade é administrada por uma AG, um CA e um “Bureau” (Presidente, Secretário e Tesoureiro), que supervisiona as operações ligadas à gestão quotidiana executadas pelo Gerente. Esta mutualidade dispõe de um local que lhe serve de sede, onde o Gerente assegura uma permanência diária. A quotização é mensal.
- Uma mutualidade estruturada em secções locais espalhadas num território vasto. Esta mutualidade é gerida por uma AG, um CA constituído por representantes das secções e um “Bureau”. A quotização é mensal.

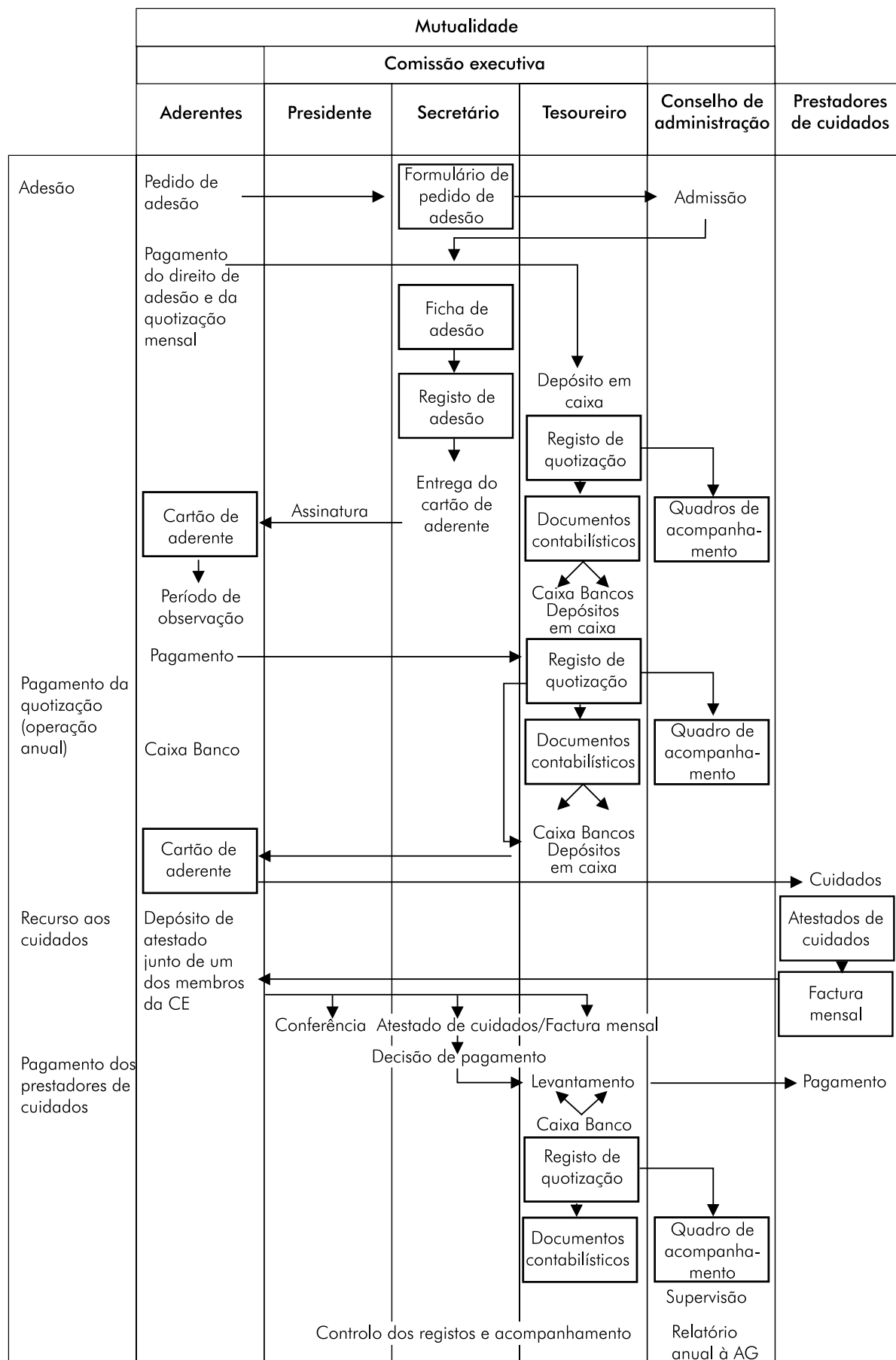
Para simplificar esta apresentação, as três mutualidades tomadas como exemplo praticam o sistema de terceiro pagador. A segunda pratica, igualmente, o reembolso de cuidados aos aderentes para as consultas ambulatoriais. Estas três mutualidades adoptaram um sistema de atestado de cuidados.

Os três esquemas seguintes ilustram os procedimentos de gestão das adesões, das quotizações e das prestações de cuidados, no seio das três mutualidades. Permitem constatar que para o cumprimento das mesmas tarefas, cada mutualidade desenvolveu as suas próprias modalidades e reparte diferentemente as funções entre os diferentes intervenientes internos.

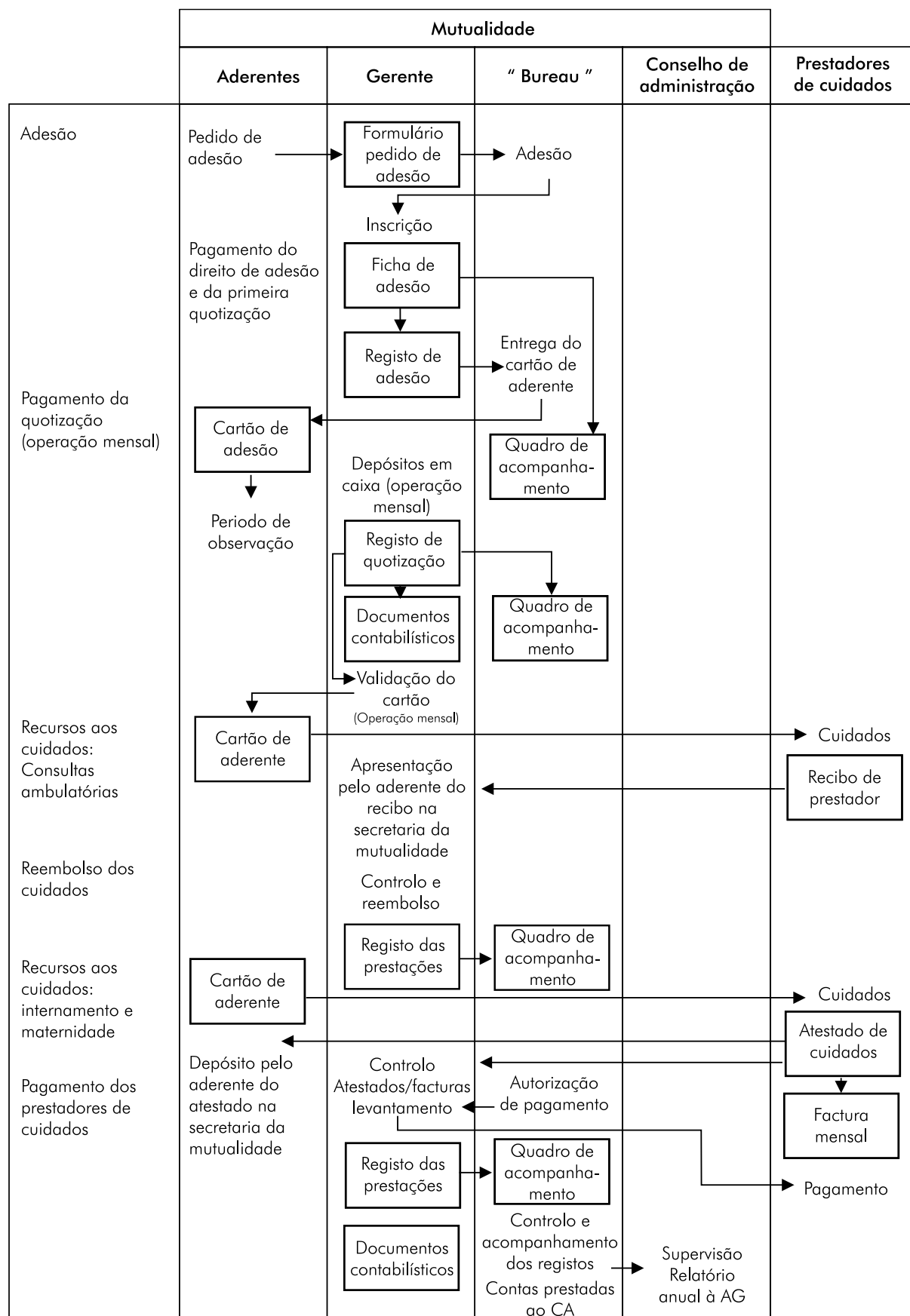
É importante que certas actividades que entram nos procedimentos sejam objecto de uma precisa planificação para o ano e mês a mês. A título de exemplo, as reuniões do CA da terceira mutualidade são mensais e, muitas vezes, têm lugar após o envio das facturas do mês anterior pelos prestadores. Passa-se o mesmo para as reuniões da CE e do “Bureau” das duas outras mutualidades. O facto dos atrasos de facturação dos cuidados pelos prestadores estarem previstos nos convénios facilita esta programação.

Os esquemas seguintes são outra forma de apresentação possível do quadro de funções, onde as cruzes são substituídas por uma breve descrição das tarefas. Esta apresentação permite, igualmente, fazer aparecer, com flechas, as relações entre as diferentes tarefas e os documentos de gestão utilizados.

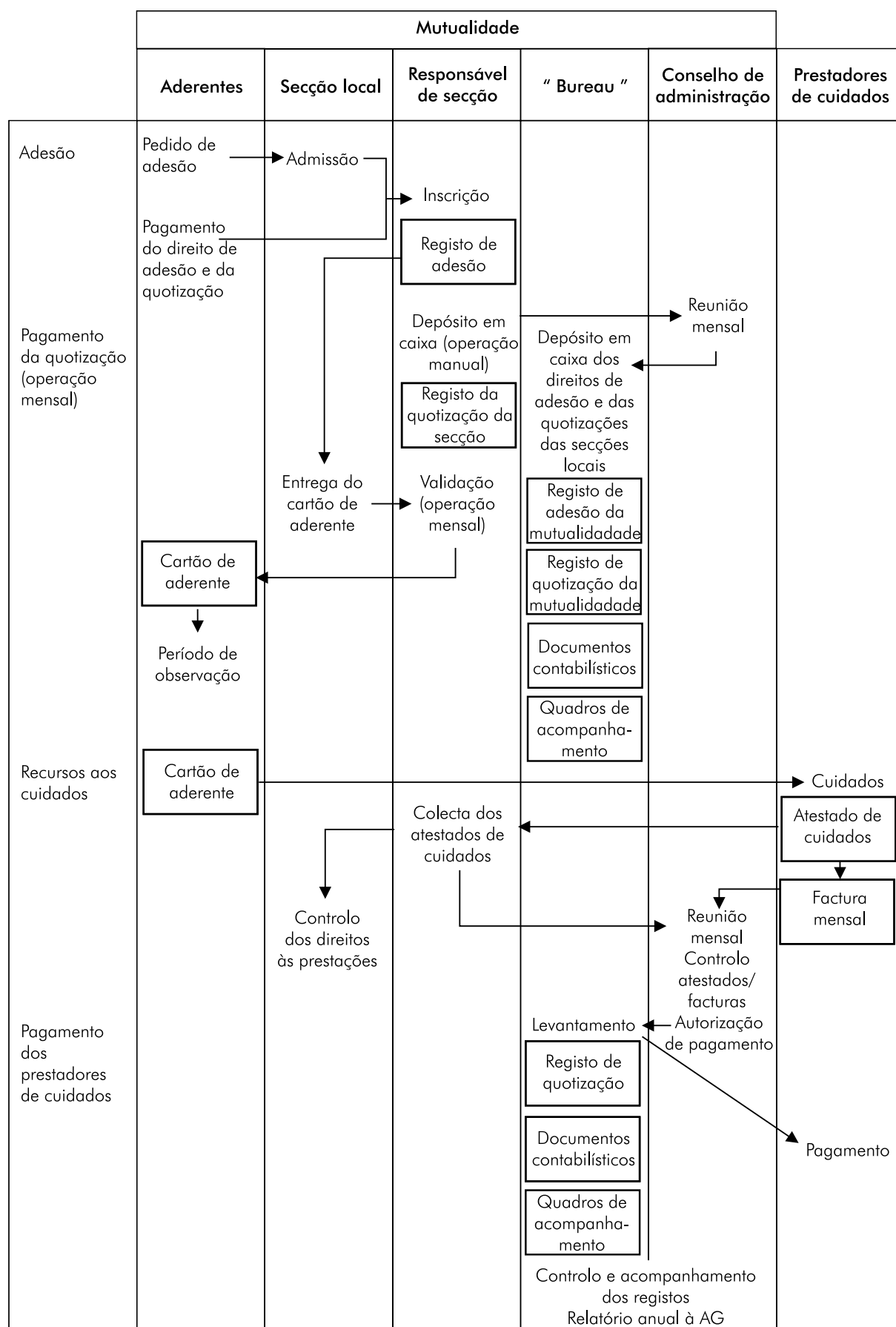
Esquema 1: Exemplo de procedimentos de uma mutualidade com uma comissão executiva



Esquema 2: Exemplo de procedimento de uma mutualidade com um Gerente



Esquema 3: Exemplo de procedimentos de uma mutualidade com secções locais



4.2 O manual dos procedimentos

O conjunto dos procedimentos de gestão pode ser compilado e descrito num manual de procedimento, em particular, para uma mutualidade cujos serviços são importantes e variados e onde as tarefas a cumprir são múltiplos e complexas.

Este manual preenche duas funções:

- fornece um quadro de referência que permite evitar os esquecimentos, a maioria dos erros que afectam a escrituração e facilita a compreensão por todos os intervenientes respeitante às respectivas atribuições e às dos outros, no conjunto dos procedimentos;
- constitui um documento de base para a formação de novos eleitos e do pessoal da mutualidade.

É feita referência ao manual de procedimentos no quadro da gestão das adesões, das quotizações e das prestações, mas esta ferramenta pode ser aplicada nos diferentes domínios de gestão da mutualidade.

O manual de procedimento é, igualmente, redigido no final do estudo de viabilidade da mutualidade. Não se trata de um documento estático; deverá muitas vezes evoluir, nomeadamente, em funções dos ajustamentos de funcionamento no decurso dos primeiros anos e do desenvolvimento da mutualidade.

O plano deste documento organiza-se na maioria das vezes em volta das seguintes secções:

- introdução
- lembrança dos objectivos da mutualidade e, se necessário, dos principais artigos dos Estatutos e do Regulamento Interno, relacionados com os procedimentos de gestão;
- para cada domínio de gestão, uma precisa descrição:
 - ✓ dos procedimentos;
 - ✓ das tarefas dos intervenientes implicados;
 - ✓ dos documentos e suportes de gestão utilizados

Parte 4

A contabilidade de uma mutualidade de saúde

A vida de uma mutualidade de saúde é pontuada por um conjunto de operações económicas que modificam constantemente o volume e a organização dos seus recursos. Estas operações deverão ser registadas, pois a mutualidade deve estar à altura de acompanhar o seu património, a sua situação financeira, assim como, o seu resultado de exploração.

É um dos principais objectivos da contabilidade organizar este registo, efectuar a verificação e produzir, regularmente, uma síntese das informações tratadas.

A contabilidade não deve ser considerada como um constrangimento, nem como uma finalidade. É antes de tudo uma indispensável ferramenta para uma eficaz gestão. Por este facto, não deve ser entendida como um luxo reservado às únicas mutualidades que dispõem de contabilistas. Se é verdade que ela assenta em mecanismos que por vezes são complexos, pode ser adaptada e simplificada para as mutualidades que não dispõem das necessárias competências.

Esta parte visa os seguintes objectivos:

- apresentar o método contabilístico baseado no princípio das partidas dobradas. Existe um outro método chamado contabilidade por partidas simples que é muito menos complexo, mas apresenta insuficiências que reduzem as possibilidades de uma eficaz condução da mutualidade;
- propor variantes do sistema de contabilidade clássica em partes dobradas. Estas variantes permitem uma adaptação e uma simplificação da contabilidade destinada às pequenas mutualidades ou às que não têm pessoal qualificado na matéria. A repartição dos trabalhos contabilísticos entre a mutualidade e uma estrutura externa é também abordada, pois constitui uma solução para as carências em competências contabilísticas;
- iniciar os administradores das mutualidades nos mecanismos da contabilidade em partes dobradas, a fim de reforçar a sua capacidade de compreender e valorizar esta importante ferramenta da gestão da sua mutualidade. Não se trata de permitir a esses administradores a escrituração da contabilidade, mas de lhes dar uma explicação das técnicas e dos documentos sobre os quais ela assenta, acentuando as especificidades das mutualidades de saúde. Esta iniciação permite aos administradores compreender o interesse e o papel dos documentos contabilísticos e de transmitir o seu conteúdo a terceiros.

A parte compreende cinco capítulos.

Capítulo 1 O processo contabilístico

Este primeiro capítulo define o que é a contabilidade. Dá igualmente uma visão de conjunto do processo contabilístico, colocando em relevo a sua função de medição e de acompanhamento do património da mutualidade.

Capítulo 2 O funcionamento das contas

A contabilidade assenta na utilização de contas, das quais, este capítulo apresenta os mecanismos de funcionamento. O capítulo descreve também a organização das contas no seio de um plano contabilístico adaptado.

Capítulo 3 O desenvolvimento das operações contabilísticas

Este capítulo apresenta os trabalhos contabilísticos que são realizados ao longo de um exercício, através de três sistemas: a contabilidade clássica, a contabilidade “americana” e a contabilidade “de tesouraria”.

Capítulo 4 Os trabalhos de fim de exercício

No final de um exercício anual, a mutualidade deve levantar uma nova situação do seu património. Este capítulo apresenta os trabalhos contabilísticos a realizar antes de poder encerrar as contas e produzir a situação financeira.

Capítulo 5 O encerramento e a reabertura dos exercícios

Este capítulo apresenta as modalidades de encerramento e de reabertura das contas e o estabelecimento das contas anuais que permitem calcular o resultado de cada exercício.



O processo contabilístico

O funcionamento de uma mutualidade é marcado por muito numerosas operações; por exemplo, repetidamente, ela deposita em caixa quotizações e paga prestações. Estas operações implicam depósitos e levantamentos, uma redução ou um aumento dos haveres da organização, uma evolução das suas obrigações para com terceiros, etc. De facto, os recursos de que a mutualidade dispõe e a forma como ela os emprega variam sem cessar.

O conhecimento destas flutuações e da situação financeira resultante, é indispensável para uma eficaz gestão da mutualidade. Por exemplo, os gestores necessariamente devem saber se os encargos não ultrapassam duravelmente os produtos ou se as dívidas poderão ser pagas nos prazos de vencimento.

A contabilidade permite registar as operações e o conjunto dos movimentos que modificam a situação financeira da mutualidade e estabelecer claramente uma situação patrimonial numa certa data.

Este capítulo apresenta os princípios e os mecanismos de base da contabilidade que devem ser necessariamente cumpridos, antes de entrar mais em detalhe nas técnicas contabilísticas.

1.1 A contabilidade

As funções da contabilidade

A contabilidade preenche várias funções importantes.

- ✓ Constitui, para os Administradores, uma essencial ferramenta de gestão. Permite dispor de todas as informações sobre a situação passada da mutualidade e sobre os movimentos que determinam a sua evolução. Dispondo destas informações, os Administradores podem assim analisar melhor a situação actual da organização e estabelecer previsões.
- ✓ Favorece a transparência e a confiança dos aderentes. O registo de todas as informações permite justificar a utilização dos recursos e verificar que as actividades realizadas estão em conformidade com as decisões da AG.
- ✓ É também um factor de confiança para terceiros:
 - contribui, em especial, para os compromissos face aos prestadores de cuidados;

- é uma condição necessária para a adesão a um fundo de garantia ou a um sistema de resseguro;
 - facilita e, muitas vezes, condiciona a obtenção de subsídios e de empréstimos.
- ✓ É muitas vezes obrigatória para a obtenção de um reconhecimento legal. A maioria das legislações relativas às associações que tenham uma actividade económica impõe a escrituração de uma contabilidade. Por este facto, uma mutualidade que não tem contabilidade não pode usufruir de uma personalidade moral, o que limita consideravelmente o seu potencial de desenvolvimento. Quando um país se dota de legislação própria às mutualidades, esta geralmente fixa regras específicas para a escrituração da contabilidade.
 - ✓ Ela é, por fim, um meio de prova, em caso de contencioso e, portanto, reveste uma função jurídica.

Os princípios de base da contabilidade

A contabilidade assenta em vários princípios de base, dos quais os principais são:

- ✓ a fidelidade. A contabilidade deve dar uma imagem fiel da situação da mutualidade;
- ✓ a regularidade. A contabilidade deve estar em conformidade com as regras e procedimentos em vigor;
- ✓ a sinceridade. Essas regras e procedimentos devem ser aplicados de boa fé, em função do conhecimento que os gestores têm da mutualidade, dos acontecimentos e das situações;
- ✓ a prudência. Os gestores devem ter uma apreciação razoável e prudente desses acontecimentos e situações;
- ✓ a transparência. Os registos contabilísticos devem estar em conformidade com a realidade e justificados. Nenhuma informação deve ser omitida, escondida ou modificada;
- ✓ a independência do exercício. A vida da mutualidade é dividida em exercícios contabilísticos que correspondem, cada um, geralmente, a um ano civil. Cada exercício é autónomo, donde resulta a determinação de um resultado de final de exercício;
- ✓ a continuidade. Embora o funcionamento da mutualidade seja dividido em exercícios, a escrituração da contabilidade assenta no princípio da continuidade das actividades;
- ✓ a permanência dos métodos. Assenta igualmente no princípio da permanência dos métodos contabilísticos. Uma utilização dos mesmos métodos de um exercício para outro é, com efeito, desejável e qualquer modificação deve ser objecto de uma explicação anexada à apresentação das contas anuais de final de exercício.

1.2 Os recursos e as aplicações de uma mutualidade de saúde

Os recursos de uma mutualidade

Os recursos de uma mutualidade de saúde provêm de várias fontes, essencialmente as seguintes:

Os contributos dos aderentes

Os contributos são constituídos por bens que os aderentes colocam à disposição de uma mutualidade com direito de retoma.

Pode tratar-se de edifício (local para um escritório, etc.), de material, etc. Esses contributos são contabilizados como capitais próprios, quando a sua retoma apenas está prevista em caso de dissolução da mutualidade. São contabilizados como dívidas, quando a sua data de retoma está fixada (a longo ou médio prazo).

As doações e os delegados

Uma mutualidade pode, igualmente, receber dádivas (doações) do Estado, de organizações ou de pessoas físicas. As doações podem ser em espécie ou em produtos. Neste último caso, a mutualidade deve contabilizá-los, a fim de não falsear a análise económica do seu funcionamento.

Os subsídios de investimento públicos ou privados

Um subsídio é uma ajuda financeira destinada a sustentar, de forma geral, as actividades da mutualidade ou um projecto particular. Os subsídios atribuídos podem ser em espécie ou em produtos (locais, material, pessoal colocado à disposição).

Os empréstimos obtidos junto dos bancos, do Estado ou de outros organismos e as dívidas para com terceiros.

Uma mutualidade de saúde tem a possibilidade de solicitar um empréstimo junto de estruturas bancárias ou de outros organismos, públicos ou privados, com ou sem juros. A escrituração de uma contabilidade rigorosa é, nesse caso, necessária, pois ela condiciona geralmente a obtenção do empréstimo. Uma mutualidade pode, igualmente, utilizar recursos ou beneficiar de serviços dos quais ainda não tenha efectuado o pagamento. É o caso, por exemplo, quando os seus aderentes receberam cuidados que ainda não tenham sido pagos pela mutualidade aos prestadores.

Os excedentes

A mutualidade é uma organização com fim não lucrativo o que não significa que ela não deva realizar excedentes.

Pelo contrário, estes são necessários para assegurar a viabilidade financeira da mutualidade.

A aplicação dos recursos

As aplicações da mutualidade são de diferentes naturezas.

Os bens duradouros

Trata-se de bens utilizáveis pela mutualidade durante muito tempo. Existem diversas categorias de bens duradouros, entre os quais a dos imóveis que constituem as mais-valias das mutualidades. Esta categoria compreende os terrenos, os locais comprados ou construídos (ou em construção), o mobiliário, o material (de escritório, de transporte), etc.

Estes imóveis perdem valor com o tempo. Essa depreciação é registada todos os anos nas contas de amortização.

Os bens circulantes

Trata-se de bens provisórios ligados às actividades correntes da mutualidade. São destinados a ser transformados rapidamente e são renovados várias vezes no decurso de um exercício:

- ✓ os stocks;
- ✓ o dinheiro disponível em caixa e / ou no banco;
- ✓ as somas devidas (créditos) à mutualidade (trata-se, essencialmente, dos atrasos de quotizações);
- ✓ os rendimentos.

O balanço

O balanço é o documento contabilístico que permite realizar um inventário. Projecta uma “fotografia” do património da mutualidade, num preciso momento. Apresenta-se sob a forma de um quadro que recapitula:

- ✓ por um lado, o passivo, isto é, o conjunto dos capitais próprios e as dívidas da mutualidade;
- ✓ por outro, o activo, isto é, o conjunto dos bens de que a mutualidade dispõe.

O passivo

O passivo compreende várias rubricas que são classificadas em função da sua natureza. Distinguem-se, assim, os capitais próprios e os capitais estranhos.

- ✓ Os capitais próprios. São os capitais que pertencem à mutualidade e provêm dos subsídios, das subvenções de terceiros, das reservas, etc.
- ✓ Os capitais estranhos. Trata-se das dívidas da mutualidade que reagrupam tudo o que esta deve a outras estruturas, tais como, as facturas a pagar aos prestadores de cuidados, os empréstimos bancários, etc. As dívidas são divididas em duas categorias:
 - as dívidas a curto prazo. São reembolsáveis durante o ano;
 - as dívidas a longo prazo. O seu reembolso estende-se por mais de um ano.

Esta distinção entre os capitais próprios e os capitais estranhos é importante, em especial, para determinar a estabilidade e a solidez financeira da mutualidade. Diferentemente dos capitais próprios, os capitais estranhos serão reembolsados cedo ou tarde. A previsão deste reembolso determina, em parte, o presente funcionamento da mutualidade.

O activo

O activo decompõe-se, igualmente, em duas grandes rubricas: o activo imobilizado e o activo circulante.

- ✓ O activo imobilizado. Trata-se de todos os bens duradouros da mutualidade que podem ser utilizados ao longo do tempo: terrenos, edifícios, mobiliário, material, veículos, etc.
- ✓ O activo circulante. Trata-se dos bens ligados às actividades correntes da mutualidade. São destinados a ser transformados rapidamente e podem ser renovados várias vezes no decurso de um exercício: stocks, dinheiro líquido em caixa, montante no banco, créditos, etc.

O balanço apresenta-se, portanto, esquematicamente, do seguinte modo:

ACTIVO		PASSIVO	
Activo imobilizado		Capitais próprios	
Activo circulante		Capitais estranhos	
Total activo		Total passivo	

O total da coluna “activo” deve ser sempre igual ao da coluna “passivo”.

1.3 As mutações do balanço

A abertura da contabilidade passa necessariamente pela descrição da situação de partida da mutualidade. Esta descrição servirá, igualmente, como ponto de referência para a avaliação da evolução económica e financeira da mutualidade. O estabelecimento da situação de partida, tanto se aplica a uma mutualidade que inicia as suas actividades, como a outra mutualidade que já funciona há um certo tempo, mas que nunca teve contabilidade escriturada.

Estabelecer a situação de partida consiste em realizar um inventário dos bens, dos capitais próprios e das dívidas da mutualidade e em construir um quadro a duas colunas, chamado balanço de abertura ou balanço inicial, retomando, num lado, o activo e, no outro, o passivo.

A partir do balanço inicial e durante um período, chamado exercício, cuja duração é, geralmente, de um ano, a mutualidade vai realizar um certo número de operações. Cada nova operação aumenta, diminui ou modifica a repartição dos activos e dos capitais da mutualidade e, conseqüentemente, afecta o seu balanço.

No final deste exercício e após a última operação realizada, o balanço final apresentará a situação da mutualidade na data de encerramento. Igualmente, indicará o resultado da mutualidade, quer seja um excedente, quer seja um défice.

Exemplo

Uma associação de comerciantes constitui uma mutualidade de saúde em favor dos seus membros e das suas famílias. A mutualidade dotou-se com os seus próprios órgãos, na sequência da sua AG Constituinte.

Para favorecer o arranque da mutualidade, a associação coloca gratuitamente à sua disposição um escritório com mesas, cadeiras e diverso mobiliário, por um valor de 150 000 UM (unidades monetárias). A associação dá igualmente 50 000 UM (45000 UM ao banco e 5000UM em espécie) à mutualidade para cobrir as suas primeiras despesas.

O balanço inicial da mutualidade dos comerciantes, esquematicamente, apresenta-se assim:

Balanço de abertura da mutualidade dos comerciantes

ACTIVO		PASSIVO	
Activo imobilizado		Capitais próprios	
Mobiliário	150 000	Contributo da associação	150 000
Activo circulante		Subsídio da associação	50 000
Banco	45 000	Capitais estranhos	
Caixa	5 000		
Total Activo	200 000	Total Activo	200 000

Após ter aberto a sua contabilidade, a mutualidade dos comerciantes inicia as suas primeiras operações.

- Os primeiros aderentes inscrevem-se e pagam as seus direitos de adesão e as suas primeiras quotas. São colectadas 200 000 UM pela mutualidade e depositadas no banco.

O orçamento da mutualidade evolui do seguinte modo:

ACTIVO		PASSIVO	
Activo imobilizado		Capitais próprios	
Mobiliário	150 000	Contributo da associação	150 000
Activo circulante		Subsídio da associação	50 000
Banco	245 000	Exedente	200 000
Caixa	5 000	Capitais estranhos	
Total Activo	400 000	Total passivo	400 000

O total do activo aumentou em relação ao passivo. A mutualidade adquiriu novos recursos produzidos pela sua actividade. Estes recursos são produtos que afectam positivamente o resultado da mutualidade.

- A mutualidade paga serviços de manutenção do edifício e facturas de consumo de água e de electricidade num montante total de 25 000 UM (dos quais 2000 da caixa e 23000 do banco).

O seu balanço evolui de novo, do seguinte modo:

ACTIVO		PASSIVO	
Activo imobilizado		Capitais próprios	
Mobiliário	150 000	Contributo da associação	150 000
Activo circulante		Subsídio da associação	50 000
Banco	222 000	Excedente	175 000
Caixa	3 000	Capitais estranhos	
Total Activo	375 000	Total passivo	375 000

Os montantes em caixa e no banco diminuíram em 25 000, sem contrapartida no balanço. A mutualidade utilizou uma parte dos seus recursos para pagar serviços necessários ao seu funcionamento. Estes constituem um encargo para a mutualidade a qual se empobrece.

O balanço fornece informações necessárias mas insuficientes. Com efeito, não dá qualquer explicação sobre as operações que provocam a sua mutação. Após alguns meses, quem se lembrará das primeiras compras de abastecimentos, das primeiras quotizações, etc.? Contudo, estas explicações são muito úteis para analisar os desempenhos e a viabilidade da mutualidade.

Também é necessário implementar outros mecanismos contabilísticos que permitam afectar essas operações em diversas contas de encargos e de produtos que servirão, em final de exercício, para estabelecer uma conta de resultados.

A mutualidade poderá, assim, não apenas saber se enriqueceu ou empobreceu, mas, igualmente, estará em condições de analisar as razões.

1.4 As noções de encargos e de produtos

Os encargos

As operações que implicam um empobrecimento da mutualidade são encargos. Um encargo é a constatação do consumo de bens e de serviços necessários à actividade da mutualidade durante o exercício. Afecta negativamente o resultado da mutualidade.

Os encargos são classificados em três grandes categorias, entre as quais, são aqui citadas as que mais interessam a uma mutualidade.

Os encargos de exploração

Esta primeira categoria reagrupa os encargos ligados ao funcionamento normal e corrente. No quadro de uma mutualidade, trata-se em especial:

- ✓ das prestações de saúde: pagamento dos prestadores de cuidados ou reembolso aos aderentes das despesas de cuidados;
- ✓ das despesas de funcionamento: compras de abastecimento, despesas de deslocações, salários e indemnizações, etc.

- ✓ das despesas com a animação e formação: despesas com o envio para formação dos responsáveis da mutualidade, remuneração de formadores, etc.

Os encargos financeiros

Esta categoria reagrupa os encargos que estão ligados às operações financeiras, em particular:

- ✓ os juros dos empréstimos;
- ✓ os encargos financeiros relativos ao normal funcionamento das contas bancárias (juros, encargos com a escrituração das contas, etc.).

Os encargos excepcionais

Estes encargos são relativos a operações excepcionais.

Nesta categoria figuram em especial:

- ✓ as penalidades e multas fiscais;
- ✓ os créditos irrecuperáveis;
- ✓ eventualmente, doações da mutualidade a aderentes necessitados, atribuídas a título de solidariedade e fora das suas normais prestações.

Os produtos

As operações que implicam um enriquecimento da mutualidade são produtos. Os produtos afectam positivamente o resultado da mutualidade.

Os produtos são igualmente classificados em três categorias.

Os produtos de exploração

Estes produtos estão ligados às normais actividades da mutualidade. Esta categoria compreende em especial:

- ✓ os direitos de adesão;
- ✓ as quotizações;
- ✓ os produtos resultantes de outras actividades da mutualidade. Tais como:
 - as prestações de serviços auxiliares: trata-se de um conjunto de prestações remuneradas oferecidas pela mutualidade aos seus aderentes, até mesmo aos não aderentes, um complemento da cobertura das despesas de cuidados (transportes dos doentes, enfermeiros, etc.);
 - as actividades promocionais (tômbolas, festas, etc.),
 - o aluguer de locais, de materiais, etc.;
 - os subsídios para equilíbrio.

Os produtos financeiros

Estes produtos estão ligados às operações financeiras e englobam, nomeadamente, os lucros produzidos por aplicações ou contas-poupança.

Os produtos excepcionais

Tratam-se de produtos que não resultam da normal actividade da mutualidade.

1.5 O resultado líquido do exercício

O resultado líquido do exercício é obtido por dois meios diferentes:

- Pelo balanço que apresenta a situação patrimonial da mutualidade. O balanço avalia o resultado, comparando a situação patrimonial no início e no final do exercício. Este resultado é:
 - ✓ um excedente, quando o total dos activos é superior ao passivo de que a mutualidade dispunha, dito de outro modo, a mutualidade faz frutificar o seu património;
 - ✓ um défice, no caso inverso, que traduz um empobrecimento da mutualidade.
- Pela diferença entre os produtos e os encargos. Este reagrupamento dos encargos e dos produtos é efectuado num documento chamado a conta de resultados.

O resultado líquido do exercício obtido por esses dois métodos é o mesmo. Com efeito, é equivalente comparar os valores do património no início e no final de exercício (o que faz o balanço) ou comparar os produtos e os encargos que afectam esse património no mesmo período (o que faz a conta de resultados).

O resultado líquido do exercício pode ser decomposto em três distintos resultados.

- O resultado de exploração, que é a diferença entre os encargos e os produtos de exploração. Este resultado é um excedente (inscrito na coluna encargo) quando o total dos produtos de exploração é superior aos encargos de exploração, e inversamente;
- O resultado financeiro, que é a diferença entre os encargos e os produtos financeiros. Este resultado é um excedente (inscrito na coluna encargo) quando o total dos produtos financeiros é superior aos encargos financeiros, e inversamente;
- O resultado excepcional, que é a diferença entre os encargos e os produtos excepcionais. Este resultado é um excedente (inscrito na coluna encargo) quando o total dos produtos excepcionais é superior aos encargos excepcionais, e inversamente.

1.6 A conta de resultados

A conta de resultados é um documento importante que recapitula os encargos e os produtos de um exercício e permite determinar o resultado, assim como, compreender como este se formou.

A conta de resultados apresenta-se sob a forma de um quadro sintético a duas colunas:

- a da esquerda apresenta os encargos;
- a da direita apresenta os produtos.

Em cada coluna, os produtos e os encargos são recenseados por categoria, em conformidade com uma classificação padronizada.

Encargos	Produtos
Encargos de aplicação	Produtos de exploração
Resultado de exploração	
Encargos financeiros	Produtos financeiros
Resultado financeiro	
Encargos excepcionais	Produtos excepcionais
Resultado excepcional	
Resultado líquido	
Total dos encargos	Total dos produtos

Na sequência, apenas o resultado líquido será mencionado para simplificar a apresentação da conta de resultados.



O funcionamento das contas

Foi visto no precedente capítulo que o balanço contabilístico sofre mutações devidas às operações económicas que a mutualidade realiza. Para evitar estabelecer constantemente um novo balanço e para conservar informações relativas a essas mutações, estas são registadas nas contas. Estas contas permitirão estabelecer a conta de resultados e o balanço do exercício.

Este capítulo explica o papel, a organização e o funcionamento das contas. Contudo, não é suficiente para produzir uma formação completa na matéria. O objectivo aqui é de dar explicações acessíveis aos administradores das mutualidades a fim de reforçar a sua capacidade de dialogar com os contabilistas e de utilizar os documentos produzidos pela contabilidade.

2.1 A conta

Uma conta é um quadro que permite registar as operações que modificam uma rubrica do balanço ou da conta de resultados.

A utilização das contas permite:

- conservar uma pista das operações registadas cronologicamente e de forma contínua nas diferentes contas em função da sua natureza;
- dispor a qualquer momento de informação sobre o estado da caixa, as dívidas, os produtos, os encargos, etc.;
- facilitar o estabelecimento das contas anuais (balanço e conta de resultados) do exercício, assim como, estatísticas e indicadores respeitantes ao funcionamento.

Apresentação

Uma conta apresenta-se sob a forma de um quadro cujo traçado pode ser efectuado de dois diferentes modos:

- débito e crédito separados,
- débito e crédito reunidos (esta apresentação é sobretudo adaptada às contas de tesouraria: caixa, banco, etc.).

Exemplo

Débito e crédito separados

Em Março de 2002, a conta da Mutualidade de Saúde Espoir, destinada a registar as prestações doença reembolsadas ao Hospital Bonne Santé, apresenta-se assim:

Conta: 6021 – Hospital Bonne Santé

DÉBITO			CRÉDITO		
Datas	Descrição	Montantes	Datas	Descrição	Montantes
10/02/02	Factura Janeiro 2002 (fact. n° 23)	28 300			
12/03/02	Factura Fevereiro 2002 (fact. n° 48)	36 500			
	Saldo	64 800		Saldo	

Débito e crédito reunidos

Em Março de 2002, a conta bancária da Mutualidade Espoir apresenta-se assim:

Conta: 5211 – Caixa Popular de Mogo

Datas	Descrição	Somos		Saldo
		Débito	Crédito	
06/03/02	Depósito quotizações do mês de Março	59 000		105 000
12/03/02	Pagamento fact. Fevereiro (n° 48) do Hospital Bonne Santé		36 500	68 500

A apresentação material da conta deve, obrigatoriamente, indicar:

- a data efectiva da operação;
- a natureza da operação (descrição), por exemplo: Factura Fevereiro 2002 (factura n° 48);
- os montantes colocados no débito da conta;
- os montantes colocados no crédito da conta;

- o saldo inscrito numa coluna específica (débito e crédito reunidos) ou debaixo da coluna débito ou da coluna crédito (débito e crédito separados).

Regras de utilização

- Cada quadro de conta deve ser dedicado a uma única conta;
- Uma mutualidade deve abrir progressivamente e utilizar unicamente as contas que lhe são úteis (ver adiante a secção sobre o plano contabilístico);
- As contas de encargo e de produtos são abertas no decurso do exercício em função das necessidades. Contrariamente às contas de balanço, não há transporte de saldo de um exercício para outros;
- O registo das operações nestas diferentes contas devem ser feitos linha após linha. A recolha da informação deve ser feita em tempo real, isto é, no momento em que a operação é realizada.
- As contas são encerradas no último dia do exercício contabilístico. Para proceder ao fecho da contabilidade, totaliza-se o débito depois o crédito, a diferença entre estes dois totais corresponde ao saldo da conta que será inscrito na coluna cujo total é o mais baixo (débito e crédito separados).
- As contas de balanço são reabertas no início de um novo exercício. Para reabrir uma conta de balanço, inscreve-se o transporte do saldo do precedente exercício no débito se este saldo estiver devedor, ou no crédito, se estiver credor.

Exemplo

Fecho e reabertura da conta caixa

Conta: 57 – Caixa

DÉBITO			CRÉDITO		
Datas	Descrição	Montante	Datas	Descrição	Montante
25/11/02	Activos em caixa	50 000	10/12/02	Factura Novembro CS Malika (fact. n° 110)	25 000
5/12/02	Quotização de Dezembro	10 000	31/12/02	Saldo devedor	35 000
	Total	60 000		Total	60 000
01/01/03	Transporte do saldo precedente	35 000			

O funcionamento das contas

As contas servem para registar as operações financeiras e os fluxos.

Estes caracterizam-se por:

- ✓ a sua origem;
- ✓ o seu destino;
- ✓ o seu montante.

Estas características dos fluxos estão na base da contabilidade em partidas dobradas, para a qual:

- ✓ a origem de um fluxo interessa a uma conta;
- ✓ o seu destino interessa a outra conta.

Cada operação interessa, portanto, a duas contas pelo menos. A questão é saber de que lado de cada conta deve ser inscrito o montante da operação. Para fazer isso, é necessário, antecipadamente, distinguir as contas de balanço e as contas de gestão.

- ✓ As contas de balanço que reagrupam:

- no activo, as contas que representam os bens duradouros e circulantes da mutualidade (o emprego dos recursos). Estas contas são contas devedoras. O seu valor aumenta por causa dos débitos e diminui por causa dos créditos;

Débito	Crédito
Aumento	Diminuição
↗	↘

- no passivo, as contas que representam a origem dos recursos. Estas contas são contas credoras. O seu valor absoluto diminui por causa dos débitos e aumenta por causa dos créditos.

Débito	Crédito
Diminuição	Aumento
↘	↗

- ✓ As contas de gestão que compreendem:

- as contas de encargos, cujo aumento é registado no débito e a diminuição no crédito;
- as contas de produtos que, inversamente, aumentam pelo crédito e diminuem pelo débito.

Débito	Crédito
Aumento	Diminuição
↗	↘

Débito	Crédito
Diminuição	Aumento
↘	↗

O saldo de uma conta

O saldo de uma conta mede a diferença entre os montantes inscritos no débito e os inscritos no crédito. Quando o total dos montantes inscritos no débito de uma conta é superior ao total dos inscritos no crédito, diz-se que o saldo é devedor. Inversamente, quando o total da coluna crédito é superior ao da coluna débito, diz-se que o saldo é credor. Quando os totais das duas colunas são iguais, diz-se que o saldo é nulo.

O livro-razão

As contas são reagrupadas num documento chamado livro - razão. O livro-razão constitui, assim, uma ferramenta essencial da contabilidade da mutualidade. Pode apresentar-se por diversas formas, das quais, a principal e a mais prática, é fazer figurar cada conta numa ficha cartonada, no rosto e no verso. Os registos são feitos de forma contínua no rosto e, depois, no verso. Quando uma ficha está completamente preenchida, utiliza-se uma nova, junta à primeira. Estas fichas são conservadas, quer numa caixa, quer num classificador (sendo esta segunda solução a mais prática).

2.2 O plano contabilístico

Definição

A escrituração de uma contabilidade exige uma organização metódica. Uma das primeiras tarefas a realizar, aquando da abertura da contabilidade de uma mutualidade de saúde, é determinar a relação das contas que serão abertas. Esta relação faz parte do plano contabilístico da mutualidade que apresenta os procedimentos e a organização contabilísticos.

Cada conta é identificada por um número de código de forma a:

- ✓ simplificar a classificação;
- ✓ referenciar rapidamente cada conta;
- ✓ precisar o tipo de contas (classe) ao qual pertence uma dada conta.

Para elaborar o seu plano contabilístico, uma mutualidade deve, em primeiro lugar, ter em atenção o Plano Contabilístico Geral em vigor no país. Este plano contabilístico apresenta a relação das contas, os princípios e as regras, assim como, a terminologia preconizadas ou impostas pelo Estado. Contudo, pode ser adaptado às características da mutualidade.

A utilização deste Plano Contabilístico Geral, eventualmente mediante as necessárias adaptações, apresenta diversas vantagens.

Permite, nomeadamente, implementar uma linguagem comum entre todas as mutualidades que adoptam a mesma prática respeitante à terminologia, ao registo das operações nas contas, à apresentação dos documentos contabilísticos, etc.

A relação das contas

Cada Plano Contabilístico Geral propõe uma relação de contas subdividida em classes e segue uma codificação que permite a classificação das operações.

Encontrar-se-ão, por exemplo, pelo menos sete classes divididas em duas grandes categorias de contas:

- ✓ As contas de balanço:
 - Classe 1: Contas de capitais;
 - Classe 2: Contas de imobilização;
 - Classe 3: Contas de stock;
 - Classe 4: Contas de terceiros;
 - Classe 5: Contas financeiras.

- ✓ As contas de gestão:
 - Classe 6: Contas de encargos;
 - Classe 7: Contas de produtos.

Cada classe é dividida em contas principais, numeradas de 0 a 9.

Do mesmo modo, estas contas principais são subdivididas em contas divisionárias, igualmente numeradas, que podem ser ainda subdivididas em subcontas, em função das necessidades de análise da mutualidade.

Por exemplo, respeitante às prestações doença:

Classe	Contas principais	Contas divisionárias	Subcontas
6. Encargos	62. Serviços Externos	620. Prestações doença	6201. Hospital Bonne Santé 6202. CS Malika 6203. CS Saint Victor 6204. Maternidade de la Paix

Uma mutualidade de saúde pode assim adaptar a relação das contas em função das suas próprias necessidades, sabendo que:

- ✓ não deve abrir senão as contas que lhe sejam necessárias;
- ✓ é muitas vezes inútil entrar em demasiados detalhes;
- ✓ um demasiado grande número de contas abertas é uma fonte de complicações e de confusões.

Exemplo

Os países da União Económica e Monetária Oeste Africana (UEMOA) adoptaram um plano contabilístico comum chamado Sistema Contabilístico Oeste Africano (SYSCOA)

O SYSCOA divide as contas em nove classes. Sete classes são aqui descritas, na medida em que interessam directamente às organizações mutualistas (a classe 8 retoma as contas de outros encargos e produtos e a classe 9 reagrupa contas de contabilidade analítica, destinada ao cálculo dos custos na indústria).

O quadro contabilístico aqui descrito é directamente inspirado no Plano Contabilístico SYSCOA, com alguns arranjos, a fim de adaptar à especificidade de uma mutualidade de saúde.

Esta relação de contas não é exaustiva. O objectivo, aqui, é fazer ressaltar as contas que interessam directamente à mutualidade.

Classe 1 – Recursos duráveis

BALANÇO

Activo	Passivo
	Classe 1

10. Doações e contributos

Esta conta é um primeiro arranjo do SYSCOA padrão onde é retomada sob a denominação "10 Capital".

102 Doações. As doações são bens que devem ser valorizados ou somas entregues à mutualidade pelos intervenientes privados ou públicos, sem contrapartida directa ou indirecta.

103 Contributos. Aqui são contabilizados os contributos dos aderentes, cujo direito de retoma não está previsto senão em caso de dissolução da mutualidade.

11. Reservas

As reservas são capitais próprios constituídos pela mutualidade, nomeadamente, a partir dos excedentes, para fazer face às situações imprevistas.

12. Transporte de somas

Esta conta serve para transportar para o ano seguinte, no todo ou em parte, o resultado do ano que termina. Deparam-se dois casos figurativos:

121 Transporte credor. No caso de excedentes importantes e quando foi atingido o patamar das reservas, o resto dos excedentes pode ser transportado para o exercício seguinte, com a intenção de o afectar;

129 Transporte devedor. A totalidade de um défice de um exercício é transportada para o exercício em curso, até mesmo para os exercícios seguintes, com a esperança de que estes produzirão excedentes que ultrapassarão esse transporte negativo.

13. Resultado

O resultado do exercício é registado nesta conta. São utilizadas diferentes contas, nomeadamente:

130 Resultado na instância de afectação

131 Resultado líquido: Excedente

135 Resultado de exploração

136 Resultado financeiro

139 Resultado líquido: Déficit

14. Subsídio de investimento

141 Subsídio de equipamento. São inscritos nesta conta os subsídios destinados à compra de bens imóveis. Igualmente, aí se inscreve o contra valor dos bens imóveis recebido em produtos. Esta conta pode ser subdividida quando uma mutualidade beneficia da contribuição de várias instituições. Por exemplo:

1411 Estado

1414 Comunidade

1417 Organismos internacionais:

1417.1 ONG “Solidariedade Mutualista”

1417.2 “Organização Mundial da Mutualidade”

149 Subsídios de equipamentos amortizados. O valor de origem dos bens imóveis diminui com a sua amortização anual. O valor dos subsídios recebidos deve reflectir a mesma depreciação. Assim, inscreve-se nesta conta o contra-valor exacto das amortizações operadas no final de exercício sobre os diferentes equipamentos subsidiados.

15. Provisões regulamentadas

Esta conta regista as provisões regulamentadas relativas, nomeadamente, aos bens imóveis, aos stocks e às provisões para investimento. A constituição de provisões é regulamentada, consoante o tipo de encargos a aprovisionar, pois esta conta poderia servir para camuflar práticas ilícitas.

16. Empréstimos e dívidas a mais de um ano

Esta conta regista as dívidas contraídas pela mutualidade, cujo prazo de vencimento é superior a um ano completo.

167 Adiantamentos diversificados por condições particulares. Quando uma mutualidade adere a um fundo de garantia, pode receber deste último um adiantamento de tesouraria em caso de crise financeira. Este adiantamento é registado neste tipo de conta. As modalidades e o prazo de reembolso do adiantamento são objecto de um acordo entre a estrutura gestora do fundo de garantia e a mutualidade.

168 Outros empréstimos e dívidas. Os contributos dos aderentes, cuja data de retoma é fixada a longo ou médio prazo, são aqui contabilizados.

19. Provisões financeiras para riscos e encargos

Estas provisões têm por finalidade prever as perdas ou encargos considerados prováveis no final de um exercício, mas cujo montante não é sempre conhecido. Para cada provisão, é preciso indicar a percentagem de aprovisionamento e dar-lhes a justificação.

Classe 2 – Activo imobilizado

22. Terrenos

Esta conta regista o valor dos terrenos de que, eventualmente, uma mutualidade de saúde disponha.

23. Edifícios, instalações técnicas e mobiliário

Esta conta regista, nomeadamente, o valor de aquisição dos edifícios, as obras em infra-estruturas, as instalações técnicas e a instalação de escritórios da mutualidade de saúde.

24. Material

Regista-se nesta conta o valor de compra do material de que a mutualidade disponha, nomeadamente:

BALANÇO

Activo	Passivo
Classe 2	

- 244 Material e mobiliário
 - 2441 Material de escritório
 - 2442 Material informático
 - 2444 Material burocrático
- 245 Material de transporte
 - 2451 Ciclomotor
 - 2452 Bicicleta

27. Imobilizações financeiras

Esta conta regista as imobilizações financeiras da mutualidade, sob a forma, nomeadamente, de empréstimos ou créditos não comerciais ou sobre o Estado, de juros ou de cauções entregues.

- 271 Empréstimos e créditos não comerciais. Esta conta é útil para uma mutualidade que adere a um fundo de garantia. As contribuições anuais da mutualidade para este fundo continuam a pertencer-lhe e constituem uma imobilização
- 272 Empréstimos ao pessoal
- 275 Depósitos e cauções entregues (alugueres, água, electricidade)
- 276 Juros vencidos
- 278 Imobilizações financeiras diversas.

28. Amortizações

Regista-se nestas contas a perda de valor dos bens imóveis da mutualidade que são amortizáveis:

- 282 Amortização dos terrenos
- 283 Amortização dos edifícios, instalações técnicas e mobiliários
- 284 Amortização do material

Os montantes das amortizações inscritos nestas contas vêm uma diminuição directa das imobilizações respeitantes, permitindo assim constatar o valor residual desses bens.

29. Provisões para depreciação

Esta conta regista as depreciações de valor dos activos, tais como terrenos, edifícios, material.

Classe 3 – Stock

A utilização das contas da classe 3 numa mutualidade, cuja actividade se limita ao seguro saúde, é relativamente rara. Contudo, se a mutualidade dispõe de abastecimentos ou de consumíveis com valor, eles são registados numa conta de stock.

- 32. Abastecimentos
- 33. Outros aprovisionamentos

BALANÇO

Activo	Passivo
Classe 3	

Classe 4 – Contas de terceiros

BALANÇO

52. Balanço

As contas de classe 4 registam todas as operações de dívidas a curto prazo e de créditos. Os créditos figuram no activo do balanço e as dívidas no passivo. Serão aqui apresentadas as principais contas que interessam a uma mutualidade.

Activo	Passivo
Classe 4	Classe 4

40. Fornecedores, dívidas em curso (passivo)

Esta conta é sobretudo utilizada para registar as dívidas da mutualidade junto dos prestadores de cuidados (facturas a pagar). Para melhor acompanhar as relações em cada prestador, é possível abrir diversas contas de fornecedor, por exemplo:

401 Hospital Bonne Santé

402 Centro de saúde Malika

Maternidade de la Paix

41. Aderentes e contas reatadas (activo)

Esta conta é utilizada para registar, nomeadamente, as quotizações a receber. Trata-se de uma conta importante, na medida em que os atrasos de quotizações constituem um problema frequentemente encontrado pelas mutualidades. O detalhe dos registos desta conta é fornecido pelo registo de quotização (ver parte 2: A gestão das adesões, das quotizações e das prestações).

42. Pessoal (activo)

421 Pessoal, adiantamentos e prestações. Trata-se de adiantamento sobre os salários acordados com os membros do pessoal, a distinguir dos empréstimos.

Outras contas desta classe servem para registar eventuais dívidas e créditos, como os encargos sociais, a TVA, os créditos e dívidas diversas, nomeadamente, junto de:

43. Organismos sociais

44. Estado e colectividades

45. Organismos internacionais

47. Devedores e credores diversos

476 Encargos antecipadamente constatados. Trata-se de uma conta de regularização, utilizada no final de exercício para certos encargos respeitantes ao mesmo tempo ao exercício que termina e ao exercício seguinte. Esta conta regista a parte do encargo respeitante ao exercício seguinte. Tem, assim, como efeito diminuir a conta de encargo para o exercício que termina.

477 Produtos antecipadamente constatados. O princípio para esta conta é o mesmo da conta precedente. Certos produtos puderam ser recebidos durante o exercício que termina, mas respeitam no todo ou em parte, ao exercício seguinte. Registam-se, portanto, nesta conta os montantes respeitantes ao exercício seguinte que, assim, são retirados do cálculo do resultado. Esta conta é sobretudo utilizada para as quotizações recebidas antecipadamente. Encontrar-se-à, assim, por exemplo:

4771 Quotizações recebidas antecipadamente

Classe 5 – Contas de tesouraria

5.2 Banco

Esta conta deve ser detalhada em função dos diferentes estabelecimentos bancários onde a mutualidade tenha aberto contas e do tipo de conta. A mutualidade Espoir tem, por exemplo, abertas as seguintes contas:

521 Bancos locais

5211 Caixa popular de Mogo, conta corrente

5212 Caixa popular de Mogo, conta poupança

57. Caixa

São registadas nesta conta todas as operações realizadas sobre a (ou as) caixas (s) da mutualidade. Trata-se por exemplo:

571 Caixa sede social

5711 Em FCFA

5712 Em divisas

572 Caixa sucursal

5721 Em FCTA

5722 Em divisas

BALANÇO

Activo	Passivo
Classe 5	

Classe 6 – Contas de encargo das actividades ordinárias

60. Compras e variações de stocks

Todas as compras de material de escritório (papeleria, canetas, etc.), de combustível, de abastecimentos diversos, assim como as eventuais facturas de electricidade, de água, etc., entram nesta primeira categoria de encargos. Em função destas diferentes compras, a mutualidade pode abrir diferentes compras, tais como:

601 Cartões de aderente

602 Documentos de gestão (tipografia)

603 Documentos de gestão (papeleria)

604 Equipamento diverso para escritório

605 Combustível (petróleo para lamparinas)

606 Telefone

etc.

61. Transportes

Entram nesta categoria todas as despesas de deslocações. Eventualmente, pode ser feita uma tipologia em função do objectivo das deslocações: animação, formação, administração, etc.

CONTA DE RESULTADOS

Encargos	Produtos
Classe 6	

62. Serviços exteriores

620 Prestações de saúde

Registam-se aqui todos os pagamentos de facturas aos diferentes prestadores (ou reembolsos aos aderentes). Podem ser criadas subcontas, a fim de distinguir cada prestador. Pode ser criada uma conta para cada serviço de saúde coberto para cada prestador. O interesse de um tal detalhe fica-se a verificar em função das prestações da mutualidade. É, sobretudo, importante quando a gestão está informatizada. A mutualidade Espoir, por exemplo, abriu as seguintes contas:

6201 Hospital Bonne Santé

62011 Pediatria

62012 Medicina geral, etc.

6202 Centro de saúde Malika

62021 Pequeno internamento

62022 Partos

6203 Centro de saúde Saint Victor

6204 Maternidade de la Paix

622 Alugueres e encargos de inquilino

625 Prémios de seguro

A mutualidade regista nesta conta os prémios de seguro, nomeadamente, sobre o material de transporte, os riscos de exploração, etc. Quando uma mutualidade se ressegura junto de um outro organismo (ver parte 6: A gestão dos riscos), ela regista aqui os prémios que paga. Esta conta não deve ser confundida com eventuais seguros subscritos pelo pessoal assalariado da mutualidade (que seriam objecto de uma conta 66).

63. Outros serviços exteriores

Encontrar-se-á nesta categoria, nomeadamente:

631 Despesas bancárias

633 Despesas com a formação do pessoal

64. Impostos e taxas

65. Outros encargos

66. Encargos com o pessoal

661 Remunerações directas pagas ao pessoal (6611 salários, 6612 Prémios, etc.)

663 Abonos (6631 Alojamento, 6632 Representações, etc.)

664 Encargos sociais

67. Custos financeiros e encargos assimilados

671 Juros de empréstimo

674 Outros juros

68. Dotações às amortizações

Esta conta reagrupa todas as dotações às amortizações de exploração e com carácter financeiro.

69. Dotações às provisões

Esta conta reagrupa as dotações às provisões de exploração e financeiro.

Classe 7 – Contas de produtos

70. Venda

Esta conta reagrupa as prestações remuneradas dos serviços auxiliares oferecidos pela mutualidade aos seus aderentes, mesmo também aos não aderentes, tais como, o transporte dos doentes, os serviços de enfermeiro, etc. Inclui, igualmente, os produtos de actividades promocionais (tômbolas, festas, etc.), o aluguer a terceiros dos imóveis ou do material da mutualidade, etc.

71. Subvenções de exploração

Tem de ser feita uma distinção consoante as instituições que tenham fornecido as subvenções.

75. Quotizações e direitos de adesão

751 Quotizações

752 Direitos de adesão

77. Receitas financeiras e produtos assimilados

771 Juros de empréstimos

CONTA DE RESULTADOS

Encargos	Produtos
	Classe 7



O desenvolvimento das operações contabilísticas

O processo contabilístico, do balanço de abertura ao balanço de fecho de um exercício, assenta na classificação das operações e no seu registo nas contas.

Os trabalhos de registo devem seguir um procedimento preciso e necessitam do emprego de vários documentos contabilísticos. Estes trabalhos são quotidianos, mensais e anuais. Aqui será dada relevância aos trabalhos contabilísticos quotidianos e mensais; os trabalhos anuais que respeitam no fecho e abertura de um exercício serão abordados nos dois capítulos seguintes.

No quadro de um sistema de contabilidade em partes dobradas clássico, os trabalhos permanentes (quotidianos e mensais) de registo e de classificação das operações assentam em dois documentos principais: o diário e o livro-razão. Em função da dimensão, da diversidade dos serviços oferecidos, do número de operações quotidianamente realizadas, etc., uma mutualidade de saúde pode optar por variantes deste sistema de registo contabilístico.

Esta escolha depende, igualmente, das competências disponíveis no seio da mutualidade.

A falta de competências é muitas vezes considerada como um travão à implementação de uma contabilidade para todas as mutualidades que não tenham os meios para contratar um contabilista. Existe, contudo, uma alternativa que consiste em partilhar os trabalhos con-

tabilísticos entre a mutualidade e uma estrutura externa qualificada (escritório de contabilidade, união da mutualidade ou outra). Neste caso, os administradores da mutualidade efectuam um registo simplificado das operações e confiam à estrutura externa os trabalhos que requerem mais activas competências em contabilidade.

3.1 A contabilidade clássica

O sistema clássico assenta nos seguintes princípios:

- os registos e as escriturações contabilísticas são realizadas por uma única pessoa;
- cada operação é objecto de um duplo registo:
 - ✓ logo que uma operação ocorra ou seja conhecida, é inscrita num documento chamado diário, diz-se que ela é “registada” ou “diarizada”;
 - ✓ de seguida é transportada para um livro-razão que reúne o conjunto das contas, seguindo os mecanismos das partes dobradas (isto é, um registo em duas contas) apresentadas no precedente capítulo.

O diário

O diário é o primeiro documento utilizado no quadro do sistema clássico. Tem por função registar todas as operações contabilísticas, qualquer que seja a sua natureza, por ordem cronológica e dia a dia.

Apresentação

O diário é um livro cujas páginas são numeradas, todas apresentadas do mesmo modo. As escriturações efectuadas para uma operação constituem um artigo do diário. Cada página apresenta-se como um quadro, compreendendo:

- ✓ uma coluna “Número das contas”, na qual são inscritos os números das contas afectadas pela operação, em função do plano contabilístico da mutualidade;
- ✓ uma coluna “Descrição”, na qual são inscritos os nomes da ou das contas debitadas e da ou das contas creditadas (cada operação respeitando, pelo menos, as duas contas). É igualmente dada uma breve descrição da operação;
- ✓ uma coluna “Débito”, na qual são inscritos os montantes a debitar;
- ✓ uma coluna “Crédito”, na qual são inscritos os montantes a creditar.

A data da operação é mencionada numa linha separando cada artigo.

Regras de utilização

- ✓ Cada operação deve ser registada no diário, logo que ela é realizada ou conhecida.

- ✓ Para cada operação, inscreve-se, primeiro, a conta debitada, depois, na linha seguinte, a conta creditada.
- ✓ Os registos são feitos na base de peças justificativas que serão cuidadosamente conservadas. É atribuído um número de referência no diário e cada peça justificativa e que é transportada para esta.
- ✓ Nenhuma página pode ser rasgada. Também não se podem deixar espaços brancos, escrever inscrições nas margens, apagar ou rasurar escriturações.
- ✓ As escriturações do diário devem ser transportadas para o livro-razão. Para fazer isso, é necessário acentuar sucessivamente os artigos apontando-os (coloca-se um ponto diante de cada soma transportada, o que evita transporta-la uma vez mais, por erro), logo que o transporte tenha sido efectuado.

Exemplo

As quotizações colectadas por dia (durante os cinco primeiros dias de cada mês) por uma mutualidade são registadas no diário à tarde. O total das quotizações pagas em 5 de Janeiro eleva-se a 130 000 UM.

Em 6 de Janeiro, a mutualidade recebe a factura do mês de Dezembro do hospital. Esta factura eleva-se a 50 000 UM. Ela não será paga senão dentro de vários dias, sendo também contabilizada como uma dívida a curto prazo.

Estas operações foram registadas no diário do seguinte modo.

Diário

Números das contas	DESCRIÇÃO		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
57 751	 5 Janeiro 2002			
	Caixa		130 000	
		Quotizações Quotizações depositadas em caixa durante o dia 5 Janeiro		130 000
6201 401	 6 Janeiro 2002			
	Hospital Bonne Santé		50 000	
		Factura a pagar Factura de Dezembro do Hospital Bonne Santé		50 000

O sistema contabilístico clássico corresponde perfeitamente ao espírito da contabilidade em partes dobradas. Requer, contudo, o trabalho de uma pessoa suficientemente qualificada na área de contabilidade. São sempre possíveis adaptações deste sistema, a fim de o colocar ao alcance, nomeadamente, das pequenas mutualidades.

Uma mutualidade pode, nomeadamente, implementar uma contabilidade “americana” ou uma contabilidade de tesouraria. Pode, igualmente, confiar uma parte dos trabalhos contabilísticos a uma estrutura exterior.

3.2 A contabilidade “americana”

Este sistema é uma variante do sistema clássico, adaptado às pequenas organizações, cuja gestão apenas necessita da abertura de um muito reduzido número de contas.

A contabilidade “americana” simplifica o registo reunindo o diário e o livro-razão num único documento chamado diário-razão ou diário “americano”.

Este tipo de contabilidade apresenta várias vantagens:

- não requer uma formação contabilística tão forte como no caso da contabilidade clássica;
- o número de documentos é reduzido;
- o conjunto da contabilidade aparece num simples golpe de vista; a procura de erros e os controlos são facilitados.

Contudo, o número de colunas neste documento é necessariamente limitado. Para compensar esta falta de espaço, alguns utilizadores fazem apenas aparecer as contas mais frequentemente utilizadas e reagrupam o registo das outras operações numa coluna “Diversos a avaliar”. Esta solução apenas é válida se essas operações forem raras.

O diário
livro-razão

O diário livro-razão é o principal documento utilizado no quadro da contabilidade “americana”.

Apresentação

Existem diversas apresentações possíveis do diário livro-razão. O modelo aqui proposto é o mais corrente. Apresenta-se sob a forma de um livro, do qual, cada página, comporta um quadro que menciona para cada operação:

- ✓ a data;
- ✓ o número de ordem;
- ✓ a descrição.

Comporta igualmente duas grandes rubricas:

- ✓ o balanço;
- ✓ a conta de resultados.

Cada rubrica comporta as contas da mutualidade, que aumentam ou diminuem em função das operações registadas.

Regras de utilização

Qualquer que seja o modelo adoptado, devem ser seguidas as regras de utilização abaixo indicadas:

- ✓ cada operação deve ser imediatamente registada no diário-livro-razão;
- ✓ os registos são feitos na base de peças justificativas que serão cuidadosamente conservadas. É atribuído um número de referência no diário-livro-razão a cada peça justificativa e serve de referência para a sua classificação;
- ✓ o quadro deve ser saldado periodicamente, isto é, cada final de semana, de mês ou outro, em função do número de operações. Isso permite realizar controlos de caixa, assim como verificações bancárias;
- ✓ o quadro de cada nova página é iniciado, obrigatoriamente, com o transporte do saldo de cada conta do quadro da precedente página;
- ✓ as colunas “diversos”, quando estão previstas, apenas devem servir ocasionalmente. Em caso contrário, o diário-livro-razão torna-se rapidamente inadequado e a mutualidade deve implementar um outro sistema contabilístico.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde implementou uma organização e modalidades de funcionamento muito simples. O plano contabilístico desta mutualidade é igualmente muito simples e compreende as seguintes contas:

Contas de balanço	Contas de gestão
Reservas	Quotizações
Produtos constatados antecipadamente	Direitos de adesão
Facturas a pagar (dívidas a curto prazo)	Outros produtos
	Prestações doença
Caixa	Abastecimentos
Banco	Despesas de deslocação
Quotizações a receber	Outros encargos

No mês de Fevereiro, o tesoureiro da mutualidade inscreve as seguintes operações:

- quotizações emitidas do mês de Fevereiro: 90 000 UM das quais 85 000 UM efectivamente pagas pelos aderentes;
- pagamento da factura do hospital do mês de Janeiro: 50 000 UM;
- pagamento da factura do centro de saúde: 15 000 UM;
- despesas de deslocação do tesoureiro: 1000 UM;
- transferência de 25 000 UM da caixa para o banco.

Guia de gestão das mutualidades de saúde em África
BIT / STEP

A última linha indica os saldos das contas calculas no final do ano (SD= saldo devedor, SC= saldo credor). Depois é fácil reconstruir o balanço e a conta de resultado na sua forma normal.

3.3 A contabilidade de tesouraria

Uma das particularidades das mutualidades de saúde é que a maioria das suas operações económicas traduz-se por uma entrada ou saída de dinheiro. Isso permite o emprego de uma outra variante da contabilidade clássica, chamada contabilidade de tesouraria.

A contabilidade de tesouraria assenta numa subdivisão do diário em três diários parciais:

- um diário de caixa, que regista as operações na origem das entradas e das saídas de dinheiro da caixa;
- um diário de banco (pode haver vários se a mutualidade dispõe de várias contas bancárias), que regista os movimentos ao nível da conta bancária;
- um diário das operações diversas que regista todas as operações que não implicam uma saída ou uma entrada de dinheiro.

As operações são registadas dia a dia e cronologicamente nos diários parciais e depois são transportados, imediatamente ou periodicamente, para o livro-razão. Este sistema é o mais frequentemente encontrado nas actuais experiências mutualistas, mesmo que a sua execução seja incompleta na maioria dos casos. Com efeito, encontra-se muitas vezes um diário (também chamado livro) de caixa e um diário de banco, mas muito raramente um diário das operações diversas e, praticamente nunca, um livro-razão. Contudo, o livro-razão é necessário, a fim de preparar as contas anuais da mutualidade (conta de resultados e balanço).

O diário de caixa e o diário de banco

Estes dois diários apresentam-se da mesma forma e preenchem as mesmas funções consistindo em:

- ✓ registar dia a dia e cronologicamente todas as operações que se traduzem por uma entrada ou saída de dinheiro da caixa ou de uma conta bancária, seja em espécie, por cheque ou transferência;
- ✓ conservar todas as informações (datas, números de peças justificativas, natureza da operação), relativas a cada operação;
- ✓ facilitar os transportes das operações no livro-razão;
- ✓ tornar disponível, em qualquer momento, uma visão global da tesouraria da mutualidade;
- ✓ realizar um controlo respeitante aos depósitos em caixa, aos levantamentos da caixa e aos dados em caixa e no banco.

Apresentação

O diário de caixa e o de banco apresentam-se, cada um sob a forma de um registo pré-impresso cujas páginas são pré-numeradas. As páginas podem ser em duplicado, quando a mutualidade confia a execução da sua contabilidade a uma estrutura externa (gabinete contabilístico, união, etc.).

Cada página comporta um quadro subdividido em várias colunas:

- ✓ “Data”: data em que a operação é realizada;

- ✓ “Número de peça justificativa”: número de ordem da operação que servirá de referência para a classificação das peças justificativas;
- ✓ “Descrição”: indicação da natureza da operação realizada;
- ✓ “Entradas”: montante correspondente a uma entrada de dinheiro;
- ✓ “Saídas”: montante correspondente a uma saída de dinheiro;
- ✓ “Saldo”: periodicamente (fim de dia, de semana, de mês) é inscrito o novo saldo da caixa ou da conta bancária (entradas -saídas).

Regras de utilização

- ✓ Todas as operações que implicam uma entrada ou uma saída de dinheiro devem ser registadas no diário de caixa ou no de banco, imediatamente após a realização da operação.
- ✓ Os registos das operações efectuem-se linha após linha, por ordem cronológica.
- ✓ Se os registos do mês necessitam de várias páginas, é necessário calcular os totais das colunas “Entradas” e Saídas” e inscrevê-los na última linha da página com o correspondente saldo. De seguida, deve-se transportá-los para a primeira linha da página seguinte antes de prosseguir o registo de novas operações.
- ✓ Cada registo deve ser feito com as precisões úteis: datas, número de peças justificativas, descrição da operação, etc.
- ✓ As “descrições” de operações da mesma natureza devem ser sempre exactamente as mesmas.
- ✓ Periodicamente (por dia para o diário de caixa e pelo menos por mês para o diário de banco) deve ser calculado o saldo. Pode, eventualmente, ser calculado após cada operação.
- ✓ Em cada fim de mês, deve proceder-se a um fecho do diário. O saldo do mês corresponde ao calculado com o último registo. Este saldo deve ser verificado:
 - totalizando todos os montantes da coluna “Entradas”;
 - totalizando todos os montantes da coluna “Saídas”;
 - operando a subtracção: Total das entradas – Total das saídas = Saldo do mês.
- ✓ A abertura de um novo mês inicia-se pelo transporte do saldo do precedente mês para a primeira linha de uma nova página (não se transportam os totais das colunas entradas e saídas).

Exemplo

A mutualidade da saúde da associação dos pequenos comerciantes de Niogo implementou uma mutualidade com contabilidade de tesouraria que melhor corresponde às suas actividades e ao seu modo de funcionamento. Esta mutualidade apenas cobre os internamentos no hospital de Niogo. As adesões começaram em Janeiro 2002; a mutualidade optou por um período de observação de um mês, as primeiras participações terão, pois, início em Fevereiro.

Uma CE mantém actualizados diversos registos (adesões, direitos de adesões e quotizações, prestações). A mutualidade reúne todos os membros no primeiro domingo de cada mês, sendo nesse momento que são pagos os direitos de adesão (1 000 UM /aderente) e as quotizações (100 UM /mês/beneficiário).

Durante o primeiro trimestre do ano 2002, registaram-se as seguintes operações:

- 09/01 Pagamento dos direitos de adesão dos primeiros aderentes: 75 000 UM depositados na caixa.
- 09/01 Pagamento das quotizações do mês de Janeiro 450 beneficiários 4 500 UM depositados na caixa.
- 12/01 Deslocação da tesoureira da mutualidade para depositar os fundos na caixa popular, despesas de táxi : 500 UM.
- 12/01 Transferência da caixa para a conta corrente na caixa popular: 110 000UM.
- 12/01 Compra de equipamentos de escritório: 5 000 UM.
- 06/02 Pagamento dos direitos de adesão dos novos aderentes de Fevereiro: 30 000 UM depositados na caixa.
- 06/02 Pagamento das quotizações de Fevereiro (630 beneficiários): 63 000 UM depositadas na caixa.
- 09/02 Deslocação da tesoureira da mutualidade para depositar os fundos na caixa popular, despesas de taxi: 500 UM.
- 09/02 Transferência da caixa para a conta corrente na caixa popular: 93 000 UM.
- 05/03 Pagamento das quotizações de Março (630 beneficiários): 63 000 UM depositadas na caixa.
- 07/03 Deslocação da tesoureira da mutualidade para depositar os fundos na caixa popular, despesas de taxi: 500 UM.
- 07/03 Transferência da caixa para a conta corrente na caixa popular:10 000 UM.
- 10/03 Deslocação da tesoureira da mutualidade para reembolsar a factura de Fevereiro do hospital, despesas de taxi: 200 UM.
- 10/03 Pagamento da factura de Fevereiro do hospital: 45 000 UM.

Os modelos seguintes de diários de caixa e de banco ilustram o registo contabilístico destas diferentes operações.

Diário de caixa

Data	N.º PJ	Descrição	Entradas	Saídas	Saldo
09/01		Direitos de adesão	75 000		75 000
		(Registo de quotização)			
09/01		Quotização Janeiro	45 000		120 000
		(Registo de quotização)			
12/01	01	Taxi		500	119 500
12/01	02	Transferência interna		110 000	9 500
12/01	03	Compra provisões		5 000	4 500
06/02		Direitos de adesão	30 000		34 500
		(Registo de quotização)			
06/02		Quotizações de Fevereiro	63 000		97 500
		(Registo de quotização)			
09/02	04	Taxi		500	97 000
09/02	05	Transferência interna		93 000	4 000
05/03		Quotizações de Março	63 000		67 000
		(Registo de quotização)			
07/03	06	Taxi		500	66 500
07/03	07	Transferência interna		10 000	56 500
10/03	08	Taxi		200	56 300
10/03	09	Factura Fevereiro Hospital		45 000	11 300
Totais			276 000	264 700	11 300
A Transportar					11 300

Diário de banco (caixa popular)

Data	N.º PJ	Descrição	Entradas	Saídas	Saldo
12/01	02	Transferência interna	110 000		110 000
09/03	05	Transferência interna	93 000		203 000
07/03	07	Transferência interna	10 000		213 000
Totais			213 000		213 000
A Transportar					213 000

O diário das operações diversas

O diário das operações diversas apresenta-se do mesmo modo que o diário do sistema contabilístico clássico. No quadro de uma contabilidade de tesouraria, este diário apenas regista, dia a dia, as operações que não implicam entrada ou saída de dinheiro. Ele precisa a data, a origem, a natureza da operação, as contas efectuadas e a peça justificativa.

Como anteriormente se viu, a escrituração deste diário requer conhecimentos em matéria de contabilidade em partes dobradas. Por isso, a contabilidade de tesouraria apenas simplifica a gestão das mutualidades se estas realizam um número restrito de operações diversas. Estas últimas, podem ser, nomeadamente, operações efectuadas aquando do fecho, depois da reabertura das contas. Estes registos podem ser confiados, se necessário, a uma estrutura externa.

3.4 A divisão dos trabalhos de contabilidade entre a mutualidade e uma estrutura externa

Qualquer que seja o sistema de contabilidade utilizado, coloca-se sempre o problema das competências nesta matéria, nomeadamente, pelo facto de a inscrição das operações no diário necessitar de dominar, em diversos graus, o princípio das partidas dobradas. Se a contabilidade americana reduz esta exigência, ela não é aplicável, senão quando as operações “diversas” são pouco variadas. Trata-se, pois, de uma solução que apenas interessa a um número limitado de mutualidades.

Para as outras, uma alternativa interessante, a fim de contornar os problemas de competências, é confiar a uma estrutura externa os trabalhos contabilísticos que exigem conhecimentos em contabilidade. Esta estrutura pode ser um gabinete contabilístico, uma união de mutualidades, uma organização de apoio, etc. Esta solução, contudo, é apenas interessante em certas condições:

- não deve implicar custos demasiados importantes para a mutualidade;
- a estrutura externa deve informar a mutualidade da evolução das contas e aconselhá-la no decurso de cada exercício;
- as contas anuais e o resultado do exercício devem ser rapidamente colocados à disposição da mutualidade.

A intervenção de uma estrutura externa não deve conduzir a mutualidade a desinteressar-se da sua contabilidade. Os seus administradores devem ser capazes de compreender os trabalhos de contabilidade executados pela estrutura externa (isto é, dispor das noções de base apresentadas neste guia).

A intervenção de uma estrutura externa na gestão de uma mutualidade pode realizar-se, essencialmente, a dois níveis:

- para a realização dos trabalhos de final de exercício e o estabelecimento das contas anuais. Neste caso, a mutualidade regista ela própria as suas operações no seu ou seus diários e no seu livro-razão e, depois, confia à estrutura externa os trabalhos ligados ao fecho de exercício (ver os dois seguintes capítulos);
- quando a mutualidade não dispõe de suficientes competências para realizar os registos contabilísticos, confia-os à estrutura externa. No quadro de uma contabilidade clássica, a intervenção da estrutura externa situa-se ao nível do diário e do livro-razão. No qua-

dro de uma contabilidade de tesouraria, a mutualidade realiza os registos no diário de caixa e no de banco, cuja manipulação é simples, mas confia a escrituração do diário das operações diversas à estrutura externa. Qualquer que seja o sistema contabilístico, a estrutura externa deve dispor das necessárias informações, a fim de realizar as escriturações nos documentos contabilísticos que lhe são confiados. Para fazer isso, a mutualidade utiliza um documento chamado borrão que lhe permite efectuar um primeiro nível de registo das suas operações.

O borrão

O borrão, assim chamado correntemente, é um documento de muito simples utilização que serve para registar, num primeiro tempo, as operações sob a forma de rascunho.

Pode ser escriturado num simples caderno por uma pessoa que não tenha formação contabilística. Esta inscreve as operações à medida do seu aparecimento. A forma do borrão, assim como o modo de apresentação e de descrição das operações, são antecipadamente acordadas entre a mutualidade e o operador externo, a fim de que este último possa aproveitá-lo para a escrituração do diário e do livro-razão.

Para passar deste registo aos trabalhos contabilísticos da estrutura externa, utiliza-se um papel químico para estabelecer um duplicado de cada página (pode também utilizar-se um caderno com folhas de papel químico, vendido no comércio). O duplicado das páginas é remetido, periodicamente, à estrutura externa. A mutualidade conserva, assim, em permanência, o seu borrão para continuar a registar as suas operações.

Este sistema de duplicação é igualmente utilizado para os diários de caixa e de banco, quando a mutualidade pratica uma contabilidade de tesouraria.

Exemplo

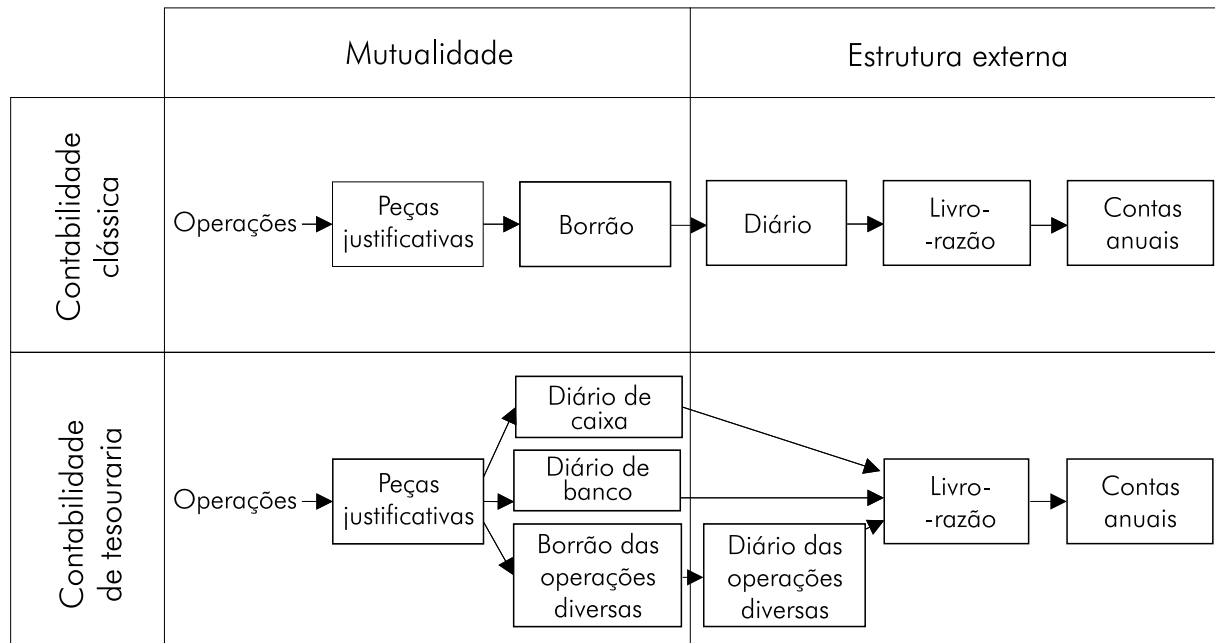
Várias mutualidades de uma capital constituíram uma união que, nomeadamente, desempenha o papel de serviço comum de gestão. Cada mutualidade pode, assim, confiar à união uma parte dos seus trabalhos contabilísticos, mediante o pagamento de uma quotização anual, calculada em função das suas despesas em prestações de doença. Esta quotização serve, igualmente, para a constituição de um fundo de garantia.

Uma mutualidade de artesãos adere a esta união e remete, no fim de cada mês, um duplicado do seu borrão, no qual são registados pelo Tesoureiro todos as operações do mês. O seguinte exemplo é extraído desse borrão

Em 5 de Março 2002	Quotizações dos aderentes depositados em caixa durante a reunião da mutualidade: 115 000 UM. 5 aderentes não pagaram e devem no total 5 000 UM
Em 12 de Março 2002	Pagamento da factura do hospital (n.º 72): 56 000 UM
Em 16 de Março 2002	Comprei três canetas: 1 000 UM
Em 19 de Março 2002	Um aderente pagou a totalidade das suas quotizações em atraso: 2 000 UM
Em 26 de Março 2002	O presidente e o secretário tomaram um táxi (ida/volta) para a reunião da união: 2 500 UM

O seguinte esquema ilustra a divisão dos trabalhos entre a mutualidade e a escrituração externa, no quadro de uma contabilidade clássica e de uma contabilidade de tesouraria, quando a mutualidade não dispõe de suficientes competências.

Trabalhos contabilísticos internos e externos



3.5 Os outros elementos contabilísticos

O registo de quotização

O registo de quotizações utilizado no quadro da gestão das quotizações pode servir, igualmente, como um documento contabilístico e desempenhar o papel de um diário auxiliar.

Serve, com efeito, para registar, uma por uma, as quotizações emitidas pela mutualidade e pagas pelos aderentes, assim como os atrasos de quotizações. Seria fastidioso registar de novo estas informações no diário ou no borrão. Também é possível não inscrever nesses documentos, senão o total (mensal, semanal ou outro, em função da periodicidade de quotização) das quotizações emitidas, depositadas em caixa e dos atrasados do registo de quotizações. O número de quotizações é, assim, consideravelmente reduzido e é possível reportar no registo de quotização para os detalhes.

No caso em que intervém uma estrutura externa, um duplicado do registo de quotização deve igualmente ser transmitido àquela.

As peças justificativas

Qualquer que seja o sistema contabilístico implementado, todos os registos são efectuados na base de peças justificativas. Uma peça justificativa é um documento que atesta a afectividade de uma operação, descrevendo esta, dando a sua origem, o seu destino e o seu montante.

As peças justificativas têm duas origens: externas e internas.

- ✓ As peças externas. Trata-se, essencialmente, das facturas dos diferentes fornecedores de bens e de serviços da mutualidade, dos quais os principais são os prestadores de cuidados (ver parte 2: A gestão das adesões, das quotizações e das prestações). Uma outra categoria de peças externas respeita aos extractos bancários e às cadernetas de poupança que dão uma situação das contas bancárias da mutualidade e permitem realizar periodicamente verificações bancárias.
- ✓ As peças internas. Trata-se de recibos, valor de caixa, notas de despesas, etc. São estabelecidas pela mutualidade, a fim de justificar operações internas ou despesas sem justificativo (deslocações em táxi, etc.). Estas peças requerem um controlo rigoroso, nomeadamente, por parte da CS da mutualidade. Podem estar na origem de fraudes.

As peças justificativas apresentam-se sob diversas formas, mas todas devem conter, pelo menos, as seguintes informações:

- ✓ a natureza da operação;
- ✓ o nome, as coordenadas e outras informações úteis, respeitando o beneficiário da operação;
- ✓ o motivo da operação;
- ✓ o montante por algarismos e por extenso;
- ✓ a data;
- ✓ o carimbo e / ou a assinatura do beneficiário da operação e / ou do respectivo responsável da mutualidade.

Regras de utilização

- ✓ Cada operação deve ser objecto de uma peça justificativa;
- ✓ As peças justificativas devem ser cuidadosamente conservadas. Aquando do registo de uma operação, a peça justificativa recebe um número de ordem e depois é arquivada, por ordem cronológica.

Livro de recibos

Recibo nº:	BPF:	Nº:
Montante:	Recebido de:	
Motivo:	A soma de:	
.		
.		
.		
Data:	Para:	
Assinatura e carimbo:	Data:	Assinatura

Mutualidade de saúde de:

Nome do colaborador:

Data	Comentários	Tipo de despesa	Montante ⁴
		Total	

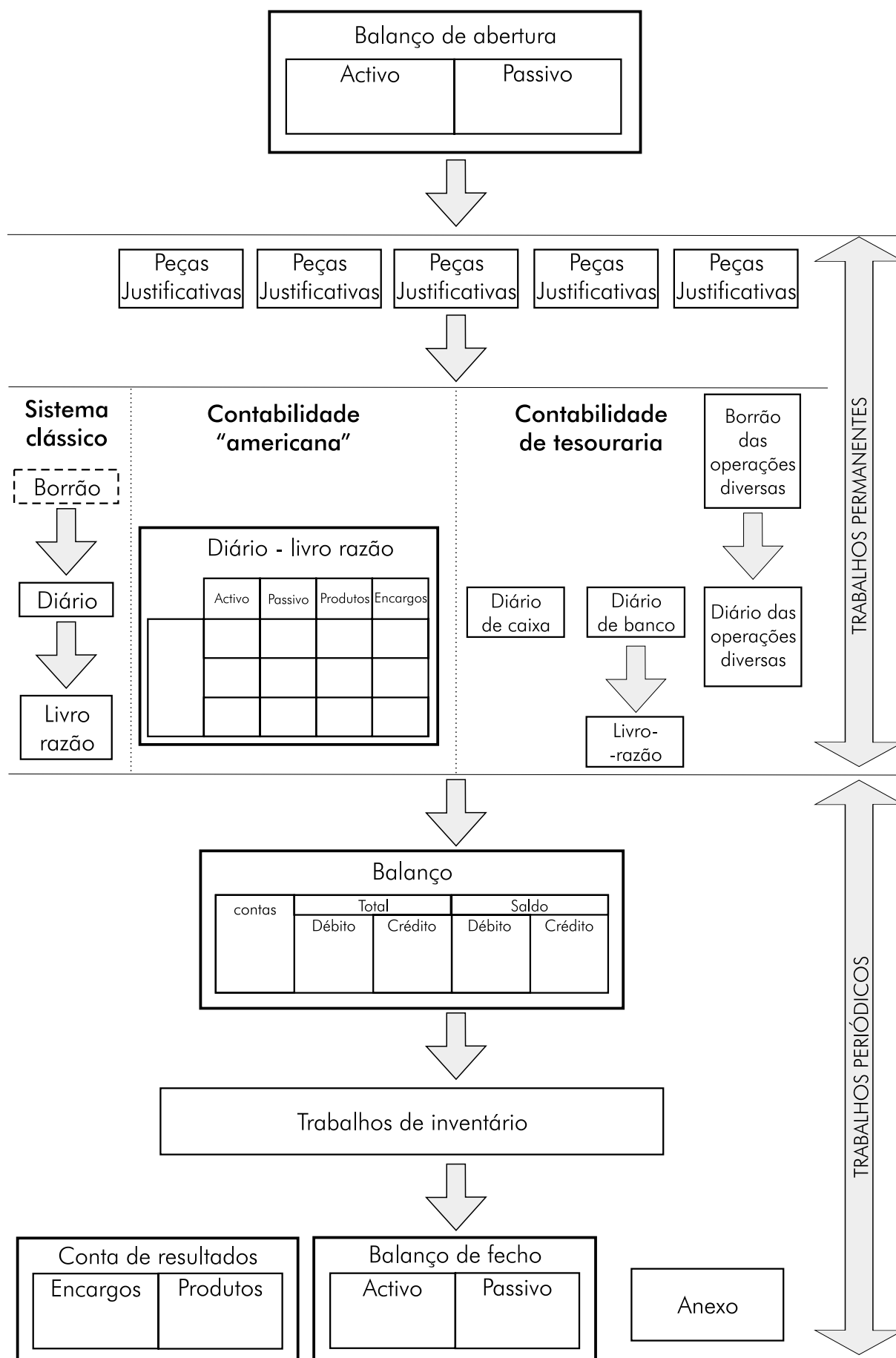
Adiantamento:
Saldo:

Assinatura do colaborador _____ Visto do responsável _____

⁴⁾ Juntar a esta nota o conjunto de justificativas

155

Os sistemas contabilísticos



4

Os trabalhos de fim de exercício

No decurso do exercício, os Gestores registaram as operações realizadas pela mutualidade, a fim de estabelecer um novo balanço de final de exercício. Contudo, não é possível estabelecer directamente este balanço de fecho. Em primeiro lugar, é necessário realizar um certo número de trabalhos contabilísticos e extra-contabilísticos:

- a revisão geral das contas;
- a regularização das contas;
- a determinação das amortizações e das provisões.

Uma mutualidade, no quadro específico da sua actividade de seguro, geralmente, não dispõe de stocks. Aqui não nos interessaremos, portanto, com o inventário de material, que constitui para outras organizações económicas o primeiro trabalho de final de exercício a realizar. Este trabalho será, contudo, necessário para uma mutualidade que gere, por exemplo, um depósito de medicamentos.

Os trabalhos de final de exercício requerem conhecimentos aprofundados em contabilidade e deverão ser confiados a um contabilista qualificado. Este capítulo limita-se a trazer os conhecimentos de base, respeitando a natureza e a utilidade desses trabalhos.

Os números de contas utilizados no capítulo são tirados do plano contabilístico proposto, como exemplo no capítulo 2 “O funcionamento das contas”. Podem diferir em função dos planos contabilísticos em vigor em cada país. É adoptada uma apresentação simplificada das contas do livro-razão. Trata-se da apresentação em “T”, na qual apenas figuram os montantes inscritos no débito e no crédito.

4.1 A revisão geral das contas

A revisão geral das contas consiste em passar em revisão as contas de activo e de passivo do balanço, após um ano de funcionamento. Trata-se, principalmente, de :

- verificar a concordância das contas financeiras;
- controlar as contas de imobilizações;
- verificar as contas de terceiros.

O objecto deste trabalho, para uma mutualidade, que dispõe de uma contabilidade normalizada (com um ou vários diários e um livro-razão), é produzir correcções e introduzir elementos adicionais (provisões por exemplo) necessários para tornar as contas anuais (conta de resultado e balanço) mais exactas e em conformidade com as práticas contabilísticas.

A revisão das
contas financeiras

A maioria das operações da mutualidade traduz-se por depósitos ou levantamentos da caixa. Por este facto, as contas financeiras, isto é, as relativas à caixa e às contas bancárias, são objecto de numerosos registos durante o exercício. Consequentemente, é importante controlar se os saldos destas contas concordam com a espécie em caixa e os montantes no banco.

É importante notar que este controlo não se efectua, unicamente, no final do exercício. Deve ser realizado, regularmente, no decurso do ano pelos Gestores da mutualidade.

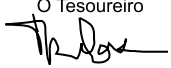
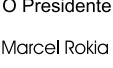
O controlo da caixa

O controlo da caixa consiste em realizar uma dedução do dinheiro líquido contido naquela e compará-lo com o saldo devedor da conta "Caixa". O saldo da conta "Caixa" deve corresponder exactamente ao dinheiro disponível na caixa, na data considerada. Em caso de desvio, deve ser dada uma justificação pelo respectivo responsável (tesoureiro ou gerente). A diferença constatada deverá ser colocada no débito ou no crédito de uma conta da classe 6 ou 7, consoante o caso.

O controlo da caixa é efectuado com a ajuda de um documento chamado folha de caixa (ou ficha de controlo de caixa).

Exemplo

A CE de uma mutualidade realiza no dia de fecho de um exercício um último controlo da caixa. Daí ressalta que o montante em caixa é 9 000 UM superior ao da conta "Caixa", como o indica a folha de caixa abaixo. Uma vez que a mutualidade realiza este controlo no fim de cada mês, esta diferença só pode resultar de uma operação efectuada no último mês do exercício. A CE verifica todas as operações inscritas no diário de caixa e constata o seguinte erro de escrituração: uma quotização de 9 000 UM foi depositada em caixa pelo tesoureiro que a registou no registo de quotização, mas esqueceu-se de a inscrever no diário de caixa.

FOLHA DE CAIXA		
Data: <u>31/12/02</u>		
Número de Moedas ou Notas	Montante da Moeda ou Nota	Soma Total
..... 3 moedas	5	 15
..... 5 moedas	10	 50
..... - moedas	25	 -
..... 1 moedas	50	 50
..... 6 moedas	100	 600
..... 10 moedas	500	 5 000
..... 7 moedas	1 000	 7 000
..... 3 moedas	5 000	 15 000
..... 1 moedas	10 000	 10 000
Total das espécies disponíveis em caixa		37 715 (A)
Saldo contabilístico em: <u>31/12/02</u> : <u>28 715</u> (B)		
Em caso de desvio entre A e B, motivos:		
<u>Uma quotização de 9 000 UM (aderente n.º 25/10/01</u> <u>foi depositada em caixa mas não inscrita no diário</u> <u>de caixa</u>		
Assinaturas		
 O Tesoureiro		 O Presidente Marcel Rokia

Tendo sido detectada esta omissão, a quotização é inscrita no diário de caixa e depois registada no diário e no livro-razão.

A verificação bancária

Entre a conta “Banco”, escriturada pela mutualidade, e o extracto bancário enviado pelo banco é frequente constatar diferenças que provêm:

- ✓ de erros ou de omissões dos Gestores da mutualidade ou do banco;
- ✓ de certas despesas bancárias (comissões, etc.) não conhecidas precisamente pela mutualidade antes da recepção do extracto bancário;
- ✓ de cheques emitidos pela mutualidade, mas ainda depositados pelos seus beneficiários;
- ✓ etc.

É, pois, importante actualizar a conta “Banco” da mutualidade e efectuar um controlo. Para fazer isso, é preciso realizar uma verificação bancária.

Exemplo

O tesoureiro de uma mutualidade inscreveu as seguintes operações no diário de banco:

Data	Nº PJ	Descrição	Entradas	Saídas	Saldo
01/12		Transporte saldo Novembro	558 560		
05/12	47	Transferência da caixa	110 000		668 560
09/02	48	Levantamento		52 000	616 560
Totais			668 560	52 000	616 560
A transportar					616 560

O extracto de conta fornecido pelo banco faz aparecer as seguintes operações para este mês de Dezembro:

	Débito	Crédito
Saldo 30/11/02		558 560
05/12 Depósito		110 000
09/12 Levantamento	52 000	
30/12 Adiantamento despesas gestão	540	
Saldo credor		616 020

O desvio entre os dois saldos parece resultar do pagamento automático das despesas anuais de gestão da conta. Para o verificar, o Tesoureiro estabelece uma verificação da seguinte forma:

Saldo contabilizado	616 560
Operações contabilizadas, não passadas ao banco	–
Operações passadas ao banco, não contabilizadas Adiantamento despesas de gestão	-540
Saldo bancário	616 020

A revisão das
contas de imóveis

Trata-se, nomeadamente, de controlar que não desapareceram nem mobiliário, nem material e que todas as aquisições e vendas foram registadas durante o exercício. Se as contas forem correctamente escrituradas durante o exercício, este trabalho não deveria colocar dificuldades.

A revisão das
contas de terceiros

A verificação das contas de terceiros respeita, no quadro de uma mutualidade de saúde, essencialmente, à conta “Créditos”, dito de outra forma, aos atrasados de quotização e à conta “Prestadores” (ou reembolso de aderentes). Em final de exercício, os administradores da mutualidade devem examinar os atrasados de quotização e podem decidir suprimir os créditos que aparecem irrecuperáveis.

Exemplo

Em final de exercício, o CA prepara o fecho das contas com a CE. Um exame do registo de quotizações mostra que no decurso do ano, três aderentes foram excluídos por terem acumulado atrasos que ultrapassaram os limites fixados nos Estatutos. Os atrasados destes aderentes constituem créditos irrecuperáveis que o CA decide suprimir. Esta decisão dará lugar ao seguinte artigo no diário (ou diário das operações diversas):

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a debitar		
	31 Dezembro 2002			
651	Perdas sobre créditos irrecuperáveis		9 300	
41		Aderentes - Quotizações a receber		9 300

4.2 A regularização das contas

No fim de um exercício, certas contas devem ser regularizadas. Para fazer isso, a mutualidade utiliza contas transitórias, chamadas “Contas de regularização”, que lhe permitem assegurar a exactidão do balanço e da conta de resultado. Estas contas desaparecerão com a reabertura do exercício seguinte.

O trabalho de regularização resulta do facto de que:

- certos encargos e produtos foram contabilizados durante o exercício, enquanto que respeitam, pelo menos em parte, a um ulterior exercício;
- inversamente, certos produtos e encargos não foram contabilizados, ainda que respeitem a esse exercício.

Na falta de regularização, resultarão destas duas situações erros na determinação do resultado do exercício

- Os encargos antecipadamente constatados

Os encargos antecipadamente constatados que foram registados no decurso do exercício mas que correspondem a bens ou serviços que serão consumidos no ou nos exercícios seguintes.

Exemplo

Uma mutualidade fez imprimir 5000 cartões de aderente (valor = 250 000 UM) no início do ano 2002 na base das suas previsões em matéria de adesão. Estes cartões são entregues gratuitamente aos aderentes e a mutualidade considera-os como consumíveis não em stock. No final de exercício restam 3 000 cartões (com um valor total de 150 000 UM) não utilizados e disponíveis para as adesões de 2003.

Estes 3 000 cartões correspondem a um encargo do ano 2003 e são contabilizados do seguinte modo no diário e no livro-razão.

Diário

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	 31 Dezembro 2002			
4761	Encargos antecipadamente constatados-cartões de aderente		150 000	
601		Abastecimentos - cartões de aderente		150 000
		Transporte para o ano de 2003 dos cartões não utilizados e pagos em 2002		

Livro-razão

4761 Encargos antecipadamente constatados – cartões de aderente

601 Abastecimentos

Débito	Débito	Débito	Débito
150 000		250 000	150 000

● Os encargos a pagar

Em final de exercício, a mutualidade deve estabelecer um extracto das dívidas para com os seus fornecedores, o seu pessoal, etc. Pode, com efeito, acontecer que encargos respeitantes ao exercício que termina fiquem por pagar, pois as facturas ainda não chegaram à mutualidade. Pode tratar-se de despesas de telefone, de electricidade, etc.

Esta regularização respeita, sobretudo, às facturas dos prestadores de cuidados. Isto é, nomeadamente, o caso de uma mutualidade que paga mensalmente os prestadores de cuidados e dos quais as facturas para o mês findo cheguem no início do mês seguinte. Aquando do fecho de um exercício, a mutualidade deve ter em conta as prestações de doença do último mês, que constituem os encargos do exercício, mesmo que não tenha recebido ainda a factura.

Exemplo

A CE de uma mutualidade estima, na base dos atestados de cuidados recebidos, o montante das prestações doença a pagar, em 150 000 UM para o último mês do exercício. Para integrar este encargo no exercício que termina, ele faz as seguintes escriturações.

Diário

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	 31 Dezembro 2002			
620	Prestações de doença		150 000	
40		Prestadores de encargos a pagar Facturas dos prestadores ainda não recebidos		150 000

Livro-razão

620 Prestações doenças		40 Prestadores de cuidados – encargos a pagar	
Débito	Débito	Débito	Débito
150 000			150 000

● Os produtos constatados antecipadamente

Os produtos constatados antecipadamente são produtos que foram recebidos durante um exercício, mas que são imputáveis a um exercício posterior. Numa mutualidade, este facto tem lugar quando, nomeadamente, as quotizações são depositadas em caixa durante um exercício, enquanto cobrem, pelo menos em parte, as prestações do exercício seguinte.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde com período aberto de adesão fixou a quotização anual por beneficiário em 600 UM pagáveis de uma vez (equivalente a 50 um / mês).

O quadro seguinte representa, esquematicamente, o período coberto pelas quotizações emitidas no decurso do exercício 2002 e 2003. A partir de Fevereiro, as quotizações emitidas cobrem, em parte, o exercício 2003. As últimas linhas do quadro dão o montante das quotizações emitidas, adquiridas e recebidas antecipadamente.

EXERCÍCIO 2002													EXERCÍCIO 2003											
Número das quotizações emitidas	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
30	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500												
15		750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750											
12			600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600										
5				250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250								
0					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
10						500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500						
15							750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750					
20								1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000					
25									1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250				
10										500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500			
5											250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250		
11												550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	
TOTAL	1 500	2 250	2 850	3 100	3 100	3 600	4 350	5 350	6 600	7 100	7 350	7 900	6 400	5 650	5 050	4 800	4 800	4 300	3 550	2 550	1 300	800	550	0
Quotizações adquiridas para o exercício 2002 = 55 050													Produtos antecipadamente constatados = 39 750											
Quotizações emitidas do exercício 2002 = 94 800																								

Nas ferramentas contabilísticas de mutualidade está registado, no quadro do exercício 2002, o total das quotizações emitidas, isto é, 94 800 UM. Contudo, a mutualidade não deve ter em conta no cálculo do resultado desse exercício, senão as quotizações adquiridas, ou seja 55 050 UM. Deve, pois, neutralizar as 39 750 UM destinadas ao exercício seguinte. Para o efeito, utiliza a conta “477: Quotizações recebidas antecipadamente” e passa as escriturações seguintes para o diário (ou diário das operações diversas) e para o livro-razão:

Diário

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	31Dezembro 2002			
751	Quotizações		39 750	
477		Quotizações recebidas antecipadamente Quotizações para o exercício 2003 antecipadamente recebidas		39 750

Livro-razão

751 Quotizações		477 Quotizações recebidas antecipadamente	
Débito	Crédito	Débito	Crédito
39 750	94 800		
SC = 55 050			39 750
94 800	94 800	SC = 39 750	

● Os produtos a receber

Inversamente ao caso do exemplo precedente, pode acontecer que os produtos correspondendo ao exercício que termina não tenham ainda sido recebidos pela mutualidade. Estes produtos devem ser integrados no cálculo do resultado do exercício, o que requer a utilização de uma conta de regularização “Produtos a receber”.

Exemplo

Uma convenção entre a mutualidade e o Ministério dos Assuntos Sociais (MAS) estipula que aquela comparticipa indigentes (identificados pelo “Bureau” dos Assuntos Sociais Local) que apenas pagam 10% da sua quotização, financiando o Ministério os restantes 90%, sob a forma de uma subvenção.

No momento do fecho do exercício, o Ministério ainda não entregou a parte dessa subvenção para o último trimestre do ano (110 000 UM).

A mutualidade, portanto, passa as seguintes escriturações para o diário e para o livro-razão.

Diário

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	31 Dezembro 2002			
4487	MAS -Produtos a receber		110 000	
751		Quotizações Subsídio do MAS para o último trimestre 2002 ainda não recebida		110 000

Livro-razão

751 Quotizações		4487 MAS – Subsídio a receber	
Débito	Crédito	Débito	Crédito
	110 000	110 000	

4.3 As amortizações

Os bens duráveis de uma mutualidade depreciam-se de ano para ano, seja pela utilização (edifícios, mobiliário), ficam tecnologicamente ultrapassados (material informático). Esta depreciação deve ser tida em conta no estabelecimento do balanço contabilístico, a fim de dar uma visão satisfatória da situação patrimonial da mutualidade no final do exercício.

Na conta de resultado, esta depreciação deve ser contabilizada sob a forma de um encargo (dotação às amortizações).

Papel da amortização

A amortização têm vários papéis:

- ✓ reparte por vários exercícios o custo de um imóvel. Com efeito, não seria coerente imputar a um único exercício o custo de um imóvel que será utilizado durante muitos anos;
- ✓ permite, através das dotações às amortizações, mobilizar progressivamente os recursos necessários à renovação dos imóveis que se depreciam ao longo do tempo;
- ✓ permite uma melhor avaliação dos activos da mutualidade e, portanto, da sua situação financeira e do resultado do exercício.

O cálculo da amortização

A conta de dotação às amortizações, que é uma conta de encargos, vai influenciar directamente o resultado. Com efeito, a contabilização da amortização significa um aumento dos encargos do exercício. Se a fatia de activos a amortizar é importante, a dotação às amortizações sê-lo-á também e o benefício do exercício será, do mesmo modo, diminuído.

Por definição, a amortização reparte por um certo número de exercícios o custo de um imóvel, cujo valor diminui de forma progressiva. O cálculo da amortização é feito na base do valor de aquisição do bem e da estimativa da sua duração de vida.

Existem diferentes métodos de cálculo das amortizações. O método aqui proposto, o da amortização constante ou linear, assenta na seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Valor de aquisição}}{\text{Tempo de vida (em anos)}}$$

Obtém-se, então, o montante anual da amortização, chamada anuidade.

Exemplo

Uma mutualidade comprou material por 300 000 UM. Decide, de acordo com as leis em vigor, amortizar num período de cinco anos. O montante de amortização anual será de: 60 000 UM.

$$\text{Seja: } \frac{300\,000}{5}$$

No final do quinto ano, a mutualidade terá amortizado as 3000 000 UM.

As taxas de amortização lineares utilizadas mais correntemente são:

- Terreno 0%
- Edifício 5 a 10%
- Mobiliário 20%
- Material 20 a 33%
- Material rolante 20 a 33%

A contabilização das amortizações

Na contabilização da amortização é utilizada uma conta de encargos (conta de resultados e uma conta de activo substractivo (conta de balanço). A conta de encargos representa a amortização do exercício: é a dotação às amortizações. Assim, no final de cada exercício, será efectuada a seguinte contabilização:

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	 dia / mês / ano			
68	Dotações às amortizações		XXXXXX	
28		Amortizações		XXXXXX

A conta de activo “Amortizações acumuladas” recebe os sucessivos créditos, representando a avaliação da amortização até que se cesse de amortizar, seja porque o bem é vendido, seja porque é “reformado”, seja, enfim, porque o total das amortizações acumuladas atingiu o valor do bem a amortizar. Por último, o valor líquido contabilístico de um activo, num determinado momento, é dado pela diferença entre a conta de activo e a correspondente conta de amortizações acumuladas.

Exemplo

Uma mutualidade comprou, há quatro anos, um ciclo motor por 200 000 UM e já o amortizou em 160.000 UM . No balanço, o valor contabilístico do ciclomotor é o seguinte:

Activo (débito) : ciclomotor	200 000
Activo (crédito): amortizações acumuladas ciclomotor (4 anos)	– 160 000
Valor Líquido contabilístico	40 000

4.4 As provisões

Existem duas grandes categorias de provisões

As provisões para depreciação

- São distintas das amortizações, embora se trate também de uma constatação da depreciação contabilística de um activo. Esta depreciação é atribuída a causas que não são julgados irreversíveis e não pode ser afectada a espaços do balanço.

Estas provisões são, em especial, previstas para cobrir a depreciação de stocks e de títulos de aplicações. No quadro de uma mutualidade de saúde, elas poderão ser utilizadas para cobrir a depreciação de créditos difíceis de recuperar.

A contabilização destas provisões é análoga à das amortizações. Uma conta de activo é creditada quando o valor de um activo diminui; se esta diminuição implica um encargo, é debitado uma conta de encargos. Esta operação traduz-se pelo seguinte modelo de escrituração no diário.

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	 d i a / m ê s / a n o			
69	Dotações às provisões		XXXXXX	
41		Aderentes - Quotizações a receber Provisões para depreciação da conta "Quotizações a receber"		XXXXXX

● As provisões para riscos e encargos

Têm por objectivo prever perdas ou encargos que são prováveis no fecho do exercício. A natureza destes encargos é conhecida com precisão, mas a sua realização e o seu montante são incertos.

São, por exemplo, dotadas em previsão de grandes reparações a efectuar em imóveis.

As provisões para riscos e encargos são contas de passivo. A técnica de contabilização é a seguinte: debita-se uma conta de dotação às provisões (69) e credita-se uma conta de provisões para riscos (15).

As provisões são, igualmente, objecto de uma regulamentação particular e devem ser utilizadas com maior prudência.

4.5 As particularidades do registo das quotizações em função dos sistemas contabilísticos utilizados

A contabilização das quotizações deve ser objecto de particular atenção. Não é efectuada do mesmo modo, em função do sistema contabilístico implementado, e requer diferentes trabalhos de final de exercício.

Aqui, o interesse será pela contabilidade clássica e pela de tesouraria. A técnica utilizada na contabilidade "americana" pode ser um ou outro dos dois métodos adiante apresentados, consoante as contas previstas no diário livro-razão. Notar-se-á que o exemplo do diário livro-razão, proposto no precedente capítulo, permite utilizar a técnica de registo das quotizações empregues no quadro da contabilidade clássica.

A contabilidade clássica

No quadro de uma contabilidade clássica, as quotizações são contabilizadas aquando da sua emissão e não aquando do seu depósito em caixa. Este princípio obriga a mutualidade a utilizar a conta "Aderentes- Quotizações a receber" no decurso do exercício e, não unicamente, nos trabalhos de final de exercício. A quotização é calculada por um ano e a sua emissão é efectuada no dia da adesão. Poderá ser paga imediatamente pelo aderente, quando é anual, ou em várias partes, quando é semanal, mensal ou outra. O montante, assim dividido por cada aderente, é inscrito na conta "Aderentes-Quotizações a receber", a qual diminui com cada pagamento.

Exemplo

Uma mutualidade escritura uma contabilidade clássica e tem recurso a quotizações mensais. As adesões apenas têm lugar durante as duas primeiras semanas de Janeiro (período fechado de adesão). No início do ano, conta com 5000 aderentes, o que representa um total de quotizações emitidas de 1250 000 UM. No decurso do ano, passa as seguintes escriturações para o diário e livro-razão.

Diário

Número das contas	Descrição	Débito	Crédito
Conta a debitar	Conta a creditar		
	15 Janeiro 2002		
41	Aderentes - Quotizações a receber	1 250 000	
751	Quotizações Emissão das quotizações para exercício 2002		1 250 000
	15 Janeiro 2002		
57	Caixa	104 170	
41	Aderentes - Quotizações a receber Quotizações do mês de Janeiro 2002		104 170
	15 Fevereiro 2002		
57	Caixa	95 750	
	Aderentes - Quotizações a receber Quotizações do mês de Fevereiro 2002		95 750

Livro-razão

41 Aderentes – Quotizações a receber

Débito			Crédito		
Datas	Descrição	Montantes	Datas	Descrição	Montantes
15/01	Quotizações Janeiro	104 170	15/01	Emissão das quotizações - exercício 2002	1 250 000
15/02	Quotizações Fevereiro	95 750			
15/12	Quotizações Dezembro	103 250			
	Total	1 065 500		Total	1 250 000
	Saldo credor	187 500			

Quando dos trabalhos de final de exercício, a conta “Aderentes - Quotizações a receber” já existe e tem um saldo devedor de 187 500 UM. A mutualidade não recuperou senão 85% das suas quotizações, emitidas durante o exercício, e deverá recuperar os atrasados no decurso do exercício seguinte.

A contabilidade de tesouraria

Estando a contabilidade de tesouraria organizada em volta dos depósitos e dos levantamentos de caixa e tendo por objectivo simplificar os trabalhos contabilísticos, constata-se, na prática mutualista, que a contabilização das quotizações é feita no momento do seu depósito em caixa. Neste caso figurado, as quotizações emitidas serão acompanhadas a partir do registo de quotização (ou outros documentos tendo similares funções). A regularização da conta “Quotizações” terá lugar no final de exercício, do mesmo modo que para os outros produtos a receber.

Exemplo

Se a mutualidade do precedente exemplo tivesse escriturado uma contabilidade de tesouraria, as escriturações seguintes teriam sido passadas no diário de caixa no decurso do exercício.

Diário de caixa

Data	N.º PJ	Descrição	Entradas	Saídas	Saldo
15/01		Quotização de Janeiro	104 170		520 230
15/02		Quotização de Fevereiro	95 750		655 710
15/12		Quotização de Dezembro	103 250		586 220
Totais			1 438 230	935 540	502 690
A transportar					502 690

No final do exercício, as seguintes escriturações teriam sido passadas no diário das operações diversas e no livro-razão.

Diário das operações diversas

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	 31 Dezembro 2002			
41	Aderentes - Quotizações a receber		187 500	
751	Quotizações Saldo dos atrasados do registo de quotizações em 31/12/02			187 500

Livro-razão

751 Quotizações		41 Aderentes – Quotizações a receber	
	104 170	187 500	
	95 750		
	...		
	103 250	187 500	0
	187 500		SD = 187 500
	0		
	1 205 000		
SC = 1 250 000			



O fecho e a reabertura dos exercícios

Tendo sido efectuados os trabalhos de final de exercício, vão poder ser estabelecidas as contas de resultado e de balanço. Na conta de resultados, serão retomados os saldos das contas de produtos e de encargos, e na de balanço, os saldos das contas de activo e de passivo. Em primeiro lugar, será realizado um último controlo, graças a um balanço, após o inventário, que permite assinalar erros de escrituração.

O resultado do exercício será determinado, tanto para a conta de resultado, como para o balanço. Este resultado, quando é um excedente, constitui um novo recurso disponível para a mutualidade. A AG deverá decidir da sua afectação.

A afectação do resultado dará lugar ao estabelecimento de um novo balanço. Este último constituirá o balanço de abertura do novo exercício. Será, então, estabelecido um novo ciclo contabilístico.

5.1 O balancete

O balancete é um quadro estabelecido a partir de todas as contas do livro-razão. Permite revelar erros de escrituração ou de cálculo que possam aparecer, aquando do registo das operações nas contas. O balancete permite, igualmente, verificar a exactidão dos transportes do diário para o livro-razão.

O balancete assenta no facto de que qualquer registo dá lugar a um débito e um crédito. Verificando a igualdade entre todos os débitos e todos os créditos, permite identificar eventuais erros.

O balancete é aqui apresentado no quadro do fecho do exercício; trata-se do balancete após inventário. Contudo, é preciso notar que um balancete deve ser periodicamente estabelecido (todos os meses ou todos os trimestres) no decurso de um exercício, a fim de evitar uma acumulação de erros de escrituração, o que poderia implicar um importante trabalho de correcção em final de exercício.

Antes de estabelecer o balancete, é necessário proceder ao fecho de todas as contas, assim como do diário.

- O fecho das contas

O método é o mesmo para todas as contas:

1. Calcula-se a diferença entre as duas colunas e inscreve-se o saldo na coluna, cujo total é o mais baixo a fim de os balancear.
2. Totaliza-se o débito e o crédito sublinhando estes totais que devem ser iguais.

- O fecho dos diários

Este fecho efectua-se simplesmente totalizando as duas colunas dos diários.

Existem diferentes tipos de balancetes. O balancete aqui ilustrado apresenta-se sob a forma de um quadro com seis colunas que inventariam o número e o nome das contas e, para cada conta, o total dos débitos, o total dos créditos e os montantes dos saldos devedores ou credores. Este quadro, geralmente, é estruturado da seguinte forma:

O balancete das contas					
Número das contas	Nomes de Contas	Débitos	Créditos	Saldos devedores	Saldos credores
	1.Contas de balanço Totais das contas de balanço	Σ	Σ	Σ	Σ
	2.Contas de gestão Totais das contas de gestão	Σ	Σ	Σ	Σ
	Totais Gerais				
		Totais iguais		Totais iguais	

5.2 O fecho do exercício

O fecho do exercício concretiza-se com o estabelecimento das contas anuais. Estas são constituídas pelos documentos das seguintes sínteses:

- a conta de resultados;
- o balanço;
- o anexo.

A apresentação destes documentos está normalizada. Deve seguir as regras e as recomendações do Plano Contabilístico Geral. Entre outras, é necessário respeitar uma certa classificação das contas no balanço e na conta de resultado.

Os documentos de síntese não podem ser estabelecidos senão após o fecho de todas as contas, uma vez terminados os trabalhos contabilísticos e extra-contabilísticos. Como já foi visto anteriormente, estes documentos podem ser elaborados por uma estrutura externa de gestão, pois requerem competências aprofundadas em matéria de contabilidade. Contudo, é importante que os responsáveis de uma mutualidade de saúde compreendam o interesse e o papel desses documentos e sejam capazes de restituir o seu conteúdo aos aderentes e a terceiros.

A conta
de resultados

A conta de resultados determina o resultado por diferença entre os encargos e os produtos do exercício. Esta conta permite, igualmente, compreender como foi obtido o resultado.

A conta de resultados apresenta os encargos e os produtos classificados em três grandes rubricas:

- ✓ exploração;
- ✓ financeiro;
- ✓ excepcional.

Esta classificação permite distinguir o que sobressai do funcionamento corrente da mutualidade (exploração) do que é financeiro ou excepcional.

O modelo abaixo apresenta os principais títulos da conta de resultados, conforme o plano contabilístico adaptado a uma mutualidade de saúde.

Conta de resultados (apresentação sob a forma de conta)

ENCARGOS		PRODUTOS	
Encargos de exploração (I) Compras Transportes Prestações doença Resseguro Outros serviços Encargos com pessoal Dotações às amortizações		Produtos de exploração (I) Prestações de serviços auxiliares Subsídios de exploração Quotizações Direitos de adesão	
Encargos financeiros (II) Encargos excepcionais(III)		Produtos financeiros (II) Produtos excepcionais (III)	
Total dos Encargos (I+II+III)		Total dos produtos (I+II+III)	
Resultado: excedente		Resultado: défice	
Total		Total	

O balanço

O balanço inventaria, no activo, todos os bens da mutualidade, e, no passivo, a origem dos recursos que financiaram aqueles bens.

As contas do balanço são reagrupadas em quatro grandes categorias:

- ✓ no activo: o activo imobilizado e o activo circulante;
- ✓ no passivo: os capitais próprios e as dívidas.

O resultado do exercício aparece igualmente no balanço. É o mesmo que o calculado para a conta de resultados.

No balanço, o resultado corresponde à diferença entre o activo e o passivo, isto é, entre o montante dos bens e o dos recursos de que a mutualidade dispõe para os adquirir. Quando o activo é superior ao passivo, isso significa que a mutualidade conseguiu adquirir, com um certo volume de recursos, um conjunto de bens com um valor total superior. Portanto, ela enriqueceu-se e o resultado é um excedente. No caso contrário, a mutualidade empobrece-se e o resultado é um défice.

O modelo de balanço abaixo apresentado é “clássico”. O activo comporta três colunas:

- ✓ “Bruto”. O montante bruto representa o valor inicial de um bem (valor de compra);
- ✓ “Amortizações e provisões”. Esta coluna totaliza as dotações às amortizações, após a compra de um bem, e as dotações às provisões sobre elementos do activo (nomeadamente sobre os créditos);
- ✓ “Líquido”. Esta coluna é igual à diferença entre as duas precedentes.

Balanço (antes da repartição)

ACTIVO			Líquido	PASSIVO	Líquido
	Bruto	Amort. e provisões			
Activo imobilizado (I) Terrenos Edifícios Material Imobilizações financeiras Activo circulante (II) Existências Créditos (aderentes) Aplicações financeiras Disponibilidade: - Banco - Caixa Encargos previamente constatados (III)				Capitais próprios (I) Reservas Saldo a transferir Resultado de exercício (benefício ou perda) Subsídios de investimento Provisões para riscos e encargos (II) Dívidas (III) Empréstimos e dívidas a mais de um ano Dívidas a menos de um ano: - Fornecedores - Banco Produtos prev. constatados (IV)	
Total (I+II+III)				Total (I+II+III+IV)	

O anexo

O anexo completa o balanço e a conta de resultados, trazendo as necessárias explicações para uma melhor compreensão destes dois documentos. Suscita, assim, as seguintes informações:

- ✓ dados, em números, que completam e detalham certos títulos do balanço e da conta de resultados;
- ✓ dados, não em números, que precisam os métodos de avaliação, os cálculos e a origem dos dados em números.

O anexo fornece informações úteis para completar a restituição do balanço e da conta de resultados aos aderentes da mutualidade e aos terceiros.

Facilita igualmente os controlos interno e externo.

Os diferentes elementos do anexo respeitam, nomeadamente, a:

- ✓ investimentos: aquisições e cedências;
- ✓ modalidades de cálculo das amortizações;
- ✓ créditos: quotizações em atraso;
- ✓ empréstimos: prazos de vencimento, reembolsos efectuados, etc;
- ✓ acontecimentos significativos do ano;
- ✓ observações sobre certas contas.

5.3 A abertura de um novo exercício

A afectação do resultado

O balanço de fecho de um exercício é, igualmente, chamado balanço antes de repartição, pois apresenta o resultado do exercício antes da sua utilização ser determinada. Aquando de uma AG, e em função das recomendações do CA (ou da CE), os aderentes deverão determinar a afectação do resultado, com dois casos figurativos possíveis:

- ✓ se o resultado é um excedente será utilizado para completar as reservas e / ou para realizar obras sociais a favor dos aderentes. Pode, igualmente, ser objecto, total ou parcialmente, de um transporte pela segunda vez;
- ✓ se o resultado é um défice: este será transportado pela segunda vez, esperando que o exercício seguinte seja excedentário.

Após estas decisões, a mutualidade produzirá um novo balanço, chamado balanço após repartição, no qual a linha “Resultado do exercício” terá desaparecido, sendo este último distribuído pelas outras contas. Este balanço após repartição corresponde ao balanço de abertura do exercício seguinte.

O facto da mutualidade ter fim não lucrativo não quer dizer que não deva realizar excedentes. Pelo contrário, estes últimos são necessários para assegurar a viabilidade da mutualidade e melhorar os serviços oferecidos aos aderentes. Mas uma mutualidade não tem mais por vocação acumular esses excedentes, o que significa:

- ✓ por um lado, que esses excedentes devem ser de um montante razoável pois provêm, em normal funcionamento da mutualidade, de uma margem sobre as quotizações. Em outros termos, quotizações elevadas permitem obter importantes excedentes, o que pode parecer positivo, mas, ao mesmo tempo, limitam o acesso à mutualidade das famílias cuja capacidade contributiva é restrita;
- ✓ por outro lado, que a mutualidade deve evitar entesourar. Deve consagrar os seus excedentes, nomeadamente:
 - ao reforço da sua segurança financeira;
 - à realização de acções em favor dos beneficiários.

A utilização dos excedentes deve ser prevista nos Estatutos e no Regulamento Interno da mutualidade. Ela pode ser regulamentada pela lei. A repartição dos excedentes é efectuada em AG, após o relatório financeiro apresentado pelos Gestores da mutualidade e na base das suas propostas.

Segundo os princípios da mutualidade, os excedentes não podem ser redistribuídos aos aderentes. Em compensação, são destinados:

- ✓ à constituição de reservas (estas são apresentadas mais adiante);
- ✓ à realização de novas acções em favor de todos os aderentes : as acções sociais.

Também apelidadas de obras sociais, as acções sociais são realizadas pela mutualidade em favor dos beneficiários, até mesmo em favor de toda a colectividade. Visam responder a outras necessidades diferentes das cobertas pelo seguro saúde. Os exemplos são múltiplos:

- ✓ caixa de assistência: fundo disponíveis para a atribuição de empréstimos, até mesmo doações às famílias carenciadas;
- ✓ prendas para os recém-nascidos: produtos de primeira necessidade dados às mães e ao seu bebé após o parto: sabão, enxoval, etc.;
- ✓ criação de novos serviços: campanhas de prevenção, educação sanitária, serviço de enfermagem, etc.;
- ✓ construção ou contribuição para a construção de infraestruturas comunitárias (poços, escolas, etc.);
- ✓ acções de solidariedade em favor dos indigentes;
- ✓ acções em favor dos deficientes, pessoas idosas, etc.

Exemplo

Uma mutualidade acaba de encerrar o seu quarto exercício anual. Ela cobre 65% do público-alvo.

O seu balanço antes de repartição e a sua conta de resultados indicam, nomeadamente, que:

- o montante das prestações saúde eleva-se a 1 689 000 UM;
- o montante das reservas é de 753 000 UM;
- o resultado do exercício eleva-se a 258 000 UM.

O funcionamento da mutualidade é estável, as relações com os prestadores de cuidados são excelentes e a mutualidade não encontra qualquer dificuldade de maior. Assim, ela decide em AG fixar o montante das suas reservas para o seu quinto exercício ao equivalente a seis meses de prestações doença (do seu quarto exercício, isto é, num montante de 8 44500 UM).

Quando do estabelecimento do balanço após repartição, é retirado da conta de resultado um montante de 91 500 UM para ser afectado à sua conta reservas que, assim, atinge o limite fixado em AG. O saldo do resultado, 166 500 UM, é consagrado à remodelação de um centro de saúde comunitário utilizado por todos os habitantes da aldeia.

A reabertura do diário

A reabertura do diário é efectuada no início do exercício, na base do balancete, após inventário estabelecido, aquando do fecho do precedente exercício. Esta reabertura é efectuada graças a uma articulação de abertura no qual:

- ✓ debitam-se todas as contas das classes 1 a 5, cujo saldo é devedor no balancete após inventário;
- ✓ creditam-se todas as contas das classes 1 a 5, cujo saldo é credor no balancete após inventário.

Este trabalho não respeita pois as contas de encargo e de produtos (classes 6 e 7).

A reabertura das contas

Após a articulação de abertura do diário, as contas das classes 1 a 5 são reabertas para o transporte dos saldos em início de exercício. As contas de encargos e de produtos serão abertas ao passo do exercício, em função das necessidades (sem transporte, portanto, dos saldos do exercício anterior). A contra-outorga dos encargos e dos produtos antecipadamente constatados implica, contudo, exceções. Com efeito, os encargos e produtos antecipadamente constatados do exercício anterior são transferidos para as contas de encargos e de produtos respeitantes ao novo exercício.

Parte 5

A gestão provisional

A gestão eficaz de uma mutualidade de saúde, como a de qualquer outra empresa, assenta numa previsão das actividades futuras. A gestão provisional é, como o nome indica, o ramo da gestão consagrado a esta previsão. Ele fornece informações complementares às produzidas pela contabilidade, a partir da actividade passada e actual da mutualidade. Esta parte trata dos aspectos financeiros da gestão provisional. Comporta dois capítulos.

Capítulo 1 O orçamento

Este primeiro capítulo é consagrado ao orçamento que é a tradução financeira do programa de acção da mutualidade. O orçamento é um dos instrumentos fundamentais da gestão provisional. São descritos e ilustrados sucessivamente as funções do orçamento, as modalidades da sua elaboração e a estimativa das receitas e das despesas de uma mutualidade de saúde. Numa última secção, são apresentados o estabelecimento do orçamento e o seu acompanhamento.

Capítulo 2 O plano de tesouraria

Este segundo capítulo descreve o plano de tesouraria que é uma outra ferramenta de gestão provisional. O plano de tesouraria é necessário a uma gestão eficaz da liquidez num dado período. São descritas, em particular, as funções do plano de tesouraria e as etapas da sua elaboração.



O orçamento

O orçamento constitui uma previsão do volume e da obtenção dos recursos necessários à execução das actividades programadas para um determinado período (geralmente um ano).

O orçamento é preparado a partir do conhecimento do passado e de hipóteses para o futuro. É um importante instrumento de administração e de gestão, ao longo de todo o ano. Regularmente, as realizações deverão ser comparadas com as previsões, o que permitirá tomar a tempo as medidas que se verificarem necessárias.

A principal característica do orçamento de uma mutualidade de saúde é a incerteza quanto ao item mais importante das despesas: as prestações de doença. Este depende de numerosos factores externos à mutualidade, como o estado de saúde da população, a ocorrência de epidemias, etc.

1.1 As funções do orçamento

O orçamento preenche várias funções importantes.

- Incita os aderentes e os Administradores a realizar uma análise do período que passou e a fazer uma projecção no futuro para estabelecer os objectivos e o programa de acção da mutualidade. Evita, assim, uma gestão “às cegas” no dia a dia. A mutualidade conhece os limites a não ultrapassar em matéria de despesas, tendo em conta as suas receitas previsionais.

- Permite fornecer informações essenciais para a tomada de decisões respeitantes às actividades da mutualidade, compreendendo, aí, as actividades imprevisas que poderiam modificar o volume ou a obtenção dos recursos inicialmente definidos.

1.2 A elaboração do orçamento

As etapas

A elaboração do orçamento passa por diferentes etapas:

1. Fixação dos objectivos. A mutualidade fixa objectivos a atingir num dado período. Em função desses objectivos, as actividades a implementar são identificadas e programadas para esse mesmo período.

2. Estimativa das despesas e das receitas. Para cada objectivo e actividade são estimadas receitas (quotizações, subsídios, etc.). Para isso, todas as informações necessárias são previamente reunidas.

A estimativa das receitas e das despesas deve ser feita com prudência e apoiar-se, tanto quanto possível, na passada experiência. No primeiro ano, os dados serão obtidos através do estudo de viabilidade.

3. Preparação do orçamento. A etapa seguinte é a preparação do orçamento que consiste em apresentar, num quadro, num lado, as previsões em matéria de despesas e, no outro lado, as previsões em matéria de receitas.

Este orçamento deve ser equilibrado, em função do resultado esperado no fim do ano. Para isso, é muitas vezes necessário trabalhar sobre vários cenários, fazendo variar, nomeadamente:

- o número de aderentes;
- o montante da quotização;
- o nível de comparticipação das despesas de saúde;
- a redução dos encargos que não são indispensáveis.

Contudo, é preciso assegurar que esses cenários sejam coerentes, atendendo à situação actual da mutualidade.

Por outro lado, quando uma mutualidade implementa diferentes serviços em favor dos seus aderentes, é preferível estabelecer um orçamento para cada um desses serviços e, depois, reuni-los num orçamento global da mutualidade.

4. Aprovação do orçamento. O orçamento é aprovado pela Assembleia Geral. O orçamento, geralmente, é preparado pelo Conselho de Administração e pela Comissão Executiva (ou outros órgãos similares), para ser apresentado em Assembleia Geral onde será discutido, corrigido e, se necessário, adoptado.

1.3 A estimativa das receitas e das despesas

A estimativa das despesas e das receitas da mutualidade é a parte mais complexa da elaboração do orçamento.

Esta complexidade é particularmente importante no primeiro ano de funcionamento da mutualidade, pois esta não dispõe ainda de qualquer experiência. É preciso construir o seu primeiro orçamento sobre um conjunto de hipóteses resultantes do estudo de viabilidade, realizado durante o processo de implementação. A elaboração dos orçamentos para os anos seguintes também não é simples, mas a mutualidade pode, contudo, referir-se aos passados factos e resultados.

As previsões e as estimativas das receitas e das despesas assentam, nomeadamente:

- sobre os números passados, tendo em conta que algumas são o resultado de uma gestão que não é forçosamente mais eficaz; podendo, por exemplo, certos encargos ser reduzidos se a eficácia do funcionamento for melhorada;
- sobre normas que podem ser razoavelmente atingidas (número de beneficiários por família, número de aderentes por aldeia, etc.).

A estimativa das despesas

O orçamento distingue vários títulos de despesas, dos quais, os principais, no quadro específico de uma mutualidade, são, geralmente, os seguintes:

- ✓ as prestações de doença;
- ✓ os custos de funcionamento;
- ✓ as despesas de investimento;
- ✓ os custos diversificados (formação, animação, etc.).

As prestações de doença

Trata-se do item de despesas mais complexo a estimar, pois depende de numerosos parâmetros exteriores, não domináveis pela mutualidade.

Quando a mutualidade determinou os serviços de saúde que irá cobrir, deve estimar, para cada um deles, o montante anual das despesas em prestações. Este montante é calculado segundo a fórmula geralmente utilizada:

$$\begin{array}{ccccccc} \text{Despesas} & & \text{Taxa} & & \text{(Custo médio do} & & \text{Número} \\ \text{em prestações} & = & \text{de utilização} & \times & \text{serviço – co-pagamento} & \times & \text{estimado} \\ \text{para um serviço} & & \text{do serviço} & & \text{a cargo dos pacientes)} & & \text{de beneficiários} \end{array}$$

Aquando da elaboração do seu primeiro orçamento, a mutualidade não pode basear-se senão em hipóteses, muitas vezes aleatórias, resultantes, nomeadamente, do estudo de viabilidade e de inquéritos junto das famílias e dos utilizadores das formações sanitárias.

No primeiro ano de funcionamento, essas hipóteses serão testadas e afinadas, graças, nomeadamente, ao acompanhamento das actividades.

Assim, mês a mês, depois ano a ano, a mutualidade adquire cada vez maior experiência e domínio deste título de despesas.

Contudo, será sempre preciso realizar projecções para estabelecer as suas previsões orçamentais, tendo em conta diferentes parâmetros, tais como:

- ✓ evolução do número de beneficiários;
- ✓ a evolução da utilização dos serviços de saúde;
- ✓ a evolução do preço dos serviços de saúde e dos medicamentos;
- ✓ a inflação.

Por razão da incerteza que pesa sobre o conjunto desses parâmetros, muitas vezes é acrescentada uma margem de segurança ao total das despesas estimadas em prestações de doença. Esta margem é geralmente fixada em cerca de 10% no arranque das actividades, podendo, depois, ser diminuída progressivamente (até 5% por exemplo), quando a mutualidade atingir um funcionamento estável.

No caso de um sistema de terceiro pagador, uma outra forma de ter previsões mais seguras é prever, em colaboração com os prestadores de cuidados, os possíveis aumentos do preço dos cuidados no decurso do ano. Para esse fim, um importante preliminar para a preparação do orçamento anual é a negociação com os prestadores sobre as tarifas dos diferentes serviços cobertos, o que é feito todos os anos, no quadro da renovação dos convénios.

- ✓ Esta negociação permite fixar:
 - quer uma tarifação fixa para todo o ano, independentemente da inflação;
 - quer modalidades de repercussão das altas de preços das tarifas no decurso do ano sobre as prestações facturadas à mutualidade (prevendo por exemplo uma diferença de vários meses na alteração das tarifas aplicadas).

Os custos de funcionamento

Este título compreende todas as despesas que entram no funcionamento normal da mutualidade, além das prestações de doença. Trata-se, nomeadamente:

- ✓ dos salários ou abonos do pessoal;
- ✓ das despesas de deslocação;
- ✓ dos alugueres;
- ✓ dos fornecimentos de escritório; das despesas de manutenção corrente.

As despesas de investimento

Os investimentos são objecto, em princípio, de um orçamento particular que respeita à sua duração de vida. No ano do investimento, o custo de aquisição do bem será previsto no orçamento principal. Por consequência, aparecerão nos orçamentos as despesas anuais

relativas a esse investimento, por exemplo, as anuidades dos empréstimos ou os custos de manutenção.

Os custos diversos

A mutualidade pode escolher distinguir certos títulos de despesas, tais como, os custos de formação e de animação, que, muitas vezes, constituem actividades específicas.

A avaliação das receitas

As principais receitas de uma mutualidade provêm:

- ✓ das quotizações;
- ✓ dos direitos de adesão;
- ✓ de prestações de serviços auxiliares (transporte de doenças, etc.);
- ✓ dos subsídios, doações e legados;
- ✓ dos produtos financeiros sobre as aplicações;
- ✓ de outras fontes:
 - actividades promocionais (tômbolas, espectáculos culturais, etc.);
 - prestações de serviços facturados a utilizadores externos (aluguer de salas, material, etc.).

As quotizações

O cálculo das quotizações constitui um dos aspectos mais complexos da implementação de uma mutualidade de saúde, o que determinará, em grande parte, a viabilidade futura. O método de cálculo das quotizações foi apresentado no capítulo 1 da parte 1. Não é inútil sublinhar uma vez mais que este cálculo assenta num equilíbrio a encontrar entre o montante da quotização e, portanto, o nível da cobertura e a acessibilidade da mutualidade às pessoas que constituem o público-alvo.

A elaboração do orçamento

Está última etapa consiste em apresentar, num quadro, uma síntese de todas as estimativas de receitas e de despesas precedentemente efectuadas. Aquele apresenta, num lado, as despesas e, no outro, as receitas; mas deve estar equilibrado: sendo o total da coluna “Receitas” igual ao total da coluna “Despesas”. Para atingir esse equilíbrio, a mutualidade deverá, talvez, rever certas hipóteses de partida: diminuição dos custos de funcionamento, aumento dos direitos de adesão, até mesmo das quotizações, etc.

Dado poderem verificar-se despesas imprevistas no decurso do funcionamento, deve ser acrescentado um montante para “imprevistos” ao total das despesas provisionais.

Exemplo

A Federação dos Pescadores de la Lagune criou uma mutualidade de saúde que cobrirá a 100% os partos nas maternidades convencionadas e a 80% as despesas de internamento nos centros de saúde (CS) e nos hospitais civis, igualmente convencionados.

Antes de iniciar o seu primeiro exercício, os promotores da mutualidade elaboraram um orçamento previsional que será submetido para aprovação à Assembleia Geral Constituinte.

As principais bases de cálculo deste orçamento são as seguintes:

a) *As receitas*

- No primeiro ano, são esperados 500 aderentes. Com um número médio de 6 pessoas por família, isso representa 3000 beneficiários.
- As quotizações
 - O custo médio de um parto é estimado em 5000 UM (incluindo o acto, os cuidados ao recém nascido e os medicamentos para a mãe e a criança). A taxa de utilização é estimada em 4,5%. O prémio por beneficiário para os partos será: $5000 \times 4,5\% = 225$ UM / ano.
 - O custo médio de um internamento num centro de saúde é de 7 000 UM. A taxa de utilização é estimada em 6%. O prémio para este serviço e por beneficiário será $(7\ 000 - (7\ 000 \times 20\%)) \times 6\% = 336$ UM.
 - O custo médio de um internamento num hospital civil é de 35 000 UM. A taxa de utilização é estimada em 4%. O prémio por beneficiário para estes internamentos será $(35\ 000 - (35\ 000 \times 20\%)) \times 4\% = 1\ 120$ UM.
 - O prémio eleva-se ao total de $225 + 336 + 1120 = 1681$ UM / ano / pessoa.
 - A margem de segurança é fixada em 10% do prémio, ou seja: $1681 \times 10\% = 168$ UM / pessoa.
 - O custo unitário de funcionamento é fixado à razão de 10% do prémio + a margem de segurança, ou seja: $(1681 + 168) \times 10\% = 185$ UM / ano / pessoa.
 - O total eleva-se portanto a: $1681 + 168 + 185 = 2034$ UM / ano / pessoa.
 - Uma margem de 5% deste total é acrescentada, tendo em vista libertar excedentes para constituir reservas, ou seja: $2\ 034 \times 5\% = 102$ UM.
 - A quotização anual total será, portanto: $2\ 034 + 102 = 2136$. É decidido arredondar para 2150 / ano / beneficiário.
- Os direitos de adesão são fixados em 1 000 UM por aderente, ou seja, receitas previsionais de $500 \times 1\ 000 = 500\ 000$ UM.

b) *As despesas*

- A AG Constituinte terá lugar em 5 Janeiro 2002. As adesões e o pagamento das quotizações terão lugar até ao fim de Janeiro. Os beneficiários deverão respeitar um período de observação de quatro meses (incluindo Janeiro), antes de terem direito às prestações da mutualidade.
- Em função deste número de beneficiários e do período de observação, as despesas em prestações previsionais serão as seguintes:
 - Partos: $3\ 000 \times 225 \times 8 / 12 = 450\ 000$ UM.

– Internamentos no CS: $3000 \times 336 \times 8/12 = 672\,000$ UM.

– Internamentos em hospitais civis = $3000 \times 1120 \times 8/12 = 2240\,000$ UM.

- A mutualidade comprará algum mobiliário para o seu escritório (mesas, cadeiras, armários, etc.) por um valor total de 225 000 UM.
- Com o dinheiro dos direitos de adesão, a mutualidade fará imprimir 4000 cartões de aderentes, cujo custo unitário é de 100 UM (orçamento do tipógrafo), ou seja 400 000 UM.
- As compras de documentos de gestão e outros abastecimentos são estimados em 150 000 UM.
- A mutualidade reunirá todos os trimestres dois representantes de cada agrupamento de pescadores que contam com membros mutualistas. Estes ver-se-ão reembolsados das suas despesas de táxi, cujo montante é estimado em 800 UM por representante. Vinte agrupamentos participarão na mutualidade para este primeiro ano, sendo as despesas de transporte previsionais de: $20 \times 2 \times 800 \times 4 = 128\,000$ UM.
- A mutualidade alugará à Federação um pequeno escritório, cuja renda é de 5000 UM por mês, ou seja 60 000 UM por ano. As despesas com electricidade são estimadas em 10 000 UM por ano.

O orçamento da mutualidade para este primeiro ano é o seguinte:

DESPESAS			RECEITAS		
	Sub-total	Total		Sub-total	Total
Investimentos		225 000	Direitos de adesão		500 000
Mobiliário	225 000				
Prestações doença		3 362 000	Quotizações		6 450 000
Partos	450 000				
Internamentos CS	672 000				
Hospitais civis	2 240 000				
Custos de funcionamento		748 000			
Cartões de aderentes	400 000				
Abastecimentos	150 000				
Custos de deslocação	128 000				
Renda	60 000				
Electricidade	10 000				
Imprevisíveis		433 500			
10% dos totais precedentes					
Total das despesas		4 768 500	Total das receitas		6 950 000
Saldo positivo		2 181 500			
Total		6 950 000	Total		6 950 000

O saldo deste orçamento (não confundir com o resultado do exercício) é largamente positivo e resulta em grande parte do período de observação.

1.4 A implementação do orçamento

O orçamento permite antecipar as receitas e as despesas, mas isso não basta para a sua entrada em vigor. É igualmente preciso conhecer os números reais e compará-los com as previsões e procurar, sendo caso disso, a origem dos desvios. Isto é realizado na altura da implementação do orçamento. Esta comporta duas funções realizadas simultaneamente:

- a execução do orçamento;
- o acompanhamento do orçamento.

A execução do orçamento

A execução do orçamento é o acto pelo qual a mutualidade implementa as actividades previstas, realiza as despesas e as receitas programadas no seu orçamento.

Os Administradores e os Gestores da mutualidade desempenham um papel importante na execução do orçamento. Os Estatutos e o Regulamento Interno prevêem a este respeito uma repartição precisa das responsabilidades, distinguindo aquelas que autorizam uma despesa e as que a executam.

O acompanhamento do orçamento

O acompanhamento do orçamento consiste em comparar regularmente as previsões e as realizações. Permite detectar anomalias, procurar as causas e remediá-las.

As anomalias correspondem aos desvios de grande amplitude constatados entre as previsões e a realidade. É importante notar a este nível a estreita ligação entre o controlo do orçamento e o “painel de bordo” da mutualidade (ver o capítulo 2 da parte 7).

- ✓ Os diferentes indicadores do “painel de bordo” permitem compreender os desvios;
- ✓ Esses indicadores permitem, igualmente, afinar, em cada um dos exercícios, a repartição pelo ano dos diferentes títulos do orçamento.

Esta fase de acompanhamento estende-se por todo o período coberto pelo orçamento, geralmente, um ano. Isso implica que o orçamento, uma vez estabelecido para o ano, deve, seguidamente, ser objecto de fraccionamento periódico, geralmente, por mês ou por trimestre.

O escalonamento do orçamento

Este fraccionamento do orçamento requer que se proceda a um escalonamento das receitas e das despesas.

O escalonamento das receitas

As principais receitas a repartir são as quotizações. Estando estas directamente ligadas ao número de aderentes e de beneficiários, a repartição no tempo deste título de receitas começa por uma estimativa mês a mês do número de aderentes esperado.

Esta estimativa é relativamente simples para as mutualidades cujas adesões se desenrolam num período fechado (num mês, num trimes-

tre). Quando estas se desenrolam num período aberto, isto é, durante todo o ano, a mutualidade deve, então, estimar as possíveis evoluções mensais do número de aderentes.

Para fazer isso, deve ter em conta a programação das reuniões de informação da população (nas quais um dos objectivos é fazer entrar novos aderentes), assim como, os períodos de rendimentos. Os períodos de venda das colheitas são, por exemplo, mais propícios às adesões do que os períodos de carência monetária.

As outras receitas da mutualidade são, geralmente, mais fáceis de repartir no tempo (subsídios, actividades promocionais, etc.).

O escalonamento das despesas

A principal dificuldade respeitante às despesas situa-se na repartição das prestações de doença. Esta deve, com efeito, ter em conta variações sazonais da morbidez.

No arranque da mutualidade, as únicas informações disponíveis são os dados das formações sanitárias. Contudo, estas reflectem por sua vez a morbidez, mas também os períodos de fortes e fracos rendimentos; influenciando fortemente, estes últimos, a utilização dos serviços de saúde.

No primeiro ano de funcionamento, a estimativa da repartição das despesas com prestações de doença seria, pois, muito aleatória, com o conseqüente risco de constatar numerosos desvios entre a realidade e as previsões.

Nos anos seguintes, esta repartição basear-se-á sobre os dados do quadro de acompanhamento das prestações de doença (ver parte 3: A gestão das adesões, das quotizações e das prestações) que acompanha, nomeadamente, as taxas de utilização mensais dos beneficiários e as variações sazonais observadas pela mutualidade.

O quadro de comparação previsões-realizações

Este quadro constitui a ferramenta de acompanhamento do orçamento. O modelo proposto no exemplo seguinte permite comparar as previsões e as realizações, ao mesmo tempo, para um determinado período (mês, trimestre ou outro) e acumulado. Compreende várias colunas.

- ✓ Designação. Comporta a natureza da receita ou da despesa.
- ✓ Previsões orçamentais:
 - orçamento para o período: fracção do orçamento afectado ao período em questão;
 - acumulado dos períodos: adição de todas as fracções dos anteriores períodos àquela em curso de análise.
- ✓ Realizações:
 - realizações durante o período: despesas ou receitas efectivamente realizadas durante o período analisado;

- acumulado das realizações: adição de todas as despesas às receitas dos anteriores períodos aquela em curso de análise.
- ✓ **Desvios:**
 - desvio durante o período: diferença entre a coluna realizações e a coluna previsões para o período (em % das previsões).
 - desvio acumulado: diferença entre a coluna acumulado das realizações e a coluna acumulado das previsões (em % das previsões).
- ✓ **Observações.** Todas as notas sobre a causa dos desvios observados.

A análise das anomalias

As anomalias correspondem aos desvios com forte amplitude. O desvio corresponde à diferença: realizações-previsões.

Como já foi assinalado, no arranque de uma mutualidade, os desvios mais importantes são, geralmente, registados nas despesas em prestações. Provêm da dificuldade em prever o montante e a repartição destas durante o ano.

Contudo, esta dificuldade não deve camuflar outras causas de desvio que podem resultar de alterações de comportamento dos beneficiários (risco moral, fraudes, abusos) e / ou dos prestadores (riscos de sobreprescrição). O quadro de acompanhamento das prestações verifica-se, aqui, particularmente útil, a fim de melhor compreender as anomalias observadas.

Exemplo

A mutualidade criada pela Federação dos Pescadores de la Lagune efectua um quadro de comparação orçamental todos os trimestres.

O quadro efectuado no final do segundo trimestre (seis meses após o arranque da mutualidade) é apresentado a seguir.

Após o período de observação, a mutualidade apenas conhece dois meses (Maio e Junho) de prestações de doença. Para efectuar o quadro de comparação, as despesas previsionais de prestações foram repartidas, de modo igual, pelos oito meses de cobertura.

Quadro de comparação previsões – realizações - Junho 2002

Designação das despesas	Previsões			Realizações				Observações
	Anuais	Período (2º trimestre)	Acumulado dos períodos	Período	Desvios	Acumulado dos períodos	Desvios	
Prestações de doença	3 362 000	841 500	1 683 000	930 500	+10,6%	1 780 000	+5,8%	Verificar os internamentos nos centros de saúde
Partos	450 000	112 500	225 000	92 500	-17,8%	215 000	- 4,4%	
Internamentos CS	672 000	168 000	336 000	253 000	+50,6%	415 000	+23,5%	
Hospitais	2 240 000	561 000	1 122 000	585 000	+4,3%	1 150 000	+2,5%	
Custos de funcionamento	748 000	62 000	589 000	70 000	+12,9%	623 000	+5,8%	
Cartões aderentes	400 000	0	400 000	0	-	400 000	-	
Abastecimento	150 000	10 000	90 000	12 000	+20,0%	115 000	+27,8%	
Custos de deslocação	128 000	32 000	64 000	38 000	+18,8%	73 000	+14,1%	
Alugar	60 000	15 000	30 000	15 000	-	30 000	-	
Electricidade	10 000	5 000	5 000	5 000	-	5 000	-	
Total das despesas	4 110 000	903 500	2 272 000	1 000 500	+10,7%	2 403 000	+5,8%	

Designação das receitas	Previsões			Realizações				Observações
	Anuais	Período (2º trimestre)	Acumulado dos períodos	Período	Desvios	Acumulado dos períodos	Desvios	
Direitos de adesão	6 450 000	0	6 450 000	250 750	-	5 137 190	- 20,4%	237 810 UM de quotização em atraso a cobrar
Quotizações	500 000	0	500 000	0	-	500 000	-	
Total das receitas	6 950 000	0	6 950 000	250 750	-	5 637 190	- 18,9%	

O quadro de comparação indica, entre outros, que:

- as despesas em prestações de doença são globalmente superiores às esperadas. Os desvios estão, sobretudo, ligados aos internamentos nos centros de saúde. O nível de despesas que aí é observado merece a implementação de um controlo das prestações;
- o número de pessoas que deviam aderir foi mesmo de 500, mas o dos beneficiários é apenas de 2 500 pessoas; consequentemente, o montante total das quotizações será apenas de 5 375 000 UM. Além disso, vários aderentes não pagaram a sua quotização integralmente, prometendo pagar o resto em Julho. Resta, assim, por cobrar um montante de 237 810 UM.



O plano de tesouraria

A tesouraria de uma mutualidade, como de qualquer outra organização, designa o dinheiro imediatamente disponível (disponibilidades) na caixa e nas contas bancárias, que lhe permite efectuar despesas sem ter que vender um activo.

A gestão da tesouraria visa, simultaneamente:

- dispor da liquidez necessária para fazer face em qualquer momento aos compromissos para com os aderentes e os prestadores de cuidados;
- utilizar da melhor forma a liquidez, determinando os montantes que podem ser aplicados para gerar produtos financeiros.

O plano de tesouraria é o documento no qual assenta a gestão da tesouraria. Trata-se de um quadro de previsão dos depósitos e dos levantamentos da caixa a realizar mês a mês e durante o exercício.

2.1 As funções do plano de tesouraria

O plano de tesouraria permite a uma mutualidade otimizar a sua gestão de tesouraria:

- permite à mutualidade assegurar a sua solvabilidade, isto é, a sua capacidade em fazer face, a qualquer momento, aos seus compromissos e aos seus prazos de vencimento;
- permite determinar, no caso de tesouraria positiva, os montantes que possam ser aplicados e as durações desejáveis para essas aplicações;
- constitui uma ferramenta de planificação e de previsão;
- é também um instrumento de acompanhamento e de controlo;
- permite, no caso de previsões de dificuldades de tesouraria, negociar empréstimos ou prorrogações de prazos de pagamento para com os credores.

2.2 A elaboração do plano de tesouraria

A elaboração de um plano de tesouraria está ligada à do orçamento, já que se trata de estimar as receitas e as despesas do ano. Contudo, diferentemente deste último, o plano de tesouraria é estabelecido mês a mês e interessa-se, unicamente, pelos fluxos de liquidez.

O plano de tesouraria apresenta-se como um quadro de síntese que faz ressaltar, para cada mês:

- o saldo do mês anterior;
- o total mensal dos depósitos em caixa;
- as disponibilidades do mês: saldo anterior + total dos depósitos em caixa;
- o total mensal dos levantamentos da caixa;
- o saldo do mês: disponibilidades do mês – total dos levantamentos da caixa.

O saldo mensal pode ser positivo ou negativo.

- Quando é positivo, isso significa que as disponibilidades do mês são superiores aos levantamentos da caixa e, portanto, que não haverá problemas de liquidez. Se este saldo é importante, a mutualidade pode considerar aplicar parte dele, a fim de gerar produtos financeiros.
- Quando o saldo é negativo, isso significa que os levantamentos da caixa são superiores às disponibilidades. A mutualidade não disporá suficientemente de dinheiro para fazer face aos seus compromissos. Neste caso simbólico, várias soluções podem ser consideradas. Em particular:
 - ✓ negociar um empréstimo a curto prazo para “equilibrar o orçamento”;
 - ✓ deferir certas despesas (por exemplo obtendo aumentos de prazos de pagamento);
 - ✓ empreender acções para aumentar os depósitos em caixa (por exemplo, conduzindo uma campanha de cobrança das quotizações em atraso).

A elaboração de um plano de tesouraria é um trabalho particularmente delicado no quadro de uma mutualidade de saúde. As dificuldades são as mesmas que as encontradas para a elaboração do orçamento e respeitam, sobretudo, à estimativa das despesas em prestação doença. A sua previsão deve com efeito ter em conta variações sazonais da morbidez (mais o paludismo durante as chuvas, mais as meningites durante o harmatão*, etc.).

A experiência mostra, igualmente, que, quando uma mutualidade pratica uma quotização fraccionada (semanal, mensal, etc.), ela deve prever uma variação mensal da sua taxa de cobrança. Com efeito, esta sofrerá variações em função dos períodos de fortes ou de fracos rendimentos. Consequentemente, são, geralmente, precisos vários anos a uma mutualidade antes de controlar as suas estimativas. Será, pois, necessário ser particularmente prudente durante esse período em matéria de aplicações.

* Vento leste, quente e seco (Nota da tradução)

Exemplo

A mutualidade dos Pescadores de la Lagune elabora um plano de tesouraria a seis meses. Este, para o primeiro semestre de funcionamento da mutualidade, apresenta-se assim:

	Total do semestre	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Transporte do mês anterior (A)		553 000	603 000	278 000	241 000	317 250	1 392 000
Depósito em caixa							
Quotizações	6 450 000	6 450 000					
Direito adesão	500 000	500 000					
Levantamento das aplicações						1 500 000	
Produtos financeiros					81 250		
Total depósitos em caixa (B)	6 950 000	6 950 000	0	0	81 250	1 500 000	0
Levantamentos da caixa							
Compra mobiliário	225 000	225 000					
Prestações de doença	840 500					420 250	420 250
Cartões de aderentes	400 000	100 000	300 000				
Abastecimentos	90 000	70 000	20 000				
Deslocações	64 000			32 000			32 000
Aluguer	30 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Electricidade	5 000						5 000
Total de levantamentos caixa (C)	1 654 500	400 000	325 000	37 000	5 000	425 250	462 250
Disponibilidades mês (A+B)	6 950 000	7 503 000	603 000	278 000	322 250	1 817 250	1 392 000
Aplicações (D)		6 500 000					
Saldo no fim do mês (A+B-C-D)	5 295 500	603 000	278 000	241 000	317 250	1 392 000	929 750

Os saldos mensais previstos para os primeiros meses são importantes e resultam do período de observação que se estende de Janeiro a Abril. Os responsáveis da mutualidade prevêem, então, aplicar uma parte da tesouraria numa conta poupança, a fim de promover a rentabilização de uma parte dos fundos. É o que fazem desde Janeiro, aplicando 6 500 000 UM num depósito a prazo de três meses, no vencimento do qual, a mutualidade vai arrecadar produtos financeiros. No início de Maio, recolocam este fundo num depósito a prazo de três meses, retirando 1 500 000 UM, depositados na conta bancária corrente, como previsão das primeiras prestações de doença. Para o segundo semestre, a mutualidade decide estabelecer planos de tesouraria mensais, esperando um bom controlo das suas despesas com prestações de doença.

Parte 6

A gestão dos riscos ligados ao seguro

Uma mutualidade é exposta a um certo número de riscos que decorrem em parte da incidência do seguro sobre o comportamento dos beneficiários e dos prestadores de cuidados. Estes riscos são conhecidos e podem ser prevenidos ou limitados pela implementação de medidas técnicas e financeiras adequadas. Esta parte, compreendendo dois capítulos, examina os diferentes riscos ligados ao seguro, apresenta as medidas, visando limitá-los, e introduz os mecanismos destinados a consolidar a situação financeira da mutualidade.

Capítulo 1 Os principais riscos ligados ao seguro e a sua prevenção

Este primeiro capítulo descreve os principais riscos ligados ao seguro de saúde, em particular, o risco moral, a selecção adversa, os abusos e fraudes. Passa em revista as diferentes categorias de medidas, visando prevenir esses riscos ou limitar-lhes o impacto.

As condições de aplicação destas medidas são aí descritas e compreendidos os seus possíveis efeitos negativos sobre certos aspectos do funcionamento das mutualidades.

Capítulo 2 Os mecanismos de consolidação financeira

Este segundo capítulo trata dos mecanismos financeiros que podem ser utilizados para fazer face às incertezas, em matéria de custos das prestações da mutualidade. São, assim, introduzidos a constituição de reservas financeiras, a participação num fundo de garantia e a subscrição de um sistema de resseguro.



Os principais riscos ligados ao seguro e à sua prevenção

Uma mutualidade de saúde é confrontada com certos riscos ligados ao seguro. Estes riscos decorrem, em grande parte, das escolhas e das modalidades de comparticipação das despesas de saúde dos beneficiários, assim como mecanismos de funcionamento da mutualidade.

Por exemplo, nota-se que:

- as consultas ambulatoriais são fortemente submetidas ao risco de uma utilização abusiva por parte dos beneficiários. Com efeito, a comparticipação destas consultas pelo seguro pode incitar os beneficiários a recorrer a ele mais do que o necessário para “valorizar” o mais possível a sua quotização;
- a comparticipação das doenças crónicas e da cirurgia programável expõe a mutualidade ao risco de uma adesão maciça de pessoas sofrendo dessas doenças ou necessitando de ser operadas.

Sendo conhecidos estes riscos ligados ao seguro, os promotores e responsáveis de uma mutualidade de saúde devem recorrer a medidas de prevenção.

As principais medidas com possibilidade de ser implementadas são descritas neste capítulo. A mutualidade deverá escolher aquelas que melhor se adaptem à sua realidade, ou cuja combinação seja a mais apropriada, tendo em vista as suas características.

Estas medidas têm, na maioria das vezes, efeitos secundários negativos, nomeadamente, em termos de aceitação pelos aderentes. Trata-se, pois, de adoptar uma combinação equilibrada e complexa de medidas, que muitas vezes requer alguns anos de aprendizagem, de acompanhamento e de avaliação.

1.1 Os riscos ligados ao seguro

Estes riscos estão ligados ao facto de que o sistema de seguro implementado pela mutualidade irá ter incidências sobre a procura e a oferta de cuidados.

Assim, constata-se, nomeadamente, que:

- a possibilidade de se segurar atrai os indivíduos cujo risco de doença é mais elevado;
- a comparticipação das despesas de saúde incita os aderentes a utilizar mais cuidados do que anteriormente e / ou a deixarem de prevenir a ocorrência das doenças;
- a mutualidade pode ter um impacto positivo no financiamento dos serviços de saúde, mas pode incitar determinados prestadores a modificar as suas práticas terapêuticas para favorecer a dispensa de actos mais rentáveis para eles e não forçosamente os mais eficientes para a saúde dos beneficiários.

Os principais riscos ligados ao seguro são:

- a selecção adversa;
- o risco moral;
- as fraudes e os abusos;
- a ocorrência de casos catastróficos.

A selecção adversa A selecção adversa é o risco de que pessoas, que apresentem um elevado risco de doença, subscrevam um seguro numa maior proporção do que os outros membros da população. Dito de outra forma, uma mutualidade, em função da gama das prestações que oferece e das modalidades de adesão, pode “atrair” uma população mais exposta aos riscos de doença (fala-se de seguro dos “maus riscos”) do que a média da população.

A selecção adversa, igualmente chamada anti-selecção, põe em causa um dos fundamentos do seguro: o princípio de partilha de riscos entre os doentes e os saudáveis.

A selecção adversa pode levar uma mutualidade a uma espiral perigosa: se as pessoas saudáveis representarem um número mais reduzido do que o previsto, a mutualidade poderá sofrer um desequilíbrio financeiro e ser levada a aumentar as suas quotizações. A partir daí, apenas os indivíduos com maior risco de doença estarão interessados em aderir, aumentando, desta forma o desequilíbrio, e assim por diante.

O risco de selecção adversa traduz-se concretamente ao nível:

- ✓ do perfil dos beneficiários entre os quais se encontrará, em especial e em função das prestações cobertas, uma proporção mais elevada do que na população global de:
 - doenças crónicas;

- mulheres em idade de procriar;
- crianças dos 0 a 5 anos;
- pessoas idosas.
- ✓ da dimensão média das famílias membros da mutualidade: em função das modalidades de adesão e do montante da quotização, os aderentes podem ser tentados a operar uma selecção no seio da sua família, apenas quotizando para aqueles que têm um maior risco de doença;
- ✓ do consumo de cuidados pelos beneficiários: estando em maioria na mutualidade as pessoas com forte risco de doença, a taxa de utilização, e, igualmente, o custo médio dos serviços de saúde será mais elevada do que a utilizada no cálculo das quotizações (baseado em dados relativos ao público-alvo no seu conjunto).

O risco moral

O risco moral resulta do facto de que os beneficiários, por um lado, e os prestadores de cuidados, por outro, podem modificar o seu comportamento em razão do seguro.

O sobreconsumo

Tratando-se dos beneficiários, o risco moral traduz-se por um fenómeno de sobreconsumo de cuidados. Os beneficiários da mutualidade terão tendência a utilizar abusivamente, mais do que habitualmente, os cuidados cobertos a fim de “rentabilizar” ao máximo as quotizações pagas. Este fenómeno de sobreconsumo traduz-se, concretamente, por:

- ✓ uma taxa de utilização dos serviços de saúde anormalmente elevada;

Esta situação não deve, contudo, ser confundida com o facto de que a comparticipação das despesas de saúde tende naturalmente a aumentar a taxa de utilização dos serviços de saúde que, assim, se aproxima da taxa de morbilidade local. Um dos principais objectivos da mutualidade é, com efeito, levantar a barreira financeira que trava o consumo de cuidados. A consequência desta barreira é que a taxa de utilização dos serviços de saúde, antes da implementação da mutualidade é, geralmente, inferior à taxa de morbilidade¹⁶;

- ✓ um aumento do custo médio dos cuidados cobertos.

Dada a cobertura dos cuidados, alguns aderentes terão tendência a pedir aos prestadores mais actos (aumento dos exames de laboratório, das radiografias, das ecografias, etc.) e mais medicamentos do que o necessário.

16 Uma mutualidade deve, portanto, se as dificuldades de acesso aos cuidados atingem uma grande parte do público-alvo, basear o cálculo das suas quotizações na taxa de morbilidade e não nas taxas de utilização registadas nos diferentes serviços.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde cobre a população de duas aldeias, das quais a aldeia A acolhe o centro de saúde. A segunda, a aldeia B, dista 6 quilómetros do centro de saúde. A mutualidade comparticipa em todos os cuidados ambulatoriais no centro de saúde, assim como, nos partos.

Ao fim de um ano de funcionamento, a mutualidade estabelece um primeiro balanço. O acompanhamento que realizou durante o ano permite-lhe constatar que para as consultas ambulatoriais:

- a taxa de utilização dos não mutualistas eleva-se a 0,3 consulta / ano / pessoa;
- a taxa é de duas consultas / ano / pessoa para os mutualistas da aldeia A;
- a taxa é de uma consulta / ano / pessoa para os mutualistas da aldeia B.

Após estudos mais aprofundados, a mutualidade tira as seguintes conclusões:

- a utilização média de cuidados pelos beneficiários da aldeia B é pouco mais de três vezes superior ao dos não mutualistas. Contudo, eleva-se em média, num ano, a uma consulta por pessoa, o que representava a taxa de utilização esperada, após o estudo de viabilidade. Esta taxa reflecte a morbilidade local;
- o consumo dos beneficiários da aldeia A é nitidamente superior às previsões, pois eleva-se a duas consultas por ano e por pessoa;
- a diferença entre as duas aldeias explica-se pelo facto da distância entre a aldeia B e o centro de saúde desencorajar os recursos, inúteis, aos cuidados. Em contrapartida, na aldeia A, a proximidade do centro de saúde incita os aderentes a multiplicar as consultas não necessárias, resultando um importante fenómeno de sobreconsumo.

A sobreprescrição

O aumento das despesas médias de cuidados pode igualmente resultar de uma mudança de comportamento dos prestadores de cuidados. A solvabilidade dos beneficiários da mutualidade pode, com efeito, incitar certos prestadores a recorrer aos actos mais rentáveis ou a prescrever cuidados inúteis, a fim de aumentar as suas margens beneficiárias ou dar “satisfação” aos beneficiários.

Este fenómeno traduzir-se-á, por exemplo, por um prolongamento da duração de estadia num internamento, a sistemática prescrição de exames laboratoriais, de radiografias, de ecografias, etc., ou, ainda, um aumento do número médio de medicamentos por receita. O risco de sobreprescrição é tanto mais importante quando, como anteriormente foi visto, os beneficiários podem eles próprios levar os prestadores a este tipo de práticas.

As fraudes e os abusos

Existem vários tipos de fraudes possíveis, entre as quais, a mais frequente é a usurpação de identidade por indivíduos que procuram aproveitar prestações da mutualidade, sem serem beneficiários e, portanto, sem contribuírem para o seu financiamento.

Esta fraude pode ser o facto:

- ✓ dos próprios aderentes, que podem ser tentados (levados) a fazer aceder pessoas do seu meio (membros da família ou vizi-

nhos, por exemplo) às prestações da mutualidade sem que estas sejam beneficiárias;

- ✓ de indivíduos não beneficiários da mutualidade que tentem fazer-se passar por beneficiários, junto dos prestadores de cuidados.

Os abusos e fraudes traduzem-se, concretamente, para a mutualidade num aumento de utilização dos serviços de saúde. Este aumento será progressivo. Pode ser cancelado rapidamente, se a mutualidade efectuar um bom controlo, permitindo detectar e sancionar os primeiros casos de fraudes. Pode, em contrapartida, aumentar rapidamente e atingir proporções catastróficas, se não houver controlo nem sanção.

O controlo social desempenha um papel importante a este nível. É por isso que o risco de fraudes e de abusos é menos importante numa pequena mutualidade, onde todos os aderentes se conhecem. Este risco é, em contrapartida, particularmente importante nas grandes mutualidades. É-o, igualmente, no caso de conluio entre os aderentes e os prestadores de cuidados. A título de exemplo, os aderentes podem entender-se com um prestador de cuidados para que este faça passar por consultas pequenos internamentos, quando estes últimos constituam o único serviço coberto pela sua mutualidade.

A ocorrência de casos catastróficos

Este último risco está ligado a eventos excepcionais e não controláveis pela mutualidade, tais como:

- ✓ o aparecimento de epidemias que provocam um aumento maciço e brutal da quantidade e/ou do custo das prestações e podem levar a uma situação de crise financeira para a mutualidade;
- ✓ a comparticipação de uma despesa de cuidados excepcional. Este risco respeita, essencialmente, à cobertura dos serviços de internamento e de cirurgia e aparece, aquando da comparticipação de um dano particularmente grave que requeira uma intervenção pesada e onerosa. Trata-se de casos raros, mas que podem, igualmente, colocar uma pequena mutualidade em situação de crise financeira.

1.2 A prevenção dos riscos ligados ao seguro

O objectivo da prevenção é evitar o aparecimento dos riscos anteriormente descritos ou reduzir o seu impacto na mutualidade. Sendo estes riscos previamente conhecidos, os responsáveis de uma mutualidade de saúde devem integrar nos mecanismos de funcionamento um conjunto de medidas que permitirão prevenir ou limitar o seu aparecimento. Deverão, nomeadamente, ter em conta que os riscos são muito dependentes da natureza dos serviços cobertos.

Não existe receita miraculosa nesta matéria e cada mutualidade deve escolher, entre todas as possíveis medidas, as que melhor se adaptem à situação. As medidas mais correntes são adiante descritas, colocando em evidência os seus efeitos positivos e negati-

vos. Com efeito, cada medida pode ter consequências nefastas, nomeadamente, nas adesões.

As medidas relacionadas com as adesões

Estas medidas visam reduzir o risco de selecção adversa ao:

- ✓ procurar uma cobertura, a maior possível, dos potenciais beneficiários. O objectivo é, de algum modo, “diluir” a proporção de pessoas com forte risco de doença;
- ✓ limitar a possibilidade de os membros do público-alvo decidirem por si próprios se se querem ou não segurar.

As principais medidas possíveis respeitam os tipos, os modos e o período de adesão, o número de beneficiários no início do funcionamento da mutualidade e o respeito da unidade de base das adesões.

Os tipos de adesão

Num sistema de seguro são possíveis três tipos de adesão principais:

- ✓ a adesão voluntária: o potencial aderente é livre de escolher entre aderir ou não à mutualidade;
- ✓ a adesão automática: a adesão é automática quando a filiação numa entidade (aldeias, cooperativas, empresas, etc.) implica automaticamente a adesão à mutualidade. A decisão de aderir é tomada pelo grupo (e não por cada indivíduo) e não é imposta do exterior;
- ✓ a adesão obrigatória: os indivíduos, as famílias ou os agrupamentos são obrigados a aderir sem que esta decisão tenha sido tomada por eles.

As formas de adesão

São possíveis três formas principais de adesão, conforme a respectiva base seja:

- ✓ o indivíduo: cada pessoa adere individualmente, sem obrigações de pertencer a uma família ou uma colectividade;
- ✓ a família: todos os membros da família devem estar inscritos e pagar a sua quotização; os critérios que definem a família e a condição de pessoa a cargo são fixados pelos Estatutos e pelo Regulamento Interno;
- ✓ um grupo, uma aldeia, uma cooperativa, uma empresa, etc.: todos os membros aderem colectivamente à mutualidade.

A adesão individual comporta um risco máximo de selecção adversa. Esta forma deverá ser, de um modo geral, evitada, excepto quando estiver associada a uma adesão obrigatória.

A adesão familiar é a adesão de grupo que permite, em contrapartida, limitar a escolha individual de aderir e, assim, uma repartição mais equilibrada de doentes e de pessoas saudáveis no seio da mutuali-

dade. Estas formas de adesão atenuam, portanto, o risco de selecção adversa. Introduzem, contudo, um constrangimento para os aderentes:

- ✓ a adesão familiar pode ser desfavorável às famílias numerosas, cujo montante de quotização será elevado quando for fixado por pessoa;
- ✓ a adesão de grupo implica que todos os membros devem poder quotizar. Dito de outra forma, se um membro estiver impossibilitado de pagar a sua quotização, o grupo inteiro pode ser excluído da mutualidade. Este constrangimento pode ser ultrapassado pela implementação de mecanismos de entreajuda e de solidariedade que, no seio do grupo, permitam o pagamento das quotizações.

A incidência destas formas de adesão está dependente dos tipos de adesão. Por exemplo, uma adesão individual e voluntária implicará um risco máximo de selecção adversa. Inversamente, uma adesão obrigatória ou automática por agrupamento é a medida mais eficaz contra este risco.

O número de beneficiários no início do funcionamento da mutualidade

O risco de selecção adversa é importante no início do funcionamento de uma mutualidade, quando o número de beneficiários é ainda pequeno e os primeiros indivíduos que aderem são aqueles com forte risco de doença (por isso mais interessados em estar cobertos).

Uma mutualidade deve, portanto, procurar chegar ao máximo possível de pessoas desde o início. Para isso, pode:

- ✓ fixar um número limitado de beneficiários, abaixo do qual não poderá dar início às comparticipações. Este limiar é, igualmente, fixado em percentagem do público-alvo. Permite uma atenuante eficaz para os casos de selecção adversa, mas deve ser bem colocado. Com efeito, o risco é de bloquear o início do funcionamento da mutualidade se o número mínimo de beneficiários a atingir for demasiado elevado;
- ✓ realizar campanhas de sensibilização. O princípio da mutualização do risco doença deve ser bem compreendido pelo conjunto dos aderentes, aos quais não é inútil lembrar, regularmente, os princípios de responsabilidade e de solidariedade.

A AG Constituinte e as seguintes Assembleias constituem momentos importantes de informação e de sensibilização dos aderentes, mas nem sempre são os suficientes. Uma mutualidade de saúde dispõe, igualmente, de numerosos possíveis contactos, a fim de assegurar uma permanente sensibilização: autoridades locais, instituições religiosas, associações de bairros, de jovens, agrupamentos femininos, etc.

As campanhas de sensibilização têm, igualmente, por fim informar o conjunto da população, visando aumentar o número de aderentes e garantir um melhor funcionamento dos mecanismos de seguro.

O período de adesão

A possibilidade de aderir a qualquer momento do ano pode favorecer a selecção adversa, sobretudo, se a mutualidade adopta um período de observação muito curto. Aqui, o risco recai, sobretudo, sobre as intervenções programáveis (hérnias, etc.). Após o diagnóstico, um indivíduo pode requerer aderir à mutualidade e, depois, marcar entrada no hospital, tendo em conta o seu período de observação.

A concentração das adesões num período limitado do ano reduz este risco e apresenta, igualmente, a vantagem de simplificar o acompanhamento das suas actividades.

O respeito da unidade de base das adesões

Quando a adesão é familiar (o caso mais frequente), podem observar-se dois casos, conforme o tipo de quotizações:

- ✓ uma quotização fixa por família (a quotização é a mesma para todas as famílias, qualquer que seja o número de beneficiário) pode incitar os aderentes a inscrever o máximo possível de pessoas a seu cargo. Sendo maior do que previsto o número de beneficiários por família, as despesas médias em prestações serão igualmente. Trata-se de um aspecto particular do risco moral, no qual o aderente rentabiliza a sua quotização, abrindo o direito às prestações a um máximo de pessoas;
- ✓ uma quotização fixada individualmente pode conduzir ao efeito inverso, quando o público-alvo tem rendimentos limitados: os aderentes são tentados a fazer uma selecção e a não quotizar, senão para os membros da família que parecem mais sujeitos ao risco de doença, o que conduz a um fenómeno de selecção adversa.

Estes dois casos mostram a necessidade da mutualidade fazer respeitar as regras relativas às adesões, e nomeadamente, à definição da unidade de base (famílias, grupos etc.), fixadas pelos Estatutos.

Exemplo

Um agrupamento de produtores de café implementa uma mutualidade de saúde que se dirige a toda a população das aldeias e dos lugares da comunidade, pois o café é a principal cultura de rendimento e é produzido por todas as famílias.

Durante o estudo do contexto, o grupo de trabalho designado pelo agrupamento recolheu vários dados que lhe permitiram estimar, nomeadamente:

- a dimensão média das famílias da comunidade que se eleva a 6,5 membros;
- a pirâmide das idades reconstituída no seguinte quadro:

Classes	0-10 anos	11-20 anos	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51 e mais	Total
% de mulheres	13 %	11 %	8 %	5 %	4 %	9 %	50 %
% de homens	15 %	15 %	6 %	5 %	3 %	6 %	50 %
Total	28 %	26 %	14 %	10 %	7 %	15 %	100 %

Na base das propostas feitas pelo grupo de trabalho, os membros do agrupamento de produtores decidem em AG Constituinte sobre a opção pela mutualidade de uma adesão familiar com o pagamento de uma quotização para cada membro da família. A família é definida como compreendendo o casal e filhos e as pessoas a cargo (pais idosos, crianças adoptadas, etc.). As prestações da mutualidade cobrem, principalmente, os partos e os internamentos.

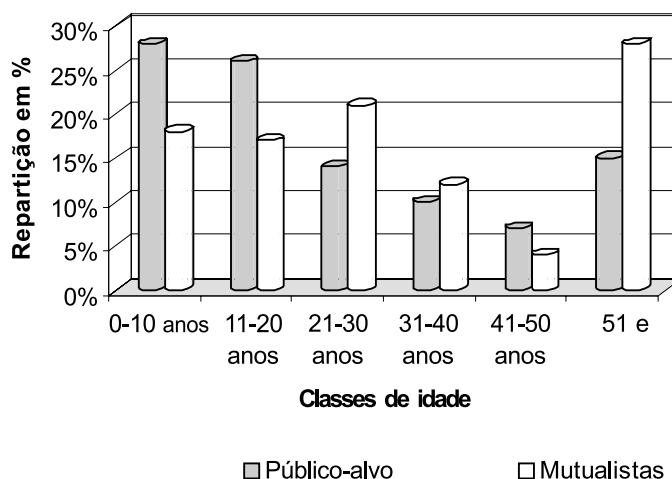
Durante o período de adesão, a CE da mutualidade decide acompanhar o perfil dos primeiros beneficiários.

Constata, assim, que:

- a dimensão média das famílias dos aderentes apenas se eleva a 3,5 membros;
- a pirâmide das idades (na base das informações do registo de adesão) no seio desta primeira amostra de mutualistas apresenta-se assim:

Classes	0-10 anos	11-20 anos	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51 e mais	Total
% de mulheres	9 %	5 %	20 %	10 %	1 %	13 %	58 %
% de homens	9 %	12 %	1 %	2 %	3 %	15 %	42 %
Total	18 %	17 %	21 %	12 %	4 %	28 %	100 %

A tradução gráfica dos dados destes dois quadros permite visualizar melhor o desvio que se produz entre o público-alvo e a população mutualista:



Que conclusões pode a CE tirar destes dados?

- Três tipos de pessoas são, em proporção, mais numerosas na mutualidade do que no público-alvo:
 - as mulheres entre 21 e 40 anos;
 - as pessoas com mais de 51 anos;
 - as mulheres no seu conjunto.
- Outras, pelo contrário, são menos numerosas, nomeadamente:
 - os jovens com menos de 20 anos;
 - os homens de 21 a 40 anos.

Uma avaliação realizada no fim do período de adesão permite constatar que é efectuada uma selecção nas famílias que tendem a quotizar, primeiro, para as mulheres grávidas e pessoas idosas. Esta constatação é reforçada pelo facto da dimensão média de uma família mutualista ser nitidamente mais baixa do que no público-alvo.

Quais são as medidas a implementar?

A mutualidade é claramente confrontada com um fenómeno de selecção adversa. A importante proporção de pessoas idosas poderia levar a um grande número de internamentos longos e onerosos, susceptíveis de rapidamente colocarem a mutualidade em situação de crise financeira.

Face a uma tal situação, os responsáveis têm todo o interesse em lançar uma campanha de informação ou a convocar uma AG extraordinária, a fim de fazer respeitar a unidade familiar. Ser-lhes-á, igualmente, necessário considerar a implementação de outras medidas, tais como, a introdução de um período de observação suficientemente longo (para os partos em especial) e a de um co-pagamento (ver abaixo). A introdução destas medidas deverá ser bem explicada aos aderentes.

As medidas relacionadas com as modalidades de recurso aos cuidados

Estas medidas constituem um conjunto de patamares que permitem dominar os dois aspectos do risco moral: o sobreconsumo e a sobre-prescrição. Estas medidas respeitam, igualmente, aos outros riscos, nomeadamente, às fraudes e aos abusos e à selecção adversa.

O período de observação

O objectivo principal do período de observação é evitar que se filiem indivíduos apenas quando têm necessidade de recorrer aos cuidados. Com efeito, já que não há um exame médico, aquando da adesão, certas pessoas podem esperar a necessidade dos serviços da mutualidade para se filiarem e serem tentadas, uma vez curadas, a deixá-la. Agindo deste modo, elas vão contra o princípio de solidariedade entre os doentes e os saudáveis.

O outro objectivo do período de observação é permitir à mutualidade constituir liquidez suficiente para fazer face às despesas de saúde, desde o arranque das participações.

O período de observação é frequentemente fixado em seis meses, mas é preciso sublinhar que não há regra geral nesta matéria. Certas mutualidades fixá-lo-ão em três ou, por vezes, num mês, outras até mesmo num ano. Do mesmo modo, certas mutualidades fixam um período de observação similar para todos os serviços de saúde cobertos, outros fazem-lhe variar a duração: um mês para as consultas, três meses para os internamentos, dez meses para os partos, etc.

O período de observação é uma medida eficaz contra a selecção adversa, mas tem alguns inconvenientes.

- ✓ Um período de observação demasiado longo é, geralmente, mal compreendido e tende a desencorajar as adesões.
- ✓ Períodos de observação múltiplos em função dos serviços de saúde cobertos, são os mais lógicos, mas implicam uma maior

complexidade para determinar os direitos às prestações e tornam, assim, mais pesada a gestão técnica da mutualidade.

O co-pagamento

O co-pagamento corresponde ao montante do custo dos cuidados que fica a cargo do paciente. Trata-se de um mecanismo de partilha dos riscos e dos custos entre a mutualidade e o aderente. Os diferentes mecanismos de co-pagamento têm, essencialmente, um efeito sobre o risco moral e permitem um melhor domínio das despesas da mutualidade. Mas apresentam, igualmente, inconvenientes, como o de muitas vezes ser mal percebido pelos aderentes.

O posicionamento do co-pagamento deve ser estudado cuidadosamente pois:

- ✓ muito elevado, arrisca limitar o acesso aos cuidados e, portanto, ir contra os objectivos da mutualidade;
- ✓ muito fraco, terá pouco efeito no sobreconsumo.

O co-pagamento pode tomar várias formas.

- ✓ A taxa moderadora corresponde a uma percentagem do custo dos cuidados deixada a cargo do doente para os serviços oferecidos pela mutualidade. O montante a cargo do doente aumenta proporcionalmente ao do custo dos cuidados, o que modera o consumo. A taxa moderadora é o mecanismo mais frequentemente utilizado, em especial para os pequenos riscos (consultas, cuidados de enfermagem, medicamentos, etc.). O seu principal inconveniente é que os aderentes não podem saber previamente o que terão que pagar.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde comparticipa 80% do montante das despesas de internamento ao hospital regional, segundo um sistema de terceiro pagador.

Para uma factura de 100 000 UM, a mutualidade pagará ao prestador $100\,000 \times 80\% = 80\,000$ UM. A taxa moderadora é de 20%, consequentemente 20 000 UM ficarão a cargo do doente que deverá pagá-las directamente ao hospital.

- ✓ O estabelecimento de um “plafond” para as comparticipações consiste em fixar um limite para as despesas ou para o número de prestações, para além do qual, os cuidados são a cargo dos aderentes. Este estabelecimento de “plafond” é fixado, quer por visita ou estadia (limite das despesas ou do número de actos cobertos aquando de cada recurso a um serviço de saúde), quer por ano (limite de despesas anuais ou de prestações cobertas pela mutualidade para cada beneficiário). O estabelecimento de “plafond” permite limitar eficazmente o risco moral e “suavizar” as despesas em prestações de doença da mutualidade. O maior inconveniente desta medida é que ela pode constranger o beneficiário a utilizar todos os cuidados necessários ao seu tratamento.

Exemplos

Uma mutualidade fixa para os internamentos um limite de 30 000 UM. Um aderente cuja factura se eleva a 40 000 UM estará apenas coberto relativamente a 30 000 UM e deverá tomar a seu cargo os restantes 10 000 UM.

Uma outra mutualidade celebra um convénio com um hospital que pratica, como sistema tarifário, uma diária fixa. A mutualidade decide estabelecer um limite para a sua comparticipação equivalente a sete dias de internamento. Um aderente que tenha passado dez dias no hospital deverá suportar o equivalente aos três dias que ultrapassem o “plafond”, cobrindo a mutualidade os sete primeiros dias.

- ✓ A franquia é, ao contrário do “plafond”, um montante fixo a cargo do paciente, abaixo do qual a mutualidade não intervém. Esta medida permite moderar as despesas da mutualidade, ao mesmo tempo que oferece aos aderentes uma protecção contra as grandes despesas. A franquia deve ser particularmente bem estabelecida. Demasiado elevada desencorajará, a prazo, os aderentes que raramente terão ocasião de beneficiar de uma comparticipação nas suas despesas.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde fixa a franquia para os internamentos em 5 000 UM. Um aderente cujas despesas em internamento totalizam 15 000 UM deve pagar 5 000 UM e a mutualidade comparticipará os restantes 10 000 UM. Um outro aderente cuja factura se eleva apenas a 4 000 UM deverá pagá-la por inteiro, não intervindo a mutualidade já que o patamar da franquia não é atingido.

A referência obrigatória

A mutualidade pode exigir que os pacientes sejam consultados por um prestador de cuidados de um determinado escalão, antes de se apresentarem a um prestador de um escalão superior (por exemplo do médico generalista para o especialista).

Esta exigência, chamada referência obrigatória, permite evitar os recursos inoportunos às estruturas sanitárias de um escalão elevado, o que certos aderentes poderão ter tendência a fazer, de modo e aproveitar a vantagem da cobertura da mutualidade.

Exemplo

Uma mutualidade intervém numa zona de saúde organizada em volta de um hospital que gera um conjunto de centros de saúde periféricos. Estes centros de saúde podem acolher em internamento os casos mais simples de medicina geral, com tarifas menos elevadas do que as do hospital. Após estudo, as taxas de utilização por ano e por pessoa em internamento são estimadas, atendendo à morbilidade, em 6% para os centros de saúde e 2% para o hospital. Sabendo que os doentes são, geralmente, mais atraídos pelo hospital do que pelos centros de saúde, a mutualidade e a zona de saúde entendem-se para implementar um esquema de referência. Salvo casos excepcionais, os doen-

tes deverão, primeiro, passar pelos centros de saúde, cujos médicos decidirão da oportunidade de transferência ou não para consulta no hospital. Graças a este esquema a maioria dos internamentos são tratados pelos centros de saúde, com menor custo para a mutualidade e com a mesma boa qualidade.

O acordo prévio ou a autorização de comparticipação

O acordo prévio é um mecanismo, segundo o qual o segurado ou o prestador deve obter, para que a cobertura se exerça, uma autorização de comparticipação da mutualidade, antes que os cuidados sejam dispensados. Esta técnica vai no mesmo sentido da frequência obrigatória. Contudo, requer a intervenção de um médico-conselheiro da mutualidade que pode trazer uma opinião médica exterior e ajuda esta a analisar os pedidos dos pacientes e a julgar da pertinência médica dos cuidados visados.

A racionalização das prestações

A racionalização das prestações consiste em medidas acordadas entre um prestador de cuidados e uma mutualidade para conter os encargos desta. Estas medidas assentam no controlo das quantidades de cuidados (actos efectuados) e dos preços praticados pelo prestador. Podem ser definidas através dos convénios entre a mutualidade e prestadores. Estas medidas respeitam à limitação dos abusos cometidos pelos prestadores.

Os protocolos terapêuticos constituem uma medida eficaz de racionalização das prestações. Um protocolo terapêutico é um processo padronizado de tratamento. Ele define, por tipo de patologia, os actos de diagnóstico (laboratório, radiologia ou outros), os cuidados médicos e os medicamentos a prescrever. Se for seguido, permite tratar o doente com o melhor custo. A implementação destes protocolos pode, contudo, chocar com os hábitos de prescrição que, geralmente, diferem de um para outro prestador.

A racionalização deve, igualmente, respeitar aos medicamentos. A mutualidade deve incitar a utilização dos medicamentos genéricos, que são menos caros do que os produtos de marca, com igual qualidade. Pode, portanto, pedir aos prestadores para não prescreverem senão medicamentos genéricos. Deve, neste caso, excluir ou limitar a sua comparticipação nos produtos de marca e nas especialidades.

O controlo do direito às prestações

Este controlo é efectuado antes, durante ou após o recurso aos cuidados e visa verificar o direito às prestações quanto à identidade do paciente, ao pagamento das quotizações, ao período de observação, etc. Este controlo assenta na utilização dos documentos implementados pela mutualidade: cartão de aderente, carta de garantia e ou atestado de cuidados ou outros.

O capítulo 3 da parte 3 (A gestão das prestações) descreve os mecanismos e os documentos ligados a este controlo. É importante lembrar, aqui, que este controlo deve ser regular e que as fraudes e os abusos devem ser objecto de sanções. As sanções tomam, geralmente, a forma de uma multa, de uma suspensão temporária dos direitos às prestações e, para os casos mais graves, de uma exclusão da mutualidade.

As medidas
relativas à
remuneração
dos prestadores
de cuidados

O pagamento dos prestadores de cuidados pode ser feita de múltiplas formas, entre as quais, o mecanismo do reembolso fixo. Verifica-se particularmente interessante em matéria de prevenção de risco de sobreprescrição, já que faz com que uma parte dos custos fique a cargo dos prestadores.

O reembolso fixo é um mecanismo pelo qual a mutualidade e o prestador acordam um montante fixo que corresponde, no todo ou em parte, aos actos contratados por um paciente mutualista.

O reembolso fixo pode ser praticado de vários modos.

Reembolso fixo parcial

Uma parte dos actos é facturada pela forma de reembolso fixo (exemplo reembolso fixo para as intervenções cirúrgicas e internamentos facturados em função da estadia).

Exemplo

Uma mutualidade de saúde e um hospital acordam um sistema de reembolso fixo parcial: cada internamento será facturado em 15 000 UM à mutualidade, qualquer que seja a patologia. Contudo, certos medicamentos e consumíveis médicos serão facturados para além deste reembolso fixo. Trata-se, nomeadamente, de certas especialidades onerosas.

Reembolso global por serviço

Quaisquer que sejam o número de actos, de consumíveis, a duração, etc., atribuídos a um caso, o prestador factura um montante fixo à mutualidade (pagamento por consulta, internamento, etc.).

Exemplo

Uma mutualidade de saúde cobre os partos à maternidade do centro de saúde de um bairro popular. A fim de favorecer esta iniciativa mutualista e simplificar a gestão, os responsáveis da maternidade propõem uma facturação por reembolso fixo dos partos. O reembolso fixo compreenderá: o parto, os cuidados à mãe e ao recém nascido e os medicamentos e os consumíveis médicos.

A capitação

A mutualidade paga ao prestador um montante fixo por beneficiário, por mês, trimestre ou ano, qualquer que seja a utilização dos serviços pelos beneficiários. Este mecanismo é, geralmente, utilizado para os cuidados primários.

Exemplo

Uma mutualidade e um centro de saúde acordam num sistema de capitação para o pagamento das consultas.

Sabendo que a taxa de utilização prevista dos mutualistas é de 1,5 consultas/ano/pessoa, que o custo médio de uma consulta é de 500 UM e que o número de beneficiários por ano que se inicia é de 2000 pessoas, o pagamento por caso eleva-se a: $1,5 \times 2000 \times 500 = 1\,500\,000$ UM/ano.

O convénio estabelecido prevê um pagamento mensal, isto é, um montante de reembolso fixo de 125 000 UM /mês a liquidar pela mutualidade.

O reembolso fixo limita o risco de sobreprescrição, pois qualquer abuso em matéria de prescrição, de actos e de medicamentos fica a cargo do prestador. Apresenta outras vantagens não negligenciáveis para a mutualidade, pois simplifica grandemente o controlo e o acompanhamento das prestações, assim como, das operações contabilísticas e de reembolso.

O reembolso fixo comporta, contudo, um inconveniente maior: pode incitar o prestador a reduzir o volume ou a qualidade das suas prestações. Do mesmo modo, qualquer que seja a sua forma, o reembolso fixo não permite uma distinção e uma codificação dos actos cobertos e impede consequentemente o seu acompanhamento pela mutualidade.

Para reduzir estes inconvenientes, a prática do reembolso fixo requer que seja dada particular atenção ao convénio com os prestadores de cuidados.

As medidas
relativas
às relações com
os prestadores
de cuidados

As medidas seguintes não são mecanismos directos de prevenção dos riscos ligados ao seguro. Desempenham, contudo, um papel importante, pois determinam, por um lado, as relações entre a mutualidade e os prestadores de cuidados e, por outro, a prevenção dos riscos.

A selecção dos prestadores de cuidados

Quando intervém num contexto onde os prestadores de cuidados são múltiplos, uma mutualidade de saúde tem todo o interesse em seleccionar o ou os prestadores, cujas condições de oferta de serviços (tarifa, qualidade dos cuidados, modalidades de pagamentos, protocolos terapêuticos, etc.) sejam as mais favoráveis.

Além destas condições favoráveis, as relações entre a mutualidade e os prestadores de cuidados assentam, em grande parte, na confiança e na parceria que convém desenvolver.

O estabelecimento de convénio com cada prestador de cuidados

O convénio entre a mutualidade e cada prestador de cuidados ou agrupamento de prestadores define as medidas respeitantes ao controlo dos beneficiários, às tarifas, às modalidades de pagamento, aos protocolos terapêuticos, etc. Prevê, igualmente, as modalidades de revisão destas medidas. O convénio é, pois, um documento importante, uma vez que serve de referência no caso de derrapagem e de litígio.

A participação na co-gestão dos estabelecimentos públicos de cuidados

As mutualidades que estabelecem convénios com dispensários, centros de saúde, até mesmo, hospitais que são co-geridos por pessoal de saúde e representantes de utilizadores, têm todo o interesse em participar nestas estruturas de co-gestão.

As mutualidades representam uma parte, por vezes importante, dos utilizadores, o que lhe dá um direito de visão e de palavra sobre a gestão dos serviços de saúde.



Os mecanismos de consolidação financeira

O seguro de saúde apresenta certas características que induzem eventualidades no seu funcionamento. Estas características podem ser, assim, resumidas:

- o seguro de saúde provoca modificações no comportamento dos segurados e dos prestadores. A amplitude destas modificações e dos riscos que daí resultam é difícil de prever. Como foi indicado, existem várias medidas possíveis para prevenir e limitar esses riscos, mas uma mutualidade não pode, geralmente, controlá-los totalmente, nomeadamente, no que respeita a casos catastróficos (epidemias, etc.);
- num seguro, a quotização é calculada antes que as prestações intervenham e que o seu preço de custo exacto seja conhecido. O cálculo da quotização não pode, portanto, ser baseado senão numa estimativa deste preço de custo, fundamentado nas estatísticas e na probabilidade.

Além disso, o seguro assenta numa noção de obrigação: como contrapartida da sua quotização, a mutualidade garante ao aderente a comparticipação de certas despesas de saúde. Deve, igualmente, fazer face aos seus compromissos perante os prestadores de cuidados. As características, acima mencionadas, e a garantia de reparação oferecida pela mutualidade, obrigam esta a implementar mecanismos de consolidação financeira que lhe permitirão fazer face aos imprevistos.

Estes mecanismos financeiros são, principalmente, de três ordens:

- as reservas;
- o fundo de garantia;
- o resseguro.

2.1 As reservas

As reservas são capitais próprios constituídos pela mutualidade para fazer face a situações imprevistas e para dispor de uma maior segurança financeira. A formação de reservas constitui uma regra elementar de prudência em matéria de gestão de uma mutualidade, submetida a numerosos imprevistos. Representa um primeiro nível de protecção que, geralmente, é objecto de uma regulamentação.

É importante notar que as reservas são alimentadas por uma afectação de todo ou parte do resultado excedentário de um exercício.

As reservas podem ser conservadas sob a forma de liquidez e, portanto, ajudar a resolver os problemas de tesouraria; permitem, assim, aumentar a solvabilidade da mutualidade e a sua solidez financeira. Mas na prática, as reservas não são necessariamente conservadas sob forma líquida. Pode acontecer, com efeito, que uma mutualidade aplique as suas reservas em imobilizações. Consequentemente, uma mutualidade pode ter reservas importantes mas, apesar disso, conhecer dificuldades de tesouraria.

Regra geral, é prudente conservar uma parte das reservas sob a forma de disponibilidades, podendo a outra parte ser aplicada em depósitos a prazo ou investida em imobilizações.

A constituição das reservas

As reservas são constituídas a partir dos excedentes dos exercícios contabilísticos. A constituição dos excedentes é prevista no cálculo das quotizações, gerando um factor de excedente unitário. O facto de ser incorporada uma margem de segurança no cálculo do prémio de risco é, igualmente, favorável à constituição de excedentes, quando se verificam as hipóteses na base do cálculo do prémio.

No final do exercício, a mutualidade estabelece as suas contas anuais e calcula, assim, o excedente do exercício. Como foi visto no capítulo 5 da parte 4 (o fecho e a reabertura dos exercícios), os excedentes são repartidos e podem ser afectados, na totalidade ou em parte, às reservas. Os Estatutos e o Regulamento Interno, além da legislação nacional, podem determinar a parte a afectar às reservas.

2.2 O fundo de garantia

O fundo de garantia é um outro mecanismo de protecção de uma mutualidade contra os imprevistos. Trata-se de um fundo ao qual uma mutualidade pode apelar em caso de dificuldades financeiras. Este fundo pode ser implementado e gerido, entre outros, por:

- uma união de mutualidades (gestão colectiva);
- uma instituição pública (Ministério, etc.);
- uma estrutura de apoio às mutualidades;
- um banco.

Geralmente, o fundo de garantia intervém sob a forma de empréstimo à mutualidade que o solicita. Trata-se de um adiantamento de tesouraria que não é utilizado quando está em situação de cessação de pagamentos e não pode mais manter as suas prestações em favor dos beneficiários. As condições de implementação e de reembolso são previamente definidas. A intervenção do fundo de garantia pode estar condicionada a modificações no funcionamento da mutualidade e à implementação de um “plano de correcção”.

Exemplo

As mutualidades de uma região decidiram associar-se e constituir uma União, com o objectivo de se dotarem de serviços comuns, reagrupando uma parte dos seus meios. Trata-se, nomeadamente, de serviços de apoio-conselho em gestão e de serviços financeiros, compreendendo, entre outros, a implementação de um fundo de garantia.

Os objectivos do fundo de garantia

O fundo de garantia tem por fim garantir aos aderentes das mutualidades a manutenção das suas prestações. Para o efeito, assegura:

- um período de funcionamento normal: o regular acompanhamento da situação financeira das mutualidades-membros;
- em caso de situação crítica: a salvaguarda dos interesses dos aderentes da mutualidade, graças a um adiantamento da tesouraria. Quando a situação é particularmente grave, a união pode substituir-se à mutualidade para o serviço directo das prestações aos beneficiários, até ao fim do exercício em curso.

Este fundo de garantia não é, portanto, um simples instrumento financeiro. Reforça o apoio técnico e a prevenção das situações financeiras críticas. Assim:

- as mutualidades-membros da União devem dotar-se de um sistema de gestão rigoroso e normalizado;
- a União das mutualidades permite o emprego de pessoal competente ao serviço de todas as mutualidades e capaz de assegurar um apoio técnico, em matéria de gestão e de acompanhamento;
- para ter acesso aos empréstimos do fundo de garantia cada mutualidade deve respeitar as regras comuns em matéria de gestão e fornecer todas as informações necessárias ao acompanhamento. Ela empenha-se, igualmente, em seguir as recomendações da União, respeitantes à sua boa gestão.

A constituição do fundo de garantia

O fundo de garantia é constituído por:

- uma contribuição das mutualidades, fixada em percentagem das prestações de doença do exercício precedente, isto é, do último exercício, cujos resultados são conhecidos. Esta contribuição não constitui um novo encargo para as mutualidades-membros, pois é extraída dos seus capitais próprios e continua a pertencer-lhes (participação ou capital do fundo);
- subsídios externos: a União recebe subsídios do Estado que decidiu, assim, sustentar o desenvolvimento mutualista desta região. Ela beneficia, desta forma, dos subsídios de algumas estruturas de apoio.

As condições de utilização

A contribuição da mutualidade dá-lhe um direito de empréstimo ao fundo de garantia. O montante deste empréstimo é limitado ao equivalente a um ano de prestações e o reembolso efectua-se segundo as condições convencionadas entre a mutualidade e a União.

Em cada ano, as mutualidades-membros devem apresentar um relatório financeiro e de actividades (trata-se dos quadros de acompanhamento do balanço, da conta de resultados e outros documentos fixados pela União). Este relatório permite à União assegurar um acompanhamento e um apoio às mutualidades.

Todas as mutualidades membros se empenham em respeitar as regras comuns de rigor de gestão. O fundo de garantia retira deste facto uma certa normalização das práticas e dos documentos de gestão. Cada mutualidade fica, contudo, totalmente livre quanto aos seus objectivos e às suas actividades.

Em caso de empréstimo, a mutualidade empenha-se em implementar medidas de correcção que são elaboradas com a União.

2.3 O resseguro

O resseguro é um outro dispositivo de segurança, pelo qual a mutualidade subscreve um contrato de seguro, junto de outra estrutura de seguros. Trata-se, de facto, do seguro do segurador. Este seguro pode ser implementado por um ressegurador (ainda é preciso que este exista, o que não é o caso em todos os países). Pode, igualmente, ser organizado por várias mutualidades que criam, em conjunto, uma estrutura que oferece serviços de resseguro ou de co-seguro (partilha de certos riscos entre as mutualidades).

Os objectivos

A mutualidade pode, assim, segurar-se contra riscos, cujas consequências financeiras são particularmente importantes.

As doenças onerosas com caracter epidémico

O aparecimento de uma epidemia é um fenómeno raro que implica gastos extraordinários para uma mutualidade. Um resseguro permite partilhar este risco entre várias mutualidades e/ou com outros sistemas de seguro.

O resseguro deve atentar que essas mutualidades que segura estejam dispersas no plano geográfico, de modo a que não sejam, simultaneamente, atingidas por uma mesma epidemia.

É preciso notar que vários países implementam medidas especiais na altura de certas epidemias, nomeadamente, serviços de saúde especiais (hospitais de campanha, etc.), dispensando cuidados gratuitos. Um exemplo, é o caso das epidemias de cólera.

Os “excesso de sinistro”

Este termo é utilizado em seguros para designar um contrato de resseguro que define um montante máximo para uma dada prestação, acima do qual, o ressegurador intervém. Este tipo de contrato é interessante quando a mutualidade cobre os cuidados de saúde secundários e terciários: quando aparece um caso grave, requerendo um internamento de longa duração, uma cirurgia pesada e outros actos onerosos, a viabilidade financeira da mutualidade pode ser seriamente ameaçada.

Este tipo de contrato de resseguro permite suavizar as despesas da mutualidade.

Trata-se de uma partilha de riscos entre a mutualidade e o ressegurador.

Exemplo

Um contrato “excesso de sinistro” fixando um patamar, ou uma franquia, de 100 000 UM para os internamentos significa, para a mutualidade, que:

- para todos os internamentos inferiores a esse patamar, a mutualidade assume inteiramente a despesa;
- para os internamentos cujos custos ultrapassem esse patamar, por exemplo 250 000 UM, a mutualidade comparticipa 100 000 UM e o ressegurador 150 000 UM.

As condições

O resseguro distingue-se do fundo de garantia, embora estes dois mecanismos necessitem da existência de uma estrutura externa, União ou sociedade de seguros, que permite organizar uma partilha dos riscos entre várias mutualidades.

A subscrição de um contrato de resseguro implica um novo encargo para a mutualidade, que deve pagar ao ressegurador um prémio anual. Este prémio é fixado pelo ressegurador que o calcula, segundo um princípio similar ao das quotizações da mutualidade (frequência, custos, despesas de gestão, etc.).

O resseguro não intervém para resolver as situações de crise financeira; em compensação, contribui para a sua prevenção, eliminando as despesas em prestações excepcionais.

Parte 7

**O controlo,
o acompanhamento
e a avaliação**

Os gestores e administradores de uma mutualidade de saúde devem realizar as actividades que permitem controlar, acompanhar e avaliar o bom funcionamento da sua mutualidade. Estas funções são cruciais para a viabilidade e a eficácia da organização. Esta parte trata, de forma sintética, destes aspectos da gestão.¹⁷ Compreende quatro capítulos.

Capítulo 1 O controlo interno

Este primeiro capítulo descreve o controlo interno, efectuado, em particular, pela Assembleia Geral e pela Comissão de Supervisão. São apresentados exemplos de procedimentos e de ferramentas necessárias.

Capítulo 2 A síntese das informações de acompanhamento: “o painel de bordo”

Este segundo capítulo apresenta uma ferramenta, o “painel de bordo”, que permite sintetizar as informações provenientes dos diferentes domínios de gestão da mutualidade. O “painel de bordo” constitui um instrumento de pilotagem, muito precioso para os gestores.

Capítulo 3 A avaliação da viabilidade financeira e económica de uma mutualidade de saúde

Este terceiro capítulo trata, em primeiro lugar, da avaliação da viabilidade financeira da mutualidade de saúde. São, assim, abordadas sucessivamente as avaliações da solvabilidade, do financiamento da actividade seguro e do “bom funcionamento financeiro” da mutualidade. O capítulo estuda, depois, a viabilidade económica da mutualidade de saúde.

Capítulo 4 A avaliação e os ajustamentos do funcionamento de uma mutualidade de saúde

Este último capítulo descreve as diferentes formas possíveis de avaliação numa perspectiva de desenvolvimento da mutualidade de saúde. A utilização das avaliações para uma pilotagem eficaz a curto, médio e longo prazo é, de seguida, ilustrada na base de exemplos concretos.



O controlo interno

O controlo interno tem por objectivo verificar que:

- as decisões da AG são bem executadas;
- as tarefas definidas e repartidas entre os responsáveis e os gestores, pelos Estatutos e o Regulamento Interno, são, efectivamente, cumpridas;
- os procedimentos de gestão são correctamente acompanhados e as operações financeiras e o registo contabilístico são efectuados em conformidade com as “regras do ofício”.

O controlo visa, igualmente, analisar as eventuais falhas e trazer os necessários correctivos para melhorar a organização e o funcionamento mutualidade.

¹⁷ Para uma revisão mais detalhada dos mecanismos de acompanhamento e de avaliação, o leitor poderá reportar-se ao Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros de saúde, BIT / STEP, CIDR, Genève, 2001.

O controlo é uma actividade, por vezes, mal entendida pelos Administradores de uma organização, pois é, muitas vezes, assimilado a uma operação de “polícia” que não traz senão “aborrecimentos”. Trata-se, pelo contrário, de um factor favorável ao trabalho dos Administradores, pois o controlo favorece uma maior transparência, evita mal entendidos e reforça por este facto a confiança necessária a um bom desenrolar das actividades.

O controlo é realizado internamente por dois órgãos da mutualidade: a CS e a AG. Notar-se-à que outros órgãos, igualmente, efectuem controlos. Trata-se, contudo, de controlos de uma diferente natureza. Por exemplo, a CE deve efectuar controlos “técnicos”, como o do direito às prestações ou do respeito das tarifas acordadas com os prestadores.

1.1 O controlo pela Comissão de Supervisão

As funções da CS foram apresentadas na parte 2. O controlo realizado por este órgão assenta na boa utilização dos documentos de gestão das adesões, das quotizações e das prestações, da boa escrituração da contabilidade, da boa marcha dos mecanismos de acompanhamento e do respeito pelos compromissos da mutualidade para com aderentes e terceiros (em particular, prestadores).

- A boa utilização dos documentos de gestão das adesões, da quotização e das prestações. As operações de controlo foram apresentadas nos capítulos consagrados a este domínio de gestão (parte 3). Trata-se, principalmente, de verificar que as informações estejam bem registadas e sejam exactas.
- A boa escrituração da contabilidade. Globalmente a CS deve controlar que:
 - ✓ a contabilidade esteja actualizada (sem atrasos no registo das operações);
 - ✓ para cada operação exista uma peça justificativa;
 - ✓ cada despesa seja objecto de uma ordem de pagamento;
 - ✓ os saldos reais da caixa e da ou das contas bancárias estejam em conformidade com os mencionados nos documentos contabilísticos;
 - ✓ os documentos contabilísticos (diários, livro-razão, etc.) estejam bem escriturados.

Algumas destas operações, como o controlo da caixa e a verificação bancária, foram apresentadas na parte 4.

- A boa marcha dos mecanismos de acompanhamento. Trata-se de verificar que os quadros de acompanhamento das adesões, das quotizações e das prestações, assim como o “painel de bordo” (ver parte 7, capítulo 2), estejam actualizados.
- O respeito pelos compromissos da mutualidade para com os aderentes, dos prestadores e dos outros parceiros. A mutualidade deve respeitar um conjunto de obrigações, assumidas através dos Estatutos, dos convénios com os prestadores de cuidados e, eventualmente, dos acordos com outros parceiros. A CS deve, por exemplo, verificar que:
 - ✓ não tenham sido excluídos aderentes ou que não tenham sido recusadas adesões abusivamente;
 - ✓ as facturas dos prestadores estejam pagas nos prazos fixados pelos contratos;
 - ✓ os eventuais empréstimos bancários sejam reembolsados, segundo as condições estabelecidas.

As tarefas da CS são, portanto, numerosas e variadas. A utilização de uma lista de controlo (check-list) pode facilitar a realização dessas tarefas e tornar o trabalho da Comissão mais metódico. Esta lista deve recensear os controlos mais importantes, respeitando os principais documentos e as operações correntes.

É, igualmente, importante sublinhar que os membros da CS não podem realizar o trabalho de controlo se não beneficiarem de uma formação similar à dos membros da CE e do CA.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde confia uma parte da sua contabilidade a uma estrutura de apoio. A CE tem um diário de caixa e um diário de banco, assim como, um borrão para as operações diversas (contabilidade de tesouraria).

Regista as adesões, as quotizações e as prestações nos registos. Um manual de procedimentos, assim como, um acordo com a estrutura de apoio regem estas diferentes operações.

A CS realiza um controlo mensal na base de uma lista de operações previamente preparada. Este controlo dá lugar ao preenchimento da seguinte ficha.

Controlo do mês de:

Data do controlo:

1. Controlo do registo das adesões

	Total de fichas de adesão ¹⁸	Saldo do registo de adesão
Número de aderentes		
Número de pessoas a cargo		
Número de beneficiários		

Explicação dos eventuais desvios constatados entre os totais das fichas de adesão e os saldos do registo da adesão.

2. Controlo do registo das quotizações

	Total das fichas de quotizações	Saldo do registo das quotizações	Diário de caixa ou banco
Quotizações emitidas			
Quotizações recebidas			
Atrasados			

Explicação dos eventuais desvios constatados entre os totais dos diferentes documentos.

¹⁸ No conjunto dos quadros, os dados reportam-se ao mês considerado no quadro de acompanhamento.

3. Controlo do registo das prestações

	Total dos atestados de cuidados (o caso em questão)	Total das facturas dos prestadores	Total do registo das prestações	Total do diário de caixa e/ou de banco
Total das despesas em prestações doença				

Explicação dos eventuais desvios constatados entre os totais dos diferentes documentos.

4. Controlo da caixa

Folha de caixa em anexo.

5. Controlo da conta bancária

Quadro de verificação bancária em anexo.

6. Controlo do pagamento das facturas dos prestadores

	Centro de saúde de Gurtuh	Maternidade de Gurtuh	Hospital de Quatak
Data convencionada para pagamento			
Data efectiva de pagamento			
Montante a pagar			
Montante pago			

Explicação das eventuais ultrapassagens de prazo e/ou dos desvios entre os montantes facturados e os montantes pagos.

7. Controlo do envio da contabilidade do mês anterior à estrutura de apoio

Data prevista de envio	
Data efectiva de envio	
Documentos enviados:	
– Duplicado de registo de adesão	SIM NÃO
– Duplicado do registo das quotizações	SIM NÃO
– Duplicado do registo das prestações	SIM NÃO
– Duplicado do diário de caixa	SIM NÃO
– Duplicado do diário de banco	SIM NÃO
– Duplicado da folha de caixa	SIM NÃO
– Duplicado do quadro de regularização bancária	SIM NÃO

Explicação no caso da ultrapassagem do prazo do envio e/ou a falta de um ou vários documentos no envio.

Além desta ficha mensal, a CS estabelece um breve relatório anual que sintetiza o conjunto de problemas encontrados no ano e os melhoramentos a introduzir.

1. a escrituração dos documentos;
2. a aplicação dos procedimentos;
3. o acompanhamento dos compromissos;
4. outros.

1.2 O controlo pela Assembleia Geral

A gestão corrente da mutualidade é realizada pelo CA e a CE. Os membros destes órgãos devem prestar contas aos aderentes que, reunidos em AG, têm a seu cargo tomar as grandes decisões e definir as orientações da mutualidade.

O CA e a CE devem, portanto, apresentar um relato das actividades realizadas e da situação financeira da mutualidade. Este relato é estabelecido com base num relatório de actividades, respeitando o ano findo. Este relatório é elaborado sob responsabilidade do CA. Serve de base, com o relatório da CS, ao controlo das actividades da mutualidade, pela AG.

O relatório anual das actividades

O relatório de actividades deve ser compreensível para todos e permitir a todos os aderentes tomar uma parte efectiva nas decisões que serão tomadas na reunião. Para fazer isso, é útil seguir as seguintes recomendações:

- ✓ a apresentação deve ser concisa, a fim de deixar o máximo de tempo possível às discussões, sem cansar os participantes;
- ✓ as informações devem ser bem escolhidas e facilmente assimiláveis: é preciso evitar “aborrecer” os aderentes, sob uma massa de números e de dados;
- ✓ as informações devem ser apresentadas de forma atraente: é preciso evitar, por exemplo, recitar uma lista de números ou realizar longas exposições. Os dados podem ser visualizados por meio de ilustrações simples (desenhos, esquemas, etc.), previamente preparados;
- ✓ os dados apresentados devem ser explicados: donde provém o resultado do exercício, a que correspondem os resultados de quotização, etc.;
- ✓ os dados devem ser reportados às previsões que tinham sido feitas para o ano considerado. Eles devem, igualmente, ser comparados com os dados dos anos anteriores, a fim de poder ser estudada a sua evolução. Quando isso é possível, é importante confrontá-los com os dados de outras experiências mutualistas similares;
- ✓ a apresentação deve propor a análise e o diagnóstico do CA e da CE (ou outros órgãos) e desembocar nas propostas, sobre as quais os aderentes deverão debater;
- ✓ o relatório de actividades não deve ficar confidencial. Deve ser distribuído aos aderentes que o peçam, até mesmo aos parceiros exteriores;

- ✓ o relatório deve, finalmente, ser cuidadosamente arquivado, pois constitui um testemunho histórico da mutualidade.

Não existe forma obrigatória nem permanente de relatório. Deve ser concebido em função das informações a apresentar, das constatações, dos problemas, etc.

Exemplo

O CA de uma mutualidade de saúde apresenta todos os anos à AG o seu relatório de actividades. Para isso, é utilizado o seguinte plano, que reagrupa a apresentação das actividades e do balanço global do ano findo e o plano de acção proposto para o ano a iniciar.

Introdução

- Período a que o relatório respeita.
- Apresentação dos redactores (membros do CA e/ou da CE).

I. Relatório de actividades do ano findo

1. As reuniões dos diferentes órgãos
2. As adesões
 - Novos aderentes, saídas, número total de aderentes, de pessoas a cargo e de beneficiários, comentários sobre a evolução (aumento ou diminuição).
 - Pontos fortes e problemas encontrados.
3. As prestações
 - Número de participações por serviço de saúde coberto, montantes, evolução.
 - Pontos fortes e problemas encontrados.
4. Os outros serviços da mutualidade
5. Os estados financeiros
 - Memória da situação financeira do ano anterior.
 - Conta de resultados e balanço do ano.
 - Comentários sobre as evoluções.
 - Pontos fortes e problemas encontrados.

II. Programa de actividades para o ano a iniciar

1. Síntese dos pontos fortes e dos pontos fracos do ano findo
2. Soluções propostas para as dificuldades encontradas
3. Implementação de novos serviços
4. Proposta de orçamento para o ano a iniciar

III. Conclusão

ANEXOS

- “Painel de bordo” do ano findo
- Situações financeiras do ano findo
- Orçamento provisional detalhado para o ano a iniciar.

O controlo interno realizado pela CS e pela AG é, geralmente, completado por um controlo externo definido na lei. Este último, geralmente, respeita à contabilidade e, muitas vezes, à situação financeira da mutualidade. Visa principalmente proteger terceiros. Permite, igualmente, à mutualidade aumentar a sua credibilidade para com aqueles.



A síntese das informações de acompanhamento: o “painel de bordo”

O acompanhamento pode definir-se como uma actividade contínua que consiste em:

- vigiar o bom desenrolar do programa de actividades previsto;
- fornecer em tempo útil os elementos de informação necessários a uma gestão e a uma tomada de decisões eficazes.

Designa-se por “sistema de acompanhamento”, o conjunto de procedimentos, documentos, circuitos de informação e responsabilidades que permitem a colecta e o tratamento dos dados obtidos no quadro de acompanhamento¹⁹.

Uma parte do sistema de acompanhamento foi apresentada nas anteriores partes. Tratava-se das diferentes ferramentas de colecta dos dados “a acompanhar”:

- o quadro de acompanhamento das adesões;
- o quadro de acompanhamento das quotizações;
- o quadro de acompanhamento das prestações;
- o quadro de comparação previsões- realizações do orçamento;
- o plano de tesouraria.

Estas ferramentas trazem numerosas informações, repartidas entre diferentes domínios da mutualidade. É importante reunir estas informações e analisá-las. Isso é o objectivo de uma ferramenta particularmente importante, o “painel de bordo”.

2.1 O “painel de bordo”

O “painel de bordo” de uma mutualidade de saúde desempenha o mesmo papel que o de uma viatura, que permite ao condutor controlar a sua velocidade, acompanhar o seu consumo de combustível e identificar eventuais disfuncionamentos, graças a diferentes mostradores e aferidores. Graças a esses utensílios, o condutor sabe quando deve abastecer de combustível, acrescentar óleo, reduzir a velocidade, etc. A ele compete conhecer o código da estrada e fazer prova de um comportamento razoável.

Do mesmo modo, o “painel de bordo” da mutualidade é um instrumento de pilotagem, que permite aos responsáveis e gestores acompanhar e gerir a sua organização, reforçar os seus pontos fortes, avaliar e corrigir os seus pontos fracos, controlar os comportamentos dos beneficiários, identificar as eventuais derrapagens e intervir em tempo oportuno.

19 BIT/STEP, CIDR.2001:Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros de saúde (Genève), tomos 1 e 2.

A regular actualização do “painel de bordo” pode ser requerida para a dispensa de serviços pelas estruturas (União, fundos de garantia, centros de serviços, etc.), às quais a mutualidade adere ou com as quais está em relação convencionada. Neste caso figurativo, o “painel de bordo” pode ser estabelecido quer:

- pela mutualidade, ela própria, que o envia, depois, para a estrutura respeitante, ou
- pela estrutura que pede à mutualidade para preencher todos os meses as fichas de acompanhamento com todas as informações necessárias ao cálculo dos indicadores.

O “painel de bordo” fornece uma síntese dos principais aspectos representativos e quantificáveis do funcionamento da mutualidade, das suas actividades e da sua gestão.

Oferece a possibilidade de acompanhar, mês após mês, a evolução de indicadores e de os comparar com valores de referência e/ou os seus valores transcritos. Estes valores de referência ou normas são os que cada indicador deveria atingir.

Por exemplo, a dimensão média de uma família do público-alvo é utilizada como indicador no quadro do acompanhamento da dimensão média das famílias mutualistas. Quando este último se desvia sensivelmente da norma, os gestores devem interrogar-se, rapidamente, sobre as razões desse desvio.

As taxas de utilização e os custos médios dos serviços de saúde utilizados no cálculo das quotizações são, igualmente, utilizados como normas para o acompanhamento das prestações na doença.

O “painel de bordo” permite, assim, acompanhar os desvios entre as previsões e as realizações.

● Apresentação

A eficácia do “painel de bordo” depende da sua apresentação, que deve permitir visualizar claramente os diferentes indicadores e a sua evolução.

Os utilizadores deste “painel de bordo” devem recorrer aos quadros de acompanhamento, para mais informações sobre cada indicador.

● Algumas regras para a concepção e a utilização de um “painel de bordo”

- ✓ o “painel de bordo” é uma ferramenta estratégica de acompanhamento e de tomada de decisões. Não deve fornecer dados, nem insuficiente nem excessivamente, por forma a permitir ao utilizador ter uma visão global da mutualidade;
- ✓ consequentemente, a mutualidade deve seleccionar os indicadores, a fim de apenas acompanhar os mais pertinentes e representativos, quanto às suas actividades, à sua organização, ao seu funcionamento e ao seu estado de desenvolvimento;
- ✓ quando a mutualidade cobre vários prestadores de cuidados, os quadros de acompanhamento das taxas de utilização dos custos dos serviços devem ser estabelecidos para cada prestador e, depois, globalmente;
- ✓ do mesmo modo, quando a mutualidade cobre várias aldeias ou grupos, os quadros de acompanhamento das taxas de penetração e de reembolso das quotizações são feitos para cada grupo e, depois, globalmente;
- ✓ o “painel de bordo” é habitualmente preenchido mensalmente, uma vez que todos os documentos de gestão da mutualidade tenham sido actualizados;
- ✓ a apresentação do “painel de bordo” deve permitir comparar, o mais simplesmente possível, os diferentes indicadores, mês a mês, durante um exercício. Isso implica que:

- as bases de cálculo dos indicadores ficam as mesmas, a fim de serem comparáveis;
- cada indicador seja objecto de um quadro de síntese (ou de um gráfico) para o qual são transportados os seus valores mensais assim como o seu valor anual.

Não existe forma universal de “painel de bordo”. O exemplo, abaixo, dá uma apresentação dos indicadores mais frequentemente reunidos, actualmente, nos “painéis de bordo” das mutualidades dos países em via de desenvolvimento (os indicadores financeiros são apresentados no quadro seguinte). O recurso às ferramentas informáticas facilita, aqui, muito a tarefa (carga de trabalho, redução dos erros, visualização gráfica).

Exemplo

Uma mutualidade cobre os internamentos (compreendendo os actos de cirurgia) num hospital regional, assim como, os pequenos internamentos e os partos num centro de saúde. A adesão é de período aberto (possibilidade de aderir em qualquer momento do ano), com um período de observação de 4 meses para todos os serviços de saúde cobertos.

Durante o exercício de 2002, os membros da CE mantêm actualizados vários quadros de acompanhamento, a partir dos quais, são mensalmente produzidos indicadores do “painel de bordo”. Os indicadores incluídos no “painel de bordo” são:

- o número de aderentes em relação aos objectivos;
- o número de beneficiários em relação aos objectivos;
- a taxa de cobrança das quotizações;
- as taxas de utilização por tipo de prestação e prestador;
- os custos médios por tipo de prestação e prestador;
- o montante dos depósitos e dos levantamentos da caixa.

A CE escolheu visualizar estes indicadores através dos gráficos seguintes. Esta visualização gráfica não é obrigatória. Contudo, ela facilita a análise. Os gráficos são, em princípio, construídos mês a mês, o que permite um acompanhamento preciso e rápidas tomadas de decisão.

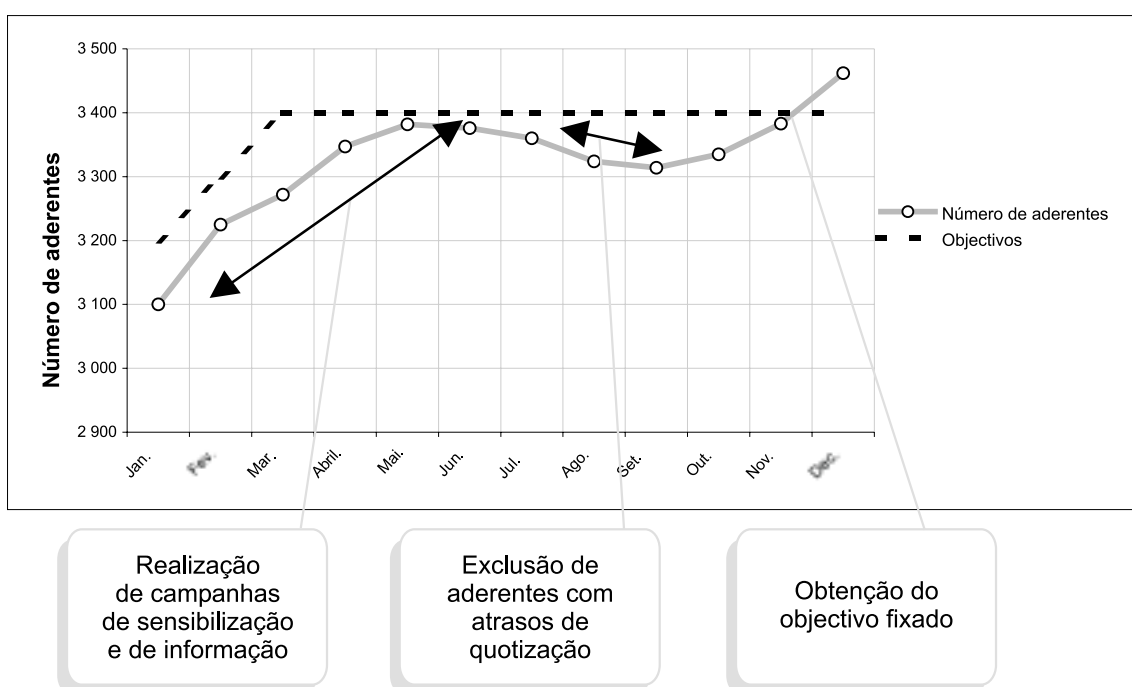
"Painel de bordo" da mutualidade

Acompanhamento do número de aderentes

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Número de aderentes	3 100	3 225	3 272	3 347	3 382	3 376	3 360	3 324	3 314	3 335	3 383	3 462
Objectivos	3 200	3 300	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400

Ajuda gráfica

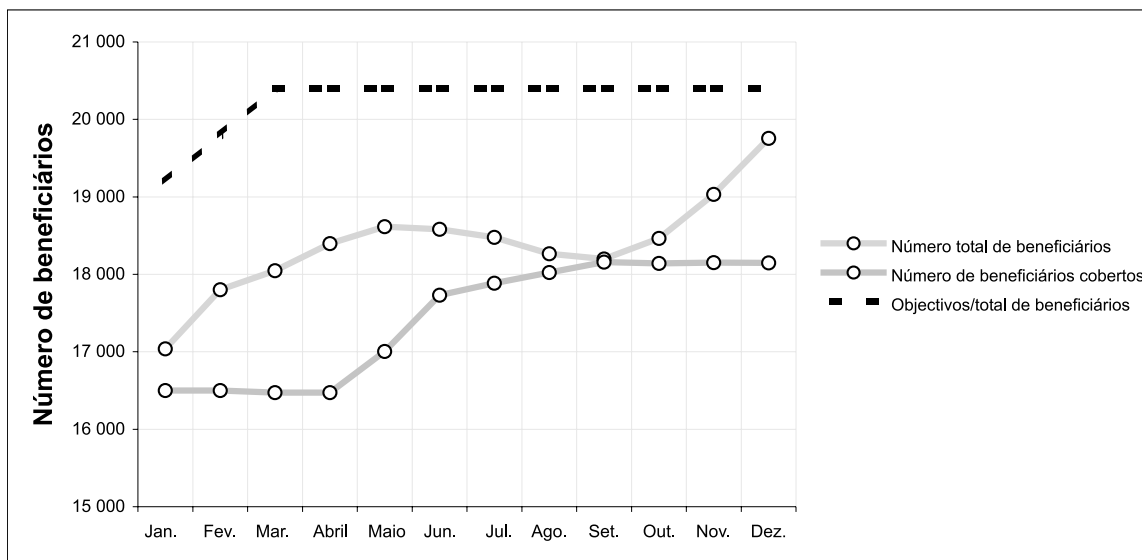


Acompanhamento do número de beneficiários

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Número total de beneficiários inscritos	17 038	17 803	18 046	18 396	18 616	18 581	18 476	18 266	18 197	18 464	19 033	19 756
Número de beneficiários cobertos	16 499	16 499	16 474	16 473	17 006	17 731	17 884	18 025	18 157	18 140	18 150	18 149
Objectivos/total dos beneficiários	19 200	19 800	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400

Ajuda gráfica

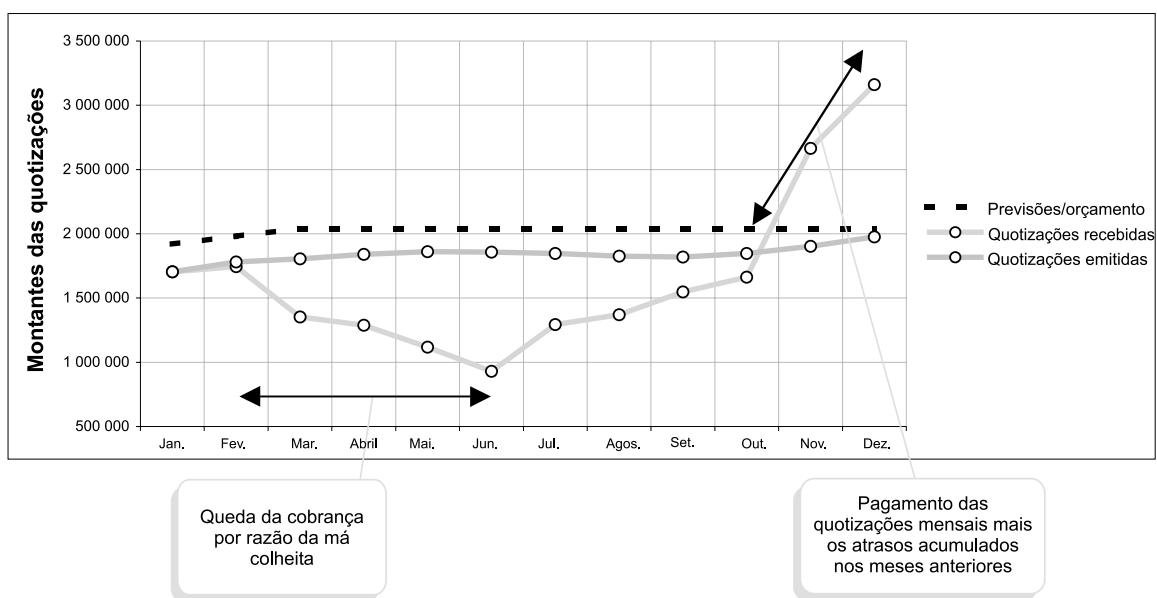


Acompanhamento da cobrança das quotizações

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Previsões/ orçamentos	1 920 000	1 980 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000
Quotizações recebidas	1 703 800	1 744 694	1 353 450	1 287 720	1 116 960	929 050	1 293 320	1 369 950	1 546 745	1 661 760	2 664 620	3 160 960
Quotizações emitidas	1 703 800	1 780 300	1 804 600	1 839 600	1 861 600	1 858 100	1 847 600	1 826 600	1 819 700	1 846 400	1 903 300	1 975 600

Ajuda gráfica

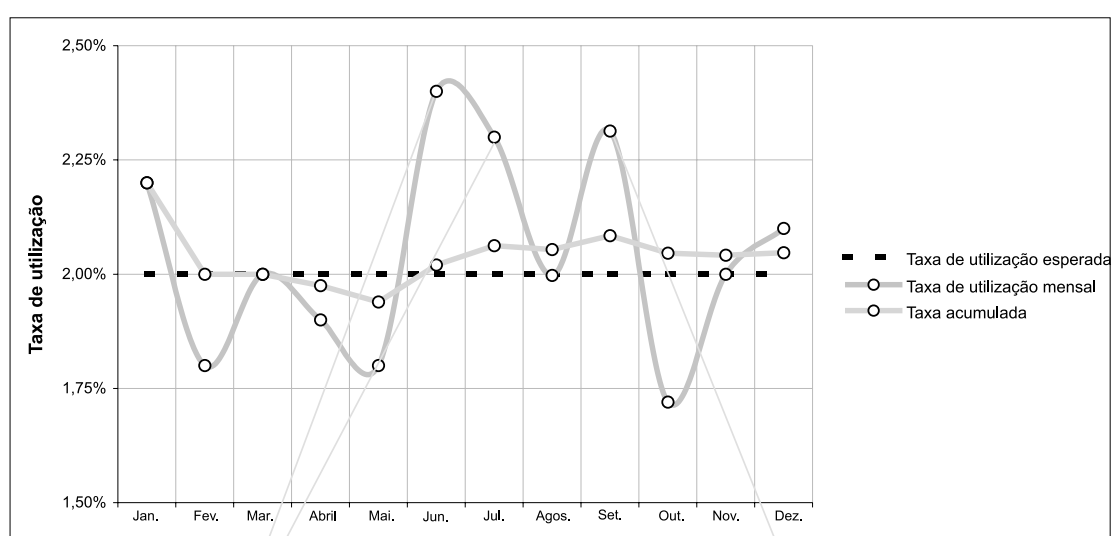


Acompanhamento das taxas de utilização/internamento – Hospital regional

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Taxa de utilização esperada	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %
Taxa de utilização mensal	2,20 %	1,80 %	2,00 %	1,90 %	1,80 %	2,40 %	2,30 %	2,00 %	2,31 %	1,72 %	2,00 %	2,10 %
Taxa acumulada	2,20 %	2,00 %	2,00 %	1,98 %	1,94 %	2,02 %	2,06 %	2,05 %	2,08 %	2,05 %	2,04 %	2,05 %

Ajuda gráfica

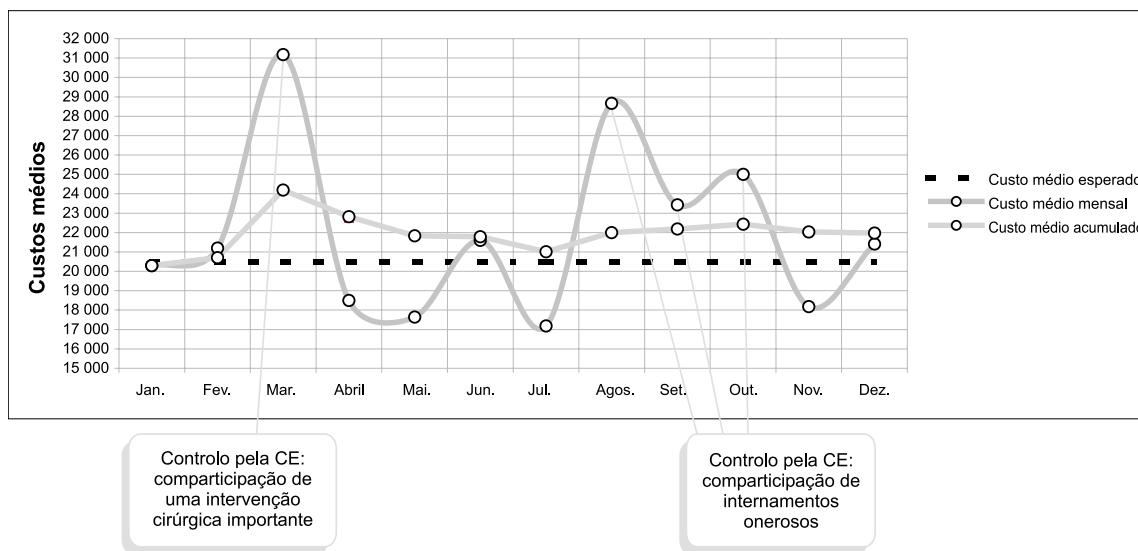


Acompanhamento dos custos médios/internamentos – Hospital regional

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Custo médio esperado	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500
Custo médio mensal	20 300	21 200	31 176	18 500	17 641	21 600	17 183	28 667	23 429	25 000	18 182	21 410
Custo médio acumulado	20 300	20 705	24 192	22 824	21 838	21 788	21 013	21 996	22 182	22 431	22 035	21 960

Ajuda gráfica

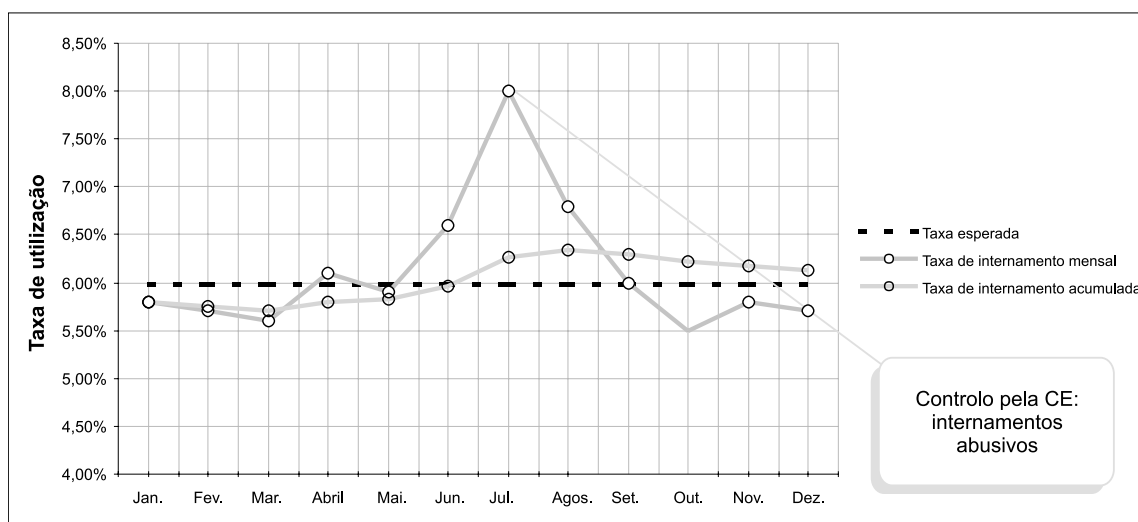


Acompanhamento das taxas de utilização/internamentos – Centro de saúde

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Taxa esperada	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %
Taxa de internamento mensal	5,80 %	5,70 %	5,60 %	6,10 %	5,90 %	6,60 %	8,00 %	6,80 %	6,00 %	5,50 %	5,80 %	5,70 %
Taxa de internamento acumulada	5,80 %	5,75 %	5,70 %	5,80 %	5,82 %	5,96 %	6,27 %	6,34 %	6,30 %	6,21 %	6,17 %	6,13 %

Ajuda gráfica

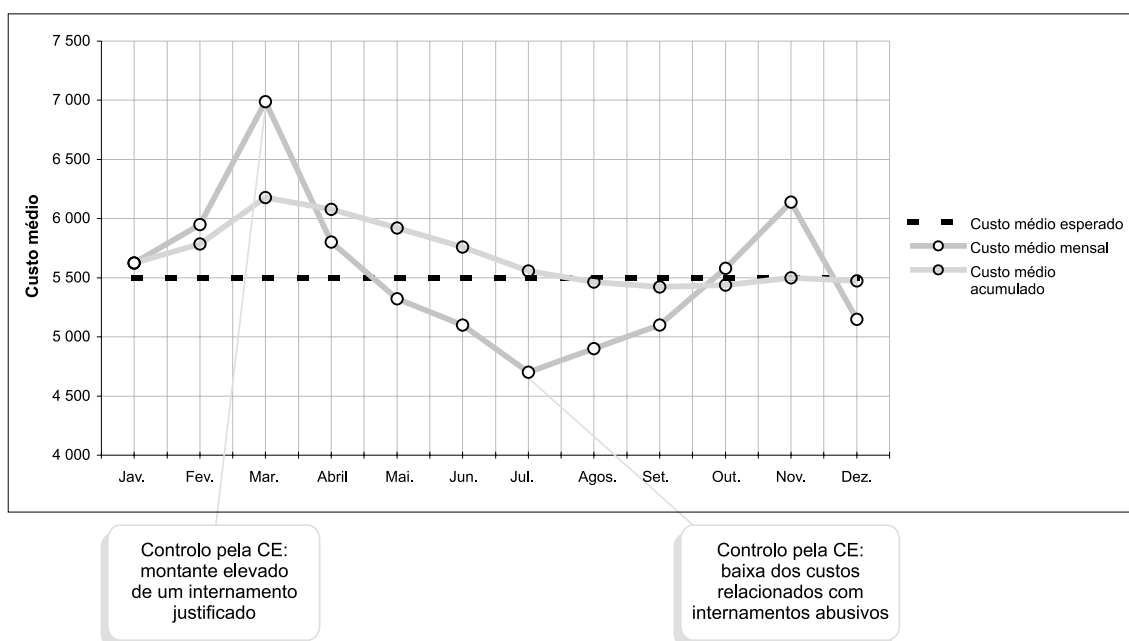


Acompanhamento dos custos médios/internamentos – Centro de saúde

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Custo médio esperado	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500
Custo médio mensal	5 623	5 950	6 987	5 800	5 321	5 100	4 700	4 900	5 100	5 581	6 138	5 150
Custo médio acumulado	5 623	5 785	6 178	6 079	5 921	5 761	5 557	5 464	5 423	5 438	5 500	5 472

Ajuda gráfica

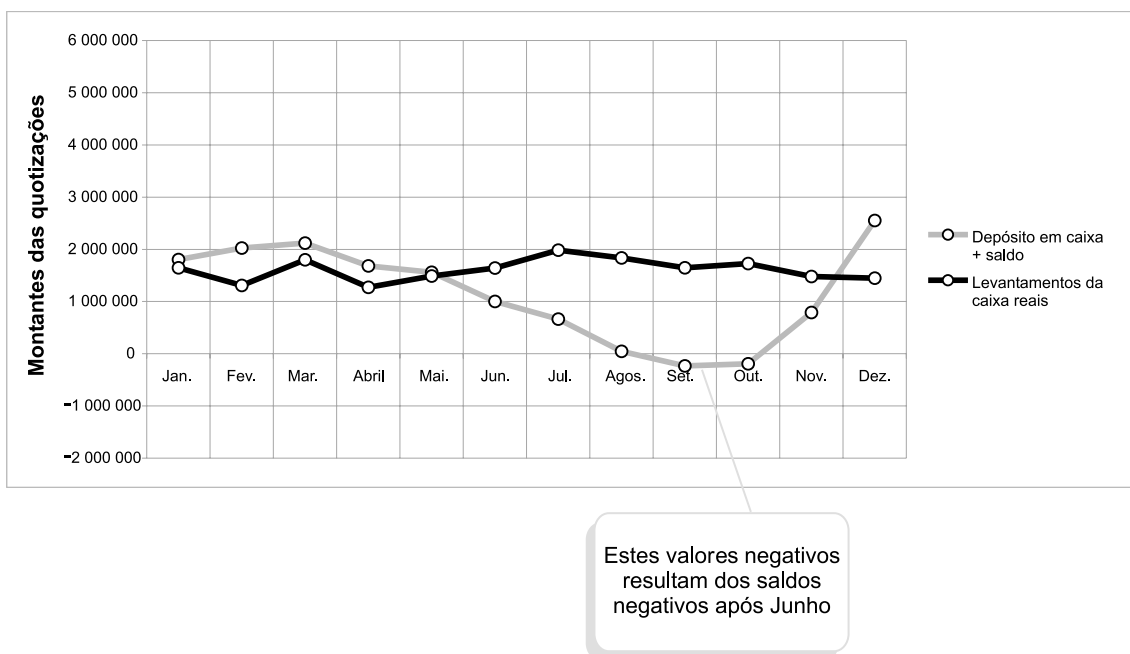


Acompanhamento dos depósitos e levantamentos de caixa

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Depósitos caixa realizados+saldo do mês anterior	1 803 800	2 026 441	2 119 918	1 681 394	1 561 994	1 003 070	661 806	47 066	-235 271	-194 420	788 928	2 551 393
Levantamentos reais	1 647 053	1 309 974	1 801 244	1 272 360	1 487 974	1 639 584	1 984 690	1 834 082	1 645 909	1 729 272	1 477 495	1 450 083

Ajuda gráfica



NB: O financiamento dos saldos negativos foi assegurado pela cooperativa na origem da mutualidade

2.2 A resolução dos problemas identificados

O "painel de bordo" não tem outra utilidade senão permitir à mutualidade reagir rápida e eficazmente às situações e aos problemas identificados.

Para fazer isso, um método simples, baseado em várias etapas, é aqui proposto²⁰. Estas etapas são realizadas pelo CA e a CE, no âmbito da gestão corrente da mutualidade. Contudo, a escolha de uma solução a implementar necessita, por vezes, da organização de uma AG extraordinária. Trata-se de situações, ainda que raras, que não surgem, senão quando as escolhas que se impõem ultrapassam as competências dos outros órgãos.

Nos outros casos, os problemas e outros acontecimentos, assim como, as soluções adoptadas, são descritos no relatório apresentado à AG anual.

1. A identificação de um problema

Os problemas são, geralmente, identificados a partir do "painel de bordo" da mutualidade e das actividades de controlo e de acompanhamento. É necessário identificar nesta fase, o mais precisamente possível, a natureza do problema. Por exemplo, uma situação de tesouraria negativa pode ser interpretada como a consequência de demasiadas grandes despesas, ainda que ela possa resultar, entre outras, de uma muito baixa taxa de cobrança das quotizações; estas duas causas não requererão, necessariamente, as mesmas soluções.

20 Estas etapas são inspiradas em: Institut Nord-Sud.1989: A gestão das pequenas e médias organizações africanas, Gestion Nord-Sud, Montreal, pp.82-83

2. A colecta e a análise dos dados

Estando o problema claramente identificado, os responsáveis da mutualidade dispõem dos dados retirados dos documentos de gestão para tentar precisar-lhe as causas. É muitas vezes necessário comparar as informações dos diferentes centros de gestão, a fim de juntar todas as ligações de causas e efeitos. É também, muitas vezes, necessário ir procurar as informações, junto dos aderentes ou dos prestadores.

Exemplo

Os responsáveis de uma mutualidade constataam, a partir do “painel de bordo”, um brusco aumento das taxas de utilização para os pequenos internamentos num centro de saúde. Na base do registo das prestações constataam que este aumento é devido a uma maciça utilização deste serviço pelos beneficiários de uma única aldeia.

É feito um primeiro inquérito na aldeia, a fim de verificar não se tratar de fraudes nas identidades. Rapidamente, conclui-se que todos os internados são, efectivamente, beneficiários, o que exclui as fraudes nas identidades. Em contrapartida, os responsáveis da mutualidade constataam que todos os doentes se queixam do mesmo mal. O médico do centro de saúde é, então, consultado e confirma que todos os habitantes dessa aldeia apresentam os mesmos sintomas que resultam de intoxicações.

Um novo inquérito é conduzido, em colaboração com o médico na aldeia, a fim de encontrar a fonte dessa intoxicação. Descobre-se que os plantadores de algodão da aldeia tomaram o hábito de limpar os seus aparelhos de pulverização de insecticidas num rio, a montante do ponto onde é tirada a água para as necessidades domésticas.

Para resolver este problema, o CA da mutualidade e o médico decidem conduzir uma campanha de sensibilização junto dos plantadores e ajudá-los a encontrar outras soluções para a limpeza dos seus aparelhos.

3. A enumeração das soluções

Para cada problema existem, muitas vezes, várias soluções a considerar, que se procurará enumerar, qualquer que seja o seu nível de exequibilidade.

4. A verificação das soluções possíveis

As vantagens e inconvenientes de cada solução identificada são estudadas e comparadas tendo em conta, nomeadamente, as suas consequências financeiras, o seu impacto sobre os riscos ligados ao seguro, a sua concordância com os objectivos da mutualidade, etc.

5. A escolha da melhor solução

A melhor solução é muitas vezes a combinação de várias soluções possíveis. Consoante a importância da solução e as responsabilidades definidas pelos Estatutos e pelo Regulamento Interno, esta escolha incumbe à CE, ao CA ou, muito excepcionalmente, à AG, reunida em sessão extraordinária.

6. A aplicação da solução escolhida

A implementação da solução retida pode implicar novas tarefas e responsabilidades e / ou uma nova repartição destas, um ajustamento do orçamento, etc.

7. O teste da solução

A resolução de um problema ou a adaptação a uma nova situação não pára na implementação de uma solução. Com efeito, é preciso verificar que esta é pertinente e eficaz. Do mesmo modo que para a primeira etapa, a solução testada será objecto de um acompanhamento e de um controlo.



A análise da viabilidade financeira e económica de uma mutualidade de saúde

A viabilidade económica e financeira de uma mutualidade de saúde pode ser considerada como a sua capacidade para cobrir de forma duradoura os seus encargos com os seus produtos e para fazer face aos seus compromissos financeiros nos prazos requeridos.

A análise da viabilidade financeira e económica de uma mutualidade é uma operação indispensável, que deve ser realizada periodicamente. Permite determinar as medidas a tomar para reforçar a solidez da mutualidade e evitar que ela “abra falência”. É, igualmente, necessária para o desenvolvimento das relações da organização com terceiros, nomeadamente, com os bancos.

Em grande medida, a análise financeira assenta na utilização da conta de resultados e do balanço do exercício. Apoia-se, igualmente, nas situações financeiras dos anteriores exercícios e em outras fontes de informação, relativas às actividades, nomeadamente, as respeitantes às adesões e às prestações.

Este capítulo não incorpora as possibilidades da contabilidade analítica, que ainda é muito raramente utilizada nas mutualidades visadas por este guia.

Esta contabilidade é, contudo, uma ferramenta extremamente poderosa, cuja utilização é fortemente recomendada nas mutualidades que tenham capacidades para a empregar.

O método aqui proposto é o dos rácios que permite uma análise da gestão, da situação financeira e uma explicação financeira da mutualidade. A apresentação é sucinta, sendo esta análise objecto de um tratamento mais detalhado no *Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros de saúde*, produzido e publicado pelo programa STEP e o CIDR²¹.

Exemplo

Para ilustrar o cálculo dos diferentes rácios abaixo apresentados, utilizar-se-á o exemplo da Mutualidade Saphir, que conta 575 aderentes, todos também membros de uma mesma cooperativa. A mutualidade não exige direitos de adesão. Ela recebe no primeiro ano um subsídio de exploração por parte da cooperativa, destinado a sustentar o seu arranque.

A quotização eleva-se a 1000 UM no ano 1, será aumentado em 1200 UM no ano 2. Contudo, a política adoptada pela mutualidade é de manter a quotização a um nível inferior ao seu montante normal, pois os rendimentos dos seus aderentes são particularmente baixos.

Assim, ela organiza festas e outras actividades lucrativas, a fim de completar os seus recursos.

Os balanços e contas de resultados simplificados dos dois primeiros anos de funcionamento da mutualidade (ano 1 e ano 2) apresentam-se assim:

21 O conteúdo deste capítulo é, em grande parte, extraído deste guia.

Conta de resultados exercícios 1 e 2

ENCARGOS			PRODUTOS		
	Ano 1	Ano 2		Ano 1	Ano 2
Prestações doença	650 320	703 520	Subvenção de exploração	200 000	
Despesas de funcionamento	175 530	90 980	Actividades promocionais	150 000	230 000
			Quotizações	575 000	690 000
Total de encargos	825 850	794 500	Total de produtos	925 000	920 000
Resultado do exercício	99 150	125 500			
Total	925 000	920 000	Total	925 000	920 000

Balanço exercícios 1 e 2

ACTIVO			PASSIVO		
	Ano 1	Ano 2		Ano 1	Ano 2
Quotizações a receber	75 000	110 000	Reservas		99 150
Banco	52 680	164 660	Saldo a transferir	99 150	125 500
Caixa	24 470	18 490	Dívidas à CT (facturas a pagar)	53 000	68 500
Total	152 150	293 150	Total	152 150	293 150

3.1 A análise da situação financeira pelos rácios

Um rácio é uma relação entre dois dados por cifras. Para que ele possa interessar, deve haver uma relação entre as duas grandezas escolhidas, o numerador e o denominador. Um rácio não tem sentido em termos absolutos, deve ser comparado com qualquer coisa. São possíveis dois tipos de análise:

- a análise das tendências. Consiste em comparar os rácios com diferentes datas, para apreciar a evolução da situação financeira da mutualidade;
- a comparação dos rácios de uma mutualidade com os de outras mutualidades. Havendo falta de informação neste domínio, serão propostas aos avaliados “normas padrão”, que permitirão caracterizar a situação da mutualidade.

O método dos rácios no domínio financeiro permite uma análise sistemática da gestão e da situação da mutualidade, quer seja num preciso momento ou no decurso de sucessivos exercícios. Esta análise permite responder a três questões fundamentais:

- a mutualidade é solvente? Dito de outra forma, está à altura de fazer face aos seus compromissos? (solvabilidade da mutualidade);
- as quotizações permitem financiar a actividade? (financiamento da mutualidade);
- as quotizações são essencialmente utilizadas no pagamento das prestações? (“bom funcionamento financeiro” da mutualidade).

Os rácios completam a primeira informação relativa à viabilidade, que constitui o resultado do exercício e a sua evolução ao longo do tempo. A interpretação dos rácios é, contudo,

delicada. Geralmente é preciso utilizar não só um único rácio, mas um conjunto de rácios para caracterizar e interpretar uma situação financeira.

A solvabilidade

Uma mutualidade de saúde deve estar, constantemente à altura de fazer face aos seus compromissos financeiros, nomeadamente, face aos prestadores de cuidados.

Em caso contrário, a sua existência pode mesmo ser questionada, a menos que tome, rapidamente, medidas excepcionais.

Três rácios permitem medir a solvabilidade de uma mutualidade a curto, médio e longo prazo:

- ✓ o rácio de liquidez imediata;
- ✓ o rácio de capitais próprios;
- ✓ o rácio de cobertura dos encargos.

O rácio de liquidez imediata

O rácio de liquidez imediata avalia a solvabilidade da mutualidade a curto prazo comparando as disponibilidades, isto é, os depósitos em caixa e no banco, com as dívidas exigíveis a curto prazo.

$$\text{Rácio de liquidez imediata} = \frac{\text{Depósitos em caixa} + \text{Depósitos em banco}}{\text{Dívidas a curto prazo}}$$

Este rácio permite, assim, saber se a mutualidade pode pagar a tempo os seus fornecedores (principalmente os prestadores de cuidados, no caso do sistema de terceiro pagador). Quanto mais elevado for o rácio, mais importante é a liquidez. Um rácio superior a 1 é considerado satisfatório.

Exemplo

Para os seus dois primeiros exercícios, os rácios de liquidez da Mutualidade Saphir são:

- Ano 1: $(24\,470 + 52\,680) / 53\,000 = 1,5$;
- Ano 2: $(18\,490 + 164\,660) / 68\,500 = 2,7$.

O rácio de capitais próprios

O segundo rácio indica a capacidade da mutualidade em honrar as suas dívidas (a curto prazo e a longo prazo) sem recorrer ao empréstimo. Compara todas as dívidas contraídas pela mutualidade (as quais não são todas imediatamente exigíveis) com os seus capitais próprios. Para ser considerada como solvente, uma mutualidade deve ter um rácio de capitais próprios superior a 100%.

$$\text{Rácio de capitais próprios} = \frac{\text{Capitais próprios}}{\text{Dívidas}} \times 100$$

Exemplo

Os rácios de capitais próprios da Mutualidade Saphir nos anos 1 e 2 são os seguintes:

- Ano 1: $99\,150 / 53\,000 = 187\%$;
- Ano 2: $(99\,150 + 125\,500) / 68\,500 = 328\%$.

O rácio de cobertura dos encargos

Este rácio, igualmente chamado taxa de reserva, é um terceiro indicador da solvabilidade de uma mutualidade e, mais precisamente, da sua autonomia financeira. Compara as reservas da mutualidade com os seus encargos mensais em prestações de doença.

Este rácio pode ser expresso em percentagem:

$$\text{Rácio de cobertura dos encargos} = \frac{\text{Reservas} + \text{Saldo do resultado a transferir}}{\text{Encargos com prestações doença}} \times 100$$

ou em meses:

$$\text{Rácio de cobertura dos encargos} = \frac{\text{Reservas} + \text{Saldo do resultado a transferir}}{\text{Encargos com prestações doença}} \times 12$$

O valor da taxa de reserva a atingir é geralmente fixado entre 50 e 75%, isto é, entre seis e nove meses de despesas em prestações de doença. É aconselhado fixar-se uma taxa de nove meses em período de crescimento, que pode, depois, ser limitado a seis meses, quando a mutualidade atingiu o seu equilíbrio e um financiamento estável.

Exemplo

Os rácios de cobertura das despesas para os dois anos primeiros exercícios da Mutualidade Saphir, calculados a partir do balanço, são:

- Ano 1: $99\,150 / 650\,320 = 15\%$ ou 1,8 meses;
- Ano 2: $(99\,150 + 125\,500) / 703\,520 = 32\%$ ou 3,8 meses.

O financiamento da actividade da mutualidade

Em princípio, uma mutualidade deve cobrir os seus encargos com a ajuda das quotizações que ela cobra. É importante saber do que se trata na realidade. São utilizados dois rácios:

- ✓ o rácio quotizações adquiridas / encargos de exploração;
- ✓ o rácio quotizações adquiridas / encargos totais do exercício.

O ratio quotizações adquiridas / encargos de exploração
Este ratio compara as quotizações aos encargos de exploração (prestações doença e custos de financiamento) da mutualidade.

$$\text{Ratio quotizações adquiridas / encargos de exploração} = \frac{\text{Quotizações adquiridas}}{\text{Encargos de exploração}}$$

O ratio quotizações adquiridas / encargos totais do exercício
Este segundo ratio toma em consideração o conjunto dos encargos do exercício: encargos de exploração, encargos financeiros, encargos excepcionais.

$$\text{Ratio quotizações adquiridas / encargos totais} = \frac{\text{Quotizações}}{\text{Encargos totais do exercício}}$$

Exemplo

No caso simplificado da Mutualidade Saphir, os rácios quotizações adquiridas / encargos de exploração e quotizações adquiridas / encargos totais são idênticos. A mutualidade não conta, com efeito, senão com encargos de exploração. Para os dois anos, esses rácios elevam-se:

- Ano 1: $575\,000 / (650\,320 + 175\,530) = 0,7$;
- Ano 2: $690\,000 / (703\,520 + 90\,980) = 0,9$.

O valor dos rácios indica que as quotizações apenas cobrem uma parte dos encargos e, por conseguinte, os resultados positivos da mutualidade estão dependentes de outros produtos.

O “bom funcionamento financeiro” da mutualidade

O seguro de saúde é vantajoso para os aderentes, se uma parte importante das quotizações é utilizada no pagamento das prestações e os custos de funcionamento são baixos. É conveniente, desde o primeiro momento, avaliar se a mutualidade emprega de forma total os seus recursos (especialmente as quotizações recebidas) no pagamento das prestações. É o objectivo do terceiro elemento de apreciação da viabilidade financeira de uma mutualidade.

São utilizados dois rácios a fim de avaliar o “bom funcionamento financeiro” de uma mutualidade de saúde:

- ✓ o ratio de sinistralidade;
- ✓ o ratio dos custos de funcionamento bruto.

O ratio de sinistralidade

O ratio de sinistralidade avalia a parte das quotizações que foi utilizada no reembolso ou no pagamento das prestações de doença.

$$\text{Ratio de sinistralidade} = \frac{\text{Prestações doença}}{\text{Quotizações adquiridas}} \times 100$$

Este ratio deve ser na ordem de 75%. Não se trata de uma norma fixa, mas de um ponto de referência indicativo, que a experiência poderá confirmar.

Se este ratio é demasiado baixo, isso significa que uma parte importante das quotizações é consagrada a outra coisa que não a cobertura das despesas de saúde. Os aderentes podem, então, sentir-se no direito de questionar o porquê das suas quotizações. Um ratio demasiado elevado pode traduzir uma situação difícil para a mutualidade, cuja margem bruta é demasiado fraca para cobrir os seus outros encargos.

Exemplo

Os ratios de sinistralidade para os dois anos de funcionamento da Mutualidade Saphir elevam-se a:

- Ano 1: 650 320 / 575 000 = 113%;
- Ano 2: 703 520 / 690 000 = 102%.

O ratio dos custos de funcionamento bruto

O ratio dos custos de funcionamento bruto mede a parte dos recursos financeiros da mutualidade utilizada para o seu funcionamento.

$$\text{Ratio dos custos de funcionamento bruto} = \frac{\text{Encargos de funcionamento}}{\text{Total dos produtos}} \times 100$$

Geralmente admite-se que este ratio deve ser inferior ou igual a 15% .

Exemplo

Os ratios dos custos de funcionamento bruto da mutualidade calculados para os seus dois primeiros anos de funcionamento são:

- Ano 1: 175 530 / 925 000 = 19%;
- Ano 2: 90 980 / 920 000 = 10%.

Exemplo de análise da situação financeira da mutualidade pelos rácios

Com base nos balanços e nas contas de resultados da Mutualidade Saphir para estes dois primeiros anos de funcionamento, constata-se que esta realiza excedentes desde o seu arranque; tudo pareceria ir, portanto, pelo melhor. Contudo, a análise pelos rácios permite salientar duas importantes fraquezas:

- o rácio quotizações adquiridas/encargos totais do exercício e o rácio de sinistralidade devem chamar a atenção. Indicam, claramente, que as quotizações da mutualidade não são suficientes para cobrir os seus encargos. O equilíbrio financeiro da mutualidade assenta, em grande parte, nos seus outros produtos, sobretudo no ano 1. Consciente de que o subsídio não é um recurso durável, a mutualidade decidiu aumentar as suas quotizações no ano 2, que, assim, passam de 1000 para 2000 UM por aderente e por ano. Os valores dos rácios melhoraram, mas continuam ainda demasiado baixos, no caso do rácio quotizações adquiridas/encargos totais e, anormalmente elevados, para o de sinistralidade. Notar-se-à, de resto, que esta melhoria não resulta somente do aumento das quotizações, mas também da baixa dos custos de funcionamento que a mutualidade racionalizou no ano 2. O rácio dos custos de funcionamento bruto situa-se no ano 2 a um nível aceitável (10%).

Na base dos números do ano 2, a mutualidade pode considerar três estratégias para o ano 3:

- pode aumentar a sua quotização, cujo montante deveria elevar-se a 1600 UM por aderente e por ano, para que a mutualidade possa abster-se dos outros produtos. O risco é, contudo, de ultrapassar a capacidade contributiva dos aderentes e, portanto, fazer cair as adesões. Uma outra possibilidade é manter o nível das quotizações, mas reduzir as prestações;
- pode prosseguir na sua actual estratégia que é de propor uma quotização inferior ao seu montante normal e continuar a organizar actividades com fim lucrativo, tais como festas. Contudo, se por qualquer razão, a mutualidade não pode manter o mesmo nível de actividades, ficará, rapidamente, na impossibilidade de honrar os seus compromissos;
- uma terceira possibilidade é combinar, em parte, as duas estratégias precedentes. A mutualidade pode aumentar um pouco as suas quotizações (por exemplo 1400 UM) e continuar a realizar outras actividades lucrativas, o que lhe permitiria melhorar os seus rácios de “bom funcionamento financeiro” e de financiamento das suas actividades e de constituir, mais rapidamente, um nível de reservas satisfatório;
- o nível de reservas é baixo já que o rácio de cobertura das despesas não atinge senão 32% no fim do ano 2. Num contexto excepcional (epidemia, etc.), a mutualidade poderia ficar rapidamente em situação de crise financeira e ficaria dependente de um apoio exterior (por exemplo, da cooperativa), para fazer face aos seus compromissos.

3.2 A análise da viabilidade económica

A análise da viabilidade económica de uma mutualidade de saúde (como de qualquer outra organização) consiste em ter em conta custos adicionais chamados “custos dissimulados”, que correspondem a recursos colocados à disposição de uma mutualidade, sem que esta tenha de suportar os seus encargos financeiros. Os custos dissimulados não são incluídos na contabilidade, mas, contudo, condicionam o funcionamento e a viabilidade da mutualidade.

Existem três grandes categorias de custos dissimulados.

Os bens e os serviços

- ✓ Os bens compreendem os locais, os veículos, o material e outras doações em géneros, colocados à disposição da mutualidade, sem que esta tenha que os financiar.
- ✓ Os serviços são as prestações das quais a mutualidade beneficia gratuitamente, tais como, a preparação dos relatórios financeiros, o financiamento de sessões de formação, a comparticipação de custos diversos por uma estrutura exterior.

Os recursos sob a forma de trabalho

- ✓ A disponibilização de pessoal remunerado (animadores, gestores, etc.) por uma estrutura exterior.
- ✓ A utilização de pessoal em regime de voluntariado. O voluntariado é um dos princípios da mutualidade, mas é possível que determinadas funções, nomeadamente, de gestão ou de animação, não possam ser preenchidas de forma duradoura deste modo. O facto para uma mutualidade de dever contar com a boa vontade de aderentes ou outros indivíduos para assegurar tarefas importantes, pode implicar, a prazo, bloqueamentos se aqueles se retiram. A mutualidade deve, portanto, distinguir as funções de voluntariado (participação nos órgãos da mutualidade) e aquelas cuja remuneração deveria ser considerada.

As vantagens financeiras e os privilégios ligados ao estatuto

Uma mutualidade pode beneficiar de diversas vantagens financeiras temporárias (por exemplo uma redução de tarifas acordada com um hospital durante o primeiro ano de funcionamento), que representam encargos suplementares que a mutualidade deverá assumir mais tarde. É, pois, importante considerá-los, no imediato, como custos dissimulados, a fim de medir a capacidade da mutualidade em financiá-los no momento próprio. A mutualidade pode ter vantagens ligadas ao seu estatuto jurídico (isenção fiscal, por exemplo) que podem desaparecer se está prevista a aquisição de um novo estatuto.

Os custos dissimulados põem em evidência que o funcionamento da mutualidade é dependente de uma série de contributos e vantagens não contabilizados. Se estes contributos ou vantagens cessam, a viabilidade da mutualidade pode ser posta em causa. É, pois, importante calcular o resultado económico de uma mutualidade, o qual corresponde ao resultado de um dado exercício, tendo em conta os custos dissimulados, relativos a esse mesmo exercício. Este resultado económico permite uma primeira avaliação da capacidade da mutualidade em tomar a seu cargo o conjunto dos seus custos.

O cálculo do resultado económico desenvolve-se em três etapas.

1. Primeiro, é preciso identificar com precisão os custos dissimulados. Para isso, é necessário examinar sistematicamente o funcionamento da mutualidade e procurar cada custo dissimulado

recorrendo às três precedentes categorias (bens e serviços, trabalho, vantagens financeiras e estatutárias). A identificação dos contributos realizada por estruturas exteriores pode ser facilitada pela utilização de um quadro de funções que reparte todas as funções e as tarefas, no seio da mutualidade, pelos intervenientes internos e externos.

2. Estes custos dissimulados são depois valorizados. Nesta altura, a mutualidade deve preocupar-se, essencialmente, com os custos que não serão assumidos permanentemente pelo exterior.
3. O resultado económico da mutualidade pode ser depois calculado. Se a tomada em conta dos custos dissimulados, valorizados no cálculo do resultado, tende para um resultado económico negativo, isso significa que a mutualidade está dependente desses recursos exteriores e que a sua viabilidade, a médio prazo, não está assegurada.

Exemplo

A Mutualidade Saphir apresentada no precedente exemplo beneficia de duas ajudas exteriores.

- A cooperativa coloca à sua disposição um pequeno local que serve de escritório e cuja renda se elevaria a 15 000 UM por ano se a mutualidade a devesse pagar.
- Ela beneficia da ajuda de uma estrutura de apoio à cooperativa a quem confia uma parte da sua contabilidade e que estabelece as suas contas anuais. Se estes trabalhos contabilísticos devessem ser confiados a pessoal assalariado, isso representaria um encargo anual estimado em 94 000 UM.

Os resultados económicos dos dois primeiros anos são os seguintes:

	Ano 1	Ano 2
Resultado do exercício	99 150	125 500
Custos dissimulados	109 000	109 000
Resultado económico	- 9 850	16 500

A mutualidade não teria portanto podido assumir sozinha a totalidade dos seus encargos no ano 1, o que teria sido em contrapartida possível no ano 2, mas com a consequência de uma constituição de reservas particularmente baixa.

A análise da viabilidade económica através dos racios

É possível uma outra medida de viabilidade económica da mutualidade, utilizando o método dos racios.

Para esse efeito podem ser utilizados dois racios.

A taxa de financiamento próprio

Este racio avalia a relação entre os produtos próprios (antes do subsídio) de uma mutualidade e a totalidade dos encargos do exercício (encargos contabilizados + custos dissimulados).

$$\text{Taxa de financiamento próprio} = \frac{\text{Total dos produtos próprios}}{\text{Encargos contabilizados} + \text{Custos dissimulados}} \times 100$$

Para uma mutualidade que procura a autonomia financeira, esta taxa deve ser, pelo menos, igual a 100%. Quanto mais elevada for, mais a mutualidade estará em condições de financiar, ela mesma, a totalidade dos seus custos.

Exemplo

No quadro da mutualidade tomada como exemplo, os produtos próprios nos anos 1 e 2 elevam-se, respectivamente, a 725 000 UM (produtos antes do subsídio de 200 000 UM) e 920 000 UM. Os encargos totais elevam-se a 934 850 (825 850 + 109 000) no ano 1 e a 903 500 (794 500 + 109 000) no ano 2. As taxas de financiamento próprio desses dois anos são as seguintes :

- Ano 1: 725 000 / 934 850 = 78%;
- Ano 2: 920 000 / 903 500 = 102%.

O ratio quotizações adquiridas / (encargos + custos dissimulados)
Este segundo ratio avalia a relação entre as quotizações adquiridas e a totalidade dos encargos do exercício (aí compreendidos os custos dissimulados).

$$\text{Ratio quotizações adquiridas / encargos totais} = \frac{\text{Quotizações adquiridas}}{\text{Encargos contabilizados} + \text{Custos dissimulados}} \times 100$$

Quando o ratio é superior a 100%, a mutualidade está em condições de assumir, sozinha, a totalidade dos encargos de um exercício na base das quotizações dos seus aderentes.

Exemplo

As quotizações adquiridas da mutualidade nos anos 1 e 2 elevam-se a 575 000 UM e 690 000 UM. Os ratios quotizações adquiridas / encargos totais são iguais a :

- Ano 1: 575 000 / 934 850 = 62%;
- Ano 2: 690 000 / 903 500 = 76%.

As quotizações actuais não seriam suficientes para cobrir a totalidade dos encargos da mutualidade, o que não é uma surpresa, visto que aquelas são já inferiores aos encargos contabilizados.

4

A avaliação e os ajustamentos do funcionamento de uma mutualidade de saúde

O “painel de bordo” de uma mutualidade permite uma pilotagem a curto prazo que seria suficiente para uma gestão eficaz da mutualidade se a sua evolução apenas fosse uma sucessão de exercícios anuais, o que não é o caso. Este encadeamento de exercícios inscreve-se, com efeito, num processo a mais longo prazo, determinado pela evolução dos objectivos e do funcionamento da mutualidade

- A mutualidade não conhece uma evolução linear, mas antes uma sucessão de fases de desenvolvimento, das quais as principais são, muito esquematicamente:
 - ✓ o nascimento: é oficializado pela AG Constituinte, durante a qual a missão da mutualidade e os seus objectivos de partida são fixados;
 - ✓ a aprendizagem e o crescimento: os primeiros exercícios inscrevem-se numa fase de aprendizagem e de crescimento, no decurso da qual a mutualidade deve afinar as hipóteses retidas no estudo de viabilidade; aprender a dominar o seu funcionamento, adaptar-se aos imprevistos, dar-se a conhecer aos seus potenciais beneficiários e procurar atingir um equilíbrio financeiro. Trata-se de uma fase inicial, durante a qual, a mutualidade é particularmente frágil; as adesões flutuam, as reservas financeiras são baixas, as parcerias com os prestadores estão apenas no início, etc.;
 - ✓ a fase de equilíbrio: a mutualidade atingiu os seus objectivos de partida: a sua organização está rodada, o seu funcionamento estabilizou e a sua situação financeira é sólida. A partir desta posição, a mutualidade pode manter um determinado status quo, ou fixar-se em novos objectivos, aumentar os seus serviços, etc., e, assim, entrar numa fase nova de desenvolvimento.
- Os objectivos fixados pelos aderentes a longo (objectivos gerais) e a curto prazo (objectivos operacionais), traçam a via a seguir pela mutualidade. Para retomar a comparação com a pilotagem de uma viatura, os objectivos operacionais são as cidades por etapa e os objectivos gerais as cidades de destino final.

Para controlar o seu desenvolvimento, uma mutualidade de saúde deve poder, conforme a sua evolução, situar-se em relação às diferentes fases que atravessa, assim como, em relação aos seus objectivos. Por outro termos, deve avaliar a sua evolução e o seu avanço, relativamente à obtenção dos fins fixados.

A avaliação consiste em apreciar se os objectivos fixados são totalmente, parcialmente ou não atingidos. Dedicase a identificar as razões dos desvios entre o nível de obtenção dos objectivos e as previsões.²² Pelas informações e análises que ela fornece, a avaliação constitui um poderoso meio de aperfeiçoamento do funcionamento da mutualidade.

A avaliação é uma actividade periódica. Pode ser realizada no decurso ou no fim do exercício ou de forma mais espaçada, consoante os meios disponíveis para a realizar. A avaliação pode ter diversos objectivos. Por exemplo, pode ter como objectivo a viabilidade, a pertinência, a eficácia, a eficiência, ou o impacto da mutualidade ou reportar-se a um aspecto particular do seu funcionamento (promoção junto do público-alvo).

22 BIT/STEP, CIDR. 2001: Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros de saúde (Genève), volumes 1 e 2.

Os mecanismos e os suportes de avaliação não serão aqui desenvolvidos. São objecto de um guia específico²³ para o qual são os leitores convidados a recorrer.

Aqui, limitar-nos-emos a descrever as diferentes formas de avaliação e a ilustrar, com a ajuda de um exemplo, o seu papel respeitante aos ajustamentos do funcionamento de uma mutualidade.

As diferentes formas de avaliação

Existem numerosas maneiras de conceber a avaliação e esta pode ter múltiplas funções e revestir várias formas. Aqui, apenas nos contentaremos em distinguir três grandes formas de avaliação:

- ✓ a auto-avaliação;
- ✓ a avaliação interna;
- ✓ a avaliação externa.

A auto-avaliação

A auto-avaliação é uma avaliação conduzida pelos principais interessados, isto é, os aderentes. Assenta numa aproximação participativa, que permite aos aderentes medirem, eles mesmos, o nível de realização dos objectivos que eles se fixaram e controlar a boa execução das acções programadas.

A auto-avaliação constitui um momento importante de reflexão dos aderentes sobre:

- ✓ o seu empenhamento em relação aos princípios de base da mutualidade: solidariedade, democracia, responsabilidade, etc.;
- ✓ o passado e o futuro da mutualidade, o seu funcionamento, o seu financiamento, a sua irradiação e a sua capacidade de responder às necessidades.

Implicando todos os aderentes no processo de análise e de tomada de decisões, a auto-avaliação constitui um instrumento importante de animação e de informação.

Os principais inputs de uma auto-avaliação são:

- ✓ o relatório anual de actividades e, através deste, os documentos de acompanhamento, o orçamento, as contas anuais, os raios financeiros, etc., assim como, os diferentes suportes (quadros, cartazes, etc.) de comunicação que daí resultam;
- ✓ os quadros de funções teórico e real;
- ✓ os testemunhos dos aderentes.

A avaliação interna

Será aqui chamada avaliação interna uma componente da auto-avaliação que é, contudo, importante distinguir desta, pois não intervém no mesmo momento. Trata-se da avaliação anual, realizada pelos responsáveis e pelos Gestores da mutualidade, no final de um exercício, no momento da preparação do relatório anual de actividade. Esta avaliação assenta na síntese e análise das informa-

23 BIT/STEP, CIDR.2001:Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros de saúde (Genève), volumes 1 e 2.

ções de todos os domínios de gestão. Ela prepara a auto-avaliação conduzida por todos os aderentes.

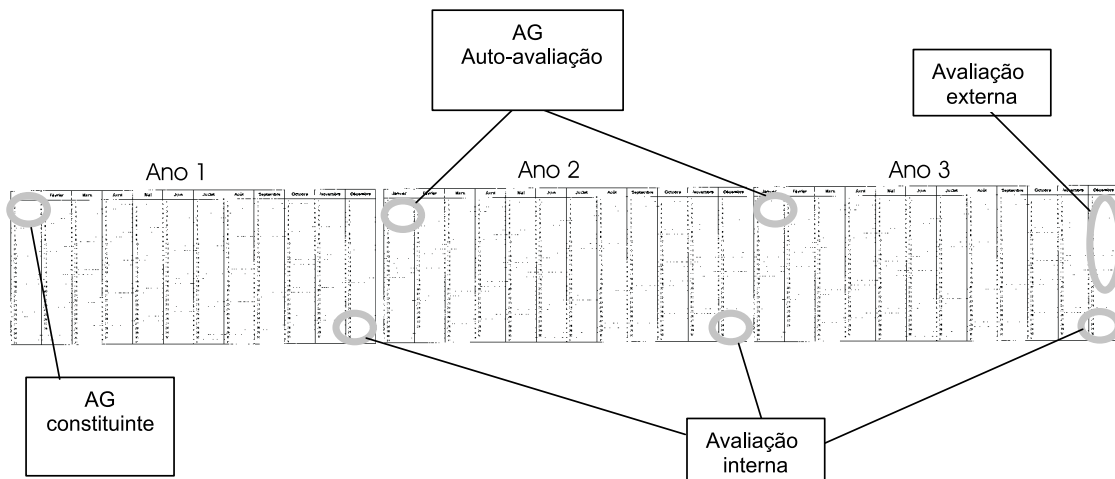
A avaliação externa

Esta terceira forma de avaliação assenta numa intervenção exterior (ONG, mutualidade, agência de cooperação, gabinete de estudos, etc.). A sua importância assenta na independência dos avaliadores e o seu “distanciamento”, relativamente às actividades da mutualidade. Esta avaliação permite, igualmente, pôr em prática competências e meios não necessariamente disponíveis no seio da mutualidade.

Estes três tipos da avaliação são complementares, mas não intervêm simultaneamente. A avaliação interna e a auto-avaliação são anuais, a primeira, precedendo e preparando a segunda. A auto-avaliação pode desenrolar-se no tempo de uma AG ou num período mais longo, conforme a sua amplitude. A avaliação externa é, geralmente, menos frequente. Intervém no decurso ou no final de um programa plurianual.

Exemplo

Aquando da AG Constituinte, uma mutualidade de saúde fixa como objectivos: atingir o equilíbrio financeiro e cobrir 75% do público-alvo ao fim de três anos. Ela aplica o seguinte programa de avaliação:



O acompanhamento e a avaliação constituem um dispositivo global, indispensável à pilotagem da mutualidade no quotidiano, assim como, a médio e longo prazo. Contudo, a boa condução das actividades não assenta apenas nos utensílios e nas técnicas. Depende, também, das competências, da experiência, da perícia, da capacidade de análise, de bom senso, até mesmo da intuição dos responsáveis e dos gestores da mutualidade.

O exemplo seguinte ilustra a condução de uma mutualidade, na base das actividades de acompanhamento e de avaliação.

Exemplo

Uma organização de aldeia decide criar uma mutualidade de saúde. A aldeia conta 6000 habitantes. Está dotada com um dispensário (consultas, cuidados ambulatoriais e partos) e está situada perto do hospital regional (internamentos e cirurgia). Com a ajuda de uma ONG local, a organização de aldeia realiza um estudo de viabilidade, de que resulta a elaboração, para o ano 1, de três cenários. Estes são propostos aos habitantes da aldeia na AG Constituinte. Todos os cenários têm em comum assentar numa adesão familiar e fixar uma quotização por beneficiário. Foram estabelecidos a partir das animações realizadas na aldeia e na base das necessidades expressas pelos habitantes. Os três cenários são os seguintes:

- 1.1 A mutualidade cobrirá as tarifas de consulta a 100% mais os medicamentos (genéricos) a 50% ao dispensário, com uma quotização de 800 UM / ano / pessoa.
- 1.2 A mutualidade cobrirá unicamente os medicamentos para as consultas no dispensário a 70%, com uma quotização de 700 UM / ano / pessoa.
- 1.3 A mutualidade cobrirá as tarifas de consultas mais os medicamentos a 90%, com uma quotização de 700 UM / ano / pessoa.

Nestes três cenários, o montante dos direitos de adesão é fixado em 100 UM por aderente (montante do reembolso fixo). As quotizações são anuais e devem ser pagas nos primeiros quinze dias de Janeiro.

Estes três cenários são apresentados na AG Constituinte. No final desses debates, o terceiro cenário (1.3) foi escolhido e será preparado para o primeiro ano.

Primeiro exercício

Na base do cenário escolhido, os objectivos fixados para o primeiro exercício da mutualidade são: atingir 500 aderentes, seja 3000 beneficiários (a dimensão média de uma família é de seis pessoas).

A ficha de síntese de acompanhamento-avaliação do ano 1 mostra que, globalmente, os resultados do exercício são bons no plano financeiro. Contudo, o rácio de sinistralidade é inferior à norma habitual de 75%. Isso resulta, principalmente, do montante de quotização que parece demasiado elevado. A mutualidade sofre de um problema de atractividade: quase metade das quotizações é utilizada em outra coisa diferente do pagamento de prestações de doença, podendo os aderentes questionar-se sobre o interesse de se quotizarem.

De facto, os resultados não são bons, no respeitante às adesões. Os objectivos fixados no início do exercício estão longe de ser atingidos, pois a mutualidade conta apenas 150 aderentes e 675 beneficiários.

A dimensão média das famílias mutualistas, que apenas se eleva a 4,5% pessoas, deixa pensar que os aderentes não quotizaram para o conjunto das pessoas a seu cargo. A taxa de utilização média das consultas observada em todo o ano é nitidamente superior à esperada e confirma uma provável selecção adversa (os chefes de família escolheram quotizar para as pessoas que apresentam um mais elevado risco de saúde).

A fim de completar a análise dos resultados deste primeiro exercício, os responsáveis da mutualidade organizaram reuniões com as famílias mutualistas e pessoas não mutualistas.

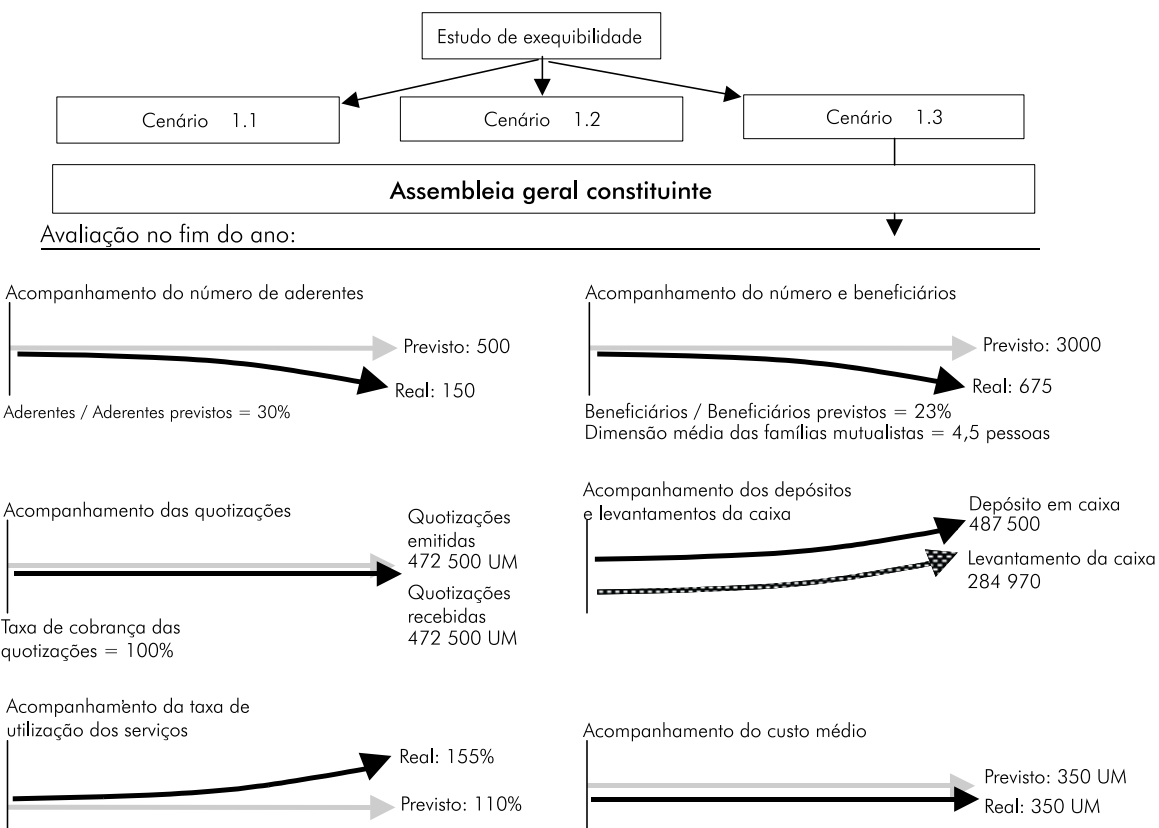
Os principais resultados destas reuniões são os seguintes:

- o conjunto das famílias considera que as quotizações são demasiado elevadas. Os que quotizaram situam-se no grupo das famílias mais ricas da aldeia. Muitas famílias teriam desejado aderir, mas não conseguiram a totalidade do dinheiro necessário para pagar as quotizações no início do exercício;

Ficha de síntese

Primeiro exercício

Escolha do cenário quando da AG constituinte:



Conta de resultados

Encargos		Produtos	
Prestações	256 331	Cotisações	472 500
Desp. gestão	50 000	Dir. adesão	15 000
Total encargos	306 331	Total produtos	487 500
Resultado (+)	181 169		
Total	487 500	Total	487 500

Balanço após afectação

Activo		Passivo	
Disponibilidades	202 530	Reservas	181 169
Créditos	0	Dívidas CT	21 361
Total	202 530	Total	202 530

Rácios financeiros:

Liquidez imediata	948%	Quotizações / Encargos totais	154%
Capitais próprios	848%	Sinistralidade	54%
Cobertura dos encargos	71%	Despesas de funcionamento brutas	16%
	(8,5 mês)		

- uma grande maioria das famílias encontradas deseja que a mutualidade cubra, também, despesas no hospital regional, assim como, os partos no dispensário;
- muitas famílias ainda não compreenderam bem o funcionamento do seguro. Outras desconfiam e esperam para ver se a mutualidade funciona bem, antes de, eventualmente, aderirem.

No final desta primeira avaliação interna, a CE e o CA preparam três novos cenários para o segundo exercício:

- 2.1 Continuar o impulso do primeiro exercício, conservando as mesmas prestações e as mesmas quotizações. A vantagem deste cenário é que a mutualidade está financeiramente sólida. O inconveniente é que a quotização é economicamente pouco acessível e a mutualidade é pouco atraente.
- 2.2 Conservar o mesmo montante de quotização, o mesmo nível de comparticipação das consultas e acrescentar uma comparticipação a 50% nas situações de internamento a 70% das despesas de parto. A vantagem deste cenário é responder às expectativas da maioria das famílias da aldeia. O inconveniente é que o montante da quotização fica fora do alcance das famílias mais pobres.
- 2.3 Conservar as prestações do primeiro exercício (comparticipação das consultas), mas diminuir o montante da quotização que passaria de 700 para 500 UM. A vantagem deste último cenário é que poderia melhorar a acessibilidade económica da mutualidade e torná-la mais atraente. O inconveniente é que não leva em conta o alargamento das prestações ao internamento e aos partos pedidos pelas famílias.

Segundo exercício

Os três cenários são apresentados em AG no início do ano 2 . Após longos debates, o segundo cenário (2.2) é, finalmente, escolhido, contudo, com uma importante modificação : será deixada às famílias a escolha de pagar a sua quotização, anualmente ou mensalmente, a fim de melhorar a acessibilidade financeira e económica da mutualidade.

Os objectivos em matéria de adesão continuam os mesmos do ano 1 : 500 aderentes e 3000 beneficiários. Uma grande campanha de sensibilização, de animação e de informação será lançada na aldeia, logo após a AG, a fim de explicar o interesse da mutualidade e o seu funcionamento.

A ficha de síntese de acompanhamento-avaliação do ano 2 mostra que o resultado anual continua excedentário, mas a taxa de reserva (ratio de cobertura dos encargos) diminuiu por causa do aumento das actividades da mutualidade. Ela apenas corresponde ao equivalente de cerca de quatro meses de funcionamento. O ratio de liquidez imediata caiu fortemente: a mutualidade vai encontrar dificuldades para pagar a sua dívida (facturas do mês de Dezembro do ano 2) no início do ano 3. De facto, constata-se, com os dados do acompanhamento orçamental, que a mutualidade teria podido conhecer uma situação de crise financeira no decurso do exercício.

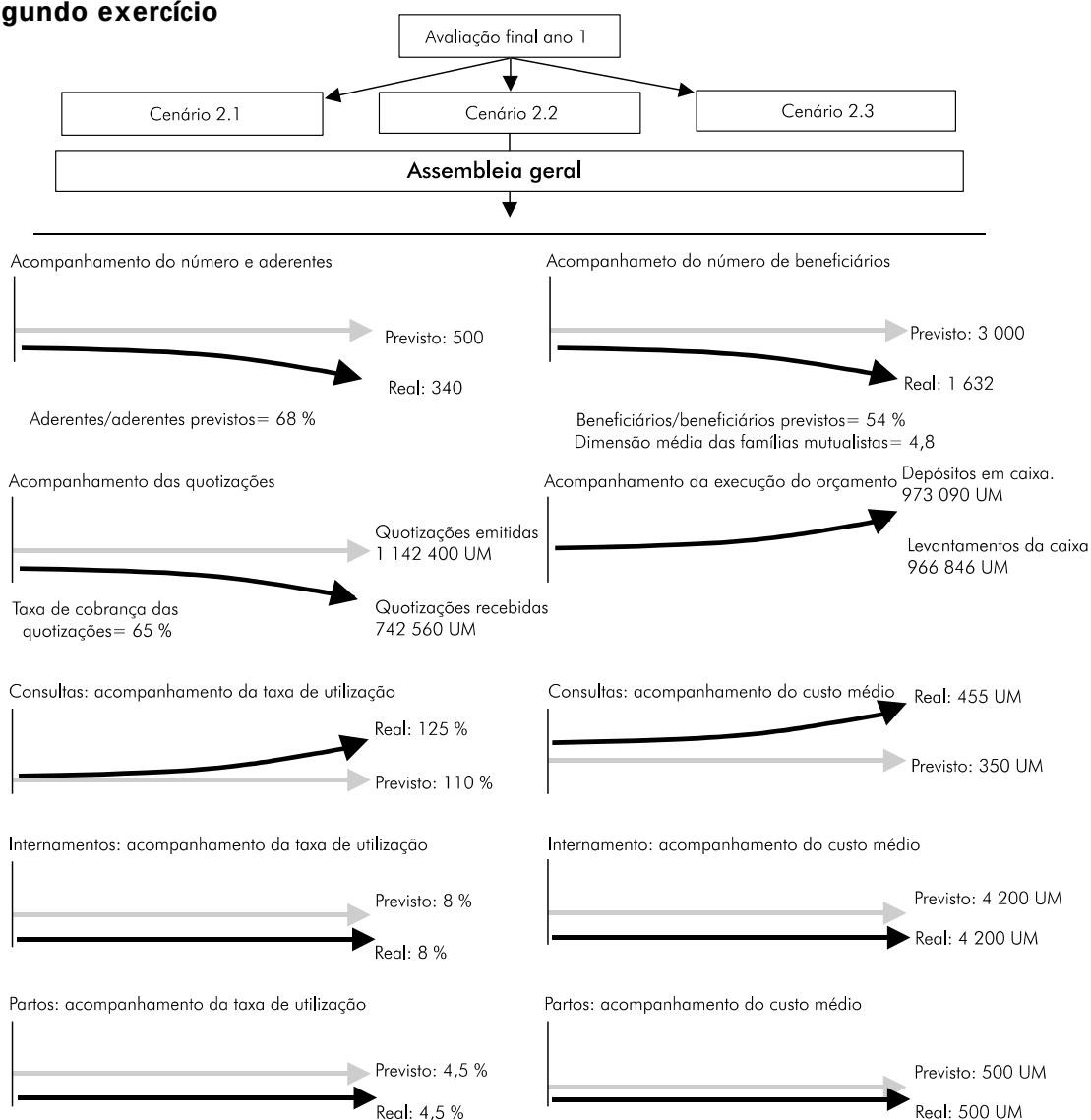
Esta situação resulta de dois factores :

- um aumento das despesas, devido a uma escalada do custo das consultas ao longo do ano. O "painel de bordo" permitiu aos responsáveis da mutualidade detectar essa derrapagem e intervir junto do enfermeiro, mas o custo médio observado no ano (455 UM) verifica-se nitidamente mais elevado que o previsto (350 UM);
- uma taxa de cobrança das quotizações muito baixa (65%). A quase totalidade das famílias escolheu quotizar mensalmente, mas muitos acumularam atrasos de pagamento.

O ratio de sinistralidade progrediu nitidamente. As adesões aumentaram; contudo, a mutualidade está ainda longe do seu objectivo de 3000 beneficiários. Assim mesmo, a taxa de fidelização (isto é, a percentagem de aderentes do ano 1 que renovaram a sua adesão no ano 2) eleva-se a 60%, o que é pouco elevado. Em contrapartida, a dimensão média das famílias mutualistas aumentou ligeiramente (4,8 pessoas por família).

Ficha de síntese

Segundo exercício



Conta de resultados

Encargos		Produtos	
Prestações	949 620	Quotizações	1 142 400
Desp. gestão	75 000	Dir. de Adesão	28 000
Total de encar.	1 024 620	Total produtos	1 170 400
Resultado (+)	145 780		
Total	1 170 400	Total	1 170 400

Balanço após afectação

Activo		Passivo	
Disponibilidades	6 244	Reservas	326 949
Créditos	399 840	Dívidas	79 135
Total	406 084	Total	406 084

Rácios financeiros:

Liquidez imediata	8%	Quotizações / Encargos totais	111%
Solvabilidade	413%	Sinistralidade	83%
Cobertura dos encargos	34%	Despesas de funcionamento brutas	7%
	(4,1 mês)		

Os responsáveis da mutualidade concluem desta avaliação interna que o alargamento das prestações e o facto de tornar as quotizações mensais permitiram aumentar as adesões, mas que o montante das quotizações continua a limitar a acessibilidade económica da mutualidade, apesar da possibilidade de pagar mensalmente. Para mais, a mutualidade deve resolver um problema importante de atraso no pagamento das quotizações.

Três novos cenários são preparados para serem apresentados na AG no início do terceiro ano.

3.1 A mutualidade conserva as mesmas prestações e o mesmo montante de quotização, mas prevê uma exclusão dos aderentes que acumulem mais do que um mês de atraso. A vantagem deste cenário é que deveria permitir melhorar a taxa de cobrança das quotizações. Ele corre, contudo, o risco de levar a numerosas exclusões no decurso do ano e de diminuir o número de aderentes.

3.2 A mutualidade conserva o mesmo nível de prestações, mas diminui as quotizações, que passariam de 700 para 600 UM / ano / pessoa. Este novo montante corresponde a um cálculo da quotização na base dos dados recolhidos durante os dois primeiros anos do funcionamento da mutualidade.

Assenta, contudo, numa margem beneficiária reduzida que necessitaria de vários anos para constituir um nível de reservas suficiente. A vantagem desta escolha é que a quotização baixou. Contudo, tendo a mutualidade saído financeiramente fragilizada do segundo exercício, qualquer eventual derrapagem no terceiro ano poderia agravar esta fragilidade.

Sendo pouco elevada a taxa de reserva, a mutualidade deve evitar correr demasiados riscos.

3.3 A mutualidade modifica os seus níveis de comparticipação das despesas de cuidados da seguinte forma: consultas 30%, internamentos 80% e partos 90%. O montante de quotização diminuiu e passa de 700 para 552 UM / ano / pessoa. A vantagem deste cenário é que ele baixa sensivelmente o montante da quotização, colocando a atenção nos grandes riscos. A diminuição do nível de comparticipação das despesas de consulta dá segurança à mutualidade, pois verifica-se serem estas prestações as mais difíceis de dominar. O inconveniente reside na diminuição do nível de comparticipação das despesas de consulta que constituía a origem da implementação da mutualidade. Um tal cenário é uma reorientação das prestações da mutualidade que poderia ser mal aceite pelos aderentes.

Terceiro exercício

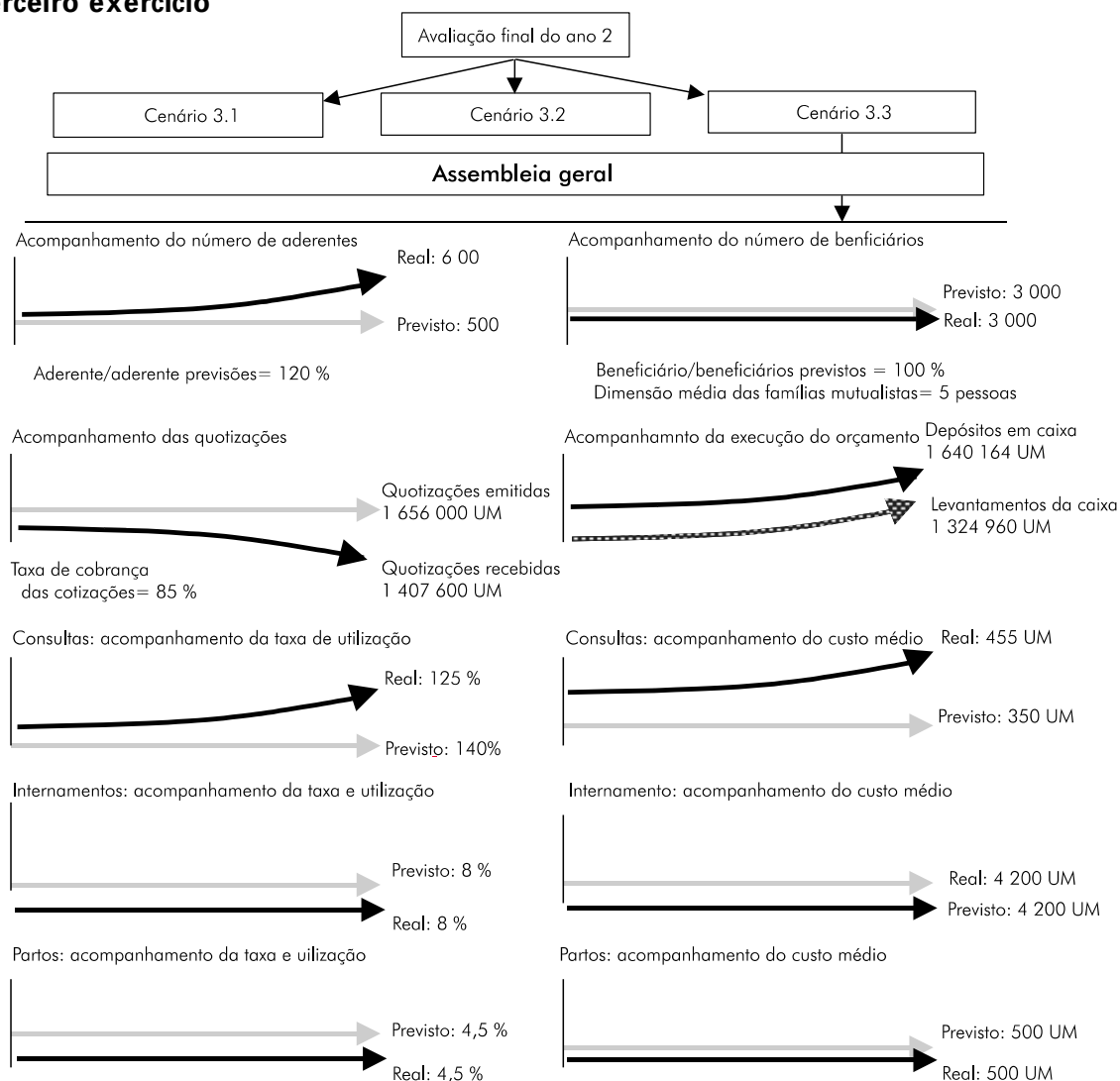
Estes três cenários são apresentados à AG, organizada no início do terceiro ano. Os responsáveis da mutualidade colocam uma particular acentuação, aquando da apresentação do seu relatório anual, sobre as dificuldades encontradas, as suas conclusões e a necessidade de reflectir sobre o problema das adesões e da cobrança das quotizações.

O terceiro cenário é escolhido pela AG. É decidido prosseguir o sistema de quotização mensal, mas limitar o nível de atraso de pagamento aceitável ao equivalente a dois meses de quotização. A fim de estar em condições de pagar rapidamente as facturas de Dezembro do hospital e do dispensário, a Assembleia solicita à CE que empreenda uma acção de cobrança das quotizações por pagar do ano 2. Qualquer aderente que não tenha, pelo menos, pago a metade do seu atraso ver-se-á excluído da mutualidade.

A ficha de síntese de acompanhamento-avaliação do ano 3 deixa pensar que o cenário adoptado para este terceiro exercício corresponde a um binómio prestações / quotizações equilibrado (o montante das quotizações parece, contudo, um pouco elevado).

Ficha de síntese

Terceiro exercício



Conta de resultados

Encargos		Produtos	
Prestações	1 260 900	Quotizações	1 656 000
Despesas func.	90 000	Dir. adesão	29 400
Total encargos	1 350 900	Total produtos	1 685 400
Resultado (+)	334 500		
Total	1 685 400	Total	1 685 400

Balanço após afectação

Activo		Passivo	
Disponibilidades	315 204	Reservas	658 449
Créditos	448 320	Dívidas	105 075
Total	763 524	Total	763 524

Rácios financeiros:

Liquidez imediata	300%	Quotizações / Encargos totais	123%
Capitais próprios	627%	Sinistralidade	76%
Cobertura dos encargos	49%	Despesas de funcionamento brutas	7%
	(5,8 mês)		

Todos os rácios indicam uma situação financeira satisfatória. O objectivo de 3000 beneficiários, o que representa 50% dos habitantes da aldeia, está, finalmente, atingido. A dimensão média das famílias mutualistas aumenta, mas fica inferior à média de seis pessoas por lar. Este aumento traduz uma atenuação da tendência para operar uma selecção entre os membros das famílias. A taxa de fidelização é elevada e a taxa de cobrança das quotizações melhorou.

As taxas de utilização dos diferentes serviços de saúde cobertos parecem estar estabilizadas depois do ano 2, compreendendo, aí, as consultas. Para estas últimas, parece, doravante, necessário modificar as previsões, tabelando uma taxa de utilização de 125% e não mais de 110%.

A mutualidade de saúde parece ter atingido o seu patamar de equilíbrio. As próximas recomendações da CE e do CA poderiam ser :

- conservar as mesmas prestações e montante de quotizações no ano 4. Esta opção permitiria constituir reservas financeiras consequentes na previsão da adopção de objectivos mais ambiciosos para os anos seguintes (melhor comparticipação dos serviços por exemplo);
- diminuir, muito ligeiramente, as quotizações ou alargar um pouco as prestações.

Qualquer que seja o cenário adoptado no ano 4, a mutualidade deverá prosseguir as suas acções de sensibilização, de animação e de informação da população da aldeia e tentar aumentar o número dos seus beneficiários.

Bibliografia

- ATIM, Chris. 2000: *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre* (Washington, BIT/STEP, BIT/ACOPAM, PHR/USAID, ANMC, WSM).
- BIT. 2002: *Sécurité sociale: un nouveau consensus* (Genève).
- BIT/ACOPAM, ANMC, WSM. 1997: *Mutuelles de santé en Afrique, Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*.
- BIT/STEP, ANMC, WSM. 2000: *Mutuelles de santé en Afrique: Caractéristiques et mise en place, Manuel de formateurs* (Genève).
- BIT/STEP, BIT/ACOPAM, PHR/USAID, GTZ, ANMC, WSM. 1998: *Plate-forme d'Abidjan: Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique* (Genève).
- BIT/STEP, BIT/SEED. 2001: *Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Guide* (Genève).
- BIT/STEP, CIDR. 2000: *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé* (Genève), tomes 1 et 2.
- COUILBAULT, F., ELIASHBERG, C., LATRASSE, M. 1999: *Les grands principes de l'assurance* (L'Argus Editions), 2^e édition.
- DESOUCHES, M. J., HUON de PENANSTER, S. 2000: *Comptabilité et gestion des associations* (Paris, Encyclopédie DELMAS), 8^e édition.
- FNMF (Fédération nationale des Mutuelles françaises). 1997: *La constitution des mutuelles, Guide de l'administrateur* (Paris).
- INSTITUT NORD-SUD. 1979: *La gestion des petites et moyennes organisations africaines, Manuel du formateur et du conseiller en gestion*, Gestion Nord-Sud (Montréal).
- KADDAR, Miloud et coll. 1997: «Prépaiement des soins de santé», *L'enfant en milieu tropical* (Paris, CIDEF), n.° 228.
- LASSEGUE, Pierre. 1996: *Gestion de l'entreprise et comptabilité* (Paris, Editions Dalloz), 11^e édition.
- LOUIS, R. 1976: «Organisation et fonctionnement administratif des coopératives», *Manuel de formation coopérative, fascicule 2* (Genève, BIT).
- Projet DMC/PNUD/FED. 1995: *Guide pratique du commissariat aux comptes des unions de GVC*, module n.° 1 Le travail de contrôle régulier, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- , module n.° 2 Le travail d'analyse périodique, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- , module n.° 3 Le travail de vérification annuelle, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- : *Manuel de gestion des unions de GVC, La gestion budgétaire, manuel n.° 1 Elaboration du budget*, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- , manuel n.° 2 Contrôle budgétaire, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.

- , manuel n.º 3 Le plan de trésorerie, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
 - , Régions forestières, L'organisation du travail comptable du GVC de base, Module de formation n.º 4 Schémas comptables et opérations détaillées, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- SIMONET, Guy. 1998: *La comptabilité des entreprises d'assurance*, Les fondamentaux de l'assurance, Comptabilité-gestion (L'Argus Editions), 5e édition

Glossário

Assembleia geral

A Assembleia Geral reagrupa o conjunto dos aderentes ou dos accionistas. Nas organizações da economia social (mutualidades, cooperativas, associações), a Assembleia Geral é o mais importante órgão de decisão. Determina os objectivos e a política geral da organização.

Associação

Agrupamento de pessoas que se reúnem livremente, com vista a atingir um objectivo determinado ou defender direitos comuns. Exemplo: associação de produtores, de consumidores, de defesa dos direitos do homem, desportiva, cultural, etc. Ao contrário das sociedades comerciais, as associações conduzem as suas actividades com fins não lucrativos.

Beneficiário (de uma mutualidade)

Qualquer pessoa que, a título de aderente ou de pessoa a cargo, beneficia dos serviços da mutualidade.

Carteira de riscos

Conjunto dos contratos escritos ou não escritos em processo de legitimidade. Cada contrato cobre uma ou várias pessoas, relativamente a um determinado número de riscos correspondentes às prestações.

Controlo social

Designa o controlo interno, induzido pela existência de relações sociais entre os aderentes (conhecidos, fazem parte do mesmo grupo étnico, etc.). O controlo social não constitui um mecanismo formal de controlo.

Convénio (entre uma mutualidade e um prestador de cuidados de saúde)

Acordo estabelecido entre o prestador de cuidados e a mutualidade, que inclui a definição dos serviços abrangidos, das tarifas a aplicar, do montante e da modalidade de reembolso. Os convénios devem garantir ao aderente a possibilidade de dispor de cuidados de qualidade, com uma tarifa razoável e previamente conhecida.

Cooperativa

Associação de pessoas que voluntariamente se agruparam para atingir um objectivo comum, através da constituição de uma empresa dirigida democraticamente, fornecendo uma quota-parte equitativa do capital necessário e aceitando uma justa participação nos riscos e nos rendimentos dessa empresa, no funcionamento da qual os aderentes participam activamente (Extracto da Recomendação 127 sobre as cooperativas da Organização Internacional do Trabalho).

Cuidados básicos de saúde

Cuidados correntes dispensados aos pacientes nas juntas médicas, primeiro ponto de contacto da população com o sistema de saúde. Incluem os cuidados preventivos e promocionais, os cuidados de tratamento simples e a recuperação nutricional.

Cuidados de ambulatório

Cuidados efectuados num estabelecimento médico, mas sem hospitalização ou internamento do paciente.

Cuidados de saúde primários

Estratégia de desenvolvimento sanitário, baseada na melhoria da qualidade dos serviços de saúde do primeiro escalão, na sua extensão (desde o aspecto curativo até às intervenções de prevenção e de promoção) e no encorajamento da participação da população na gestão dos serviços e no suporte dos seus custos.

Cuidados domiciliários

Cuidados dispensados no domicílio do paciente. Em determinados países, os médicos ou os enfermeiros também efectuem visitas ao domicílio, cujas tarifas são mais elevadas, para fazer face aos custos de deslocação do prestador.

Cuidados especializados

Consultas de médicos especialistas (ginecologista, pediatra, cirurgião, etc.), bem como actos médicos técnicos (radiologia, biologia clínica, etc.).

Cuidados hospitalares

Cuidados dispensados durante o internamento do doente, ou seja, durante uma estadia em hospital que inclua pelo menos uma noite.

Custos dissimulados

Correspondem a recursos disponíveis e utilizados pela mutualidade, que não são contabilizados na conta de resultados.

Direito de adesão

Quantia em dinheiro paga a uma mutualidade pelo novo aderente no momento da sua inscrição: cobre as despesas administrativas e não é recuperável em caso de demissão. O direito de adesão é, igualmente, designado por direito de entrada, de inscrição ou de admissão.

Escalão das infra-estruturas sanitárias

Conjunto das infra-estruturas de saúde cujas funções são idênticas. Os dispensários, os centros de saúde ou os consultórios médicos constituem o primeiro escalão; os hospitais de zona, o segundo escalão; os hospitais regionais ou os hospitais universitários, o terceiro. Geralmente, é necessário um sistema de referência para passar de um escalão a outro (salvo em caso de urgência), o que quer dizer, por exemplo, que para aceder a um hospital é necessário ter ali “referência”, através de um dispensário.

Especialidade

Medicamento protegido por uma patente e vendido com um nome de marca escolhido pelo fabricante.

Excedente

Designa a diferença entre os produtos e os encargos do exercício, quando os produtos são superiores aos encargos. Dependendo das legislações e do estatuto jurídico da organização, podem ser utilizados outros termos, como, benefício ou ganho.

Exercício (contabilístico)

Período sobre o qual são estabelecidos os relatórios financeiros. A escolha do exercício está, geralmente, sujeita a uma regulamentação. Corresponde, com frequência, ao ano civil.

Formação médica ou formação sanitária

Qualquer estrutura ou instituição que intervém no domínio da saúde, enquanto prestador de cuidados, junto da população (centro de saúde, dispensário, consultório médico, hospital, etc.).

Franquia

Quando uma mutualidade apenas cobra os montantes superiores a uma quantia previamente estabelecida, esta quantia é designada por franquia. A franquia é normalmente estabelecida em função do tipo de serviços abrangidos.

Fundo de garantia

Designa um fundo ao qual a mutualidade pode recorrer em caso de dificuldades financeiras. Geralmente, o fundo de garantia intervém sob a forma de empréstimo à mutualidade que o solicita. Os casos que permitem recorrer ao fundo de garantia são, muitas vezes, definidos de forma precisa. A intervenção do fundo de garantia pode ser condicionada por modificações no funcionamento da mutualidade.

Fundo de reserva

Capitais próprios constituídos pela mutualidade para suportar despesas futuras, em particular, no caso de situações imprevistas. O seu montante é habitualmente objecto de disposições regulamentares.

Garantias

Conjunto de vantagens concedidas por um segurador a um segurado, como contrapartida do pagamento de contribuições ou de um prémio de seguro.

Medicamentos essenciais

Os medicamentos essenciais são os seleccionados pela OMS, atendendo à importância dos mesmos na prevenção ou tratamento das doenças mais frequentes num país. A utilização desta selecção permite melhorar a terapia, garantir um bom uso dos medicamentos e contribuir para a redução das despesas de saúde.

Medicamento genérico

Medicamento designado pelo nome do seu princípio activo mais importante e não pela sua denominação comercial. Na generalidade, a Denominação Comum Internacional (DCI), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), corresponde ao nome genérico.

Médico-conselheiro

Médico que trabalha para uma mutualidade, dando conselhos, não só à mutualidade, como também, aos prestadores de cuidados e aos pacientes. Aconselha a mutualidade no estabelecimento de convenções com os prestadores de cuidados. Controla a pertinência dos cuidados fornecidos, a conformidade e o respeito pelas regras de reembolso. Pode, também, intervir nas actividades de educação na saúde.

Movimento social

Qualquer grupo social organizado (associação de pessoas, sindicato, agrupamento, mutualidade, cooperativa...) que desenvolve acções a favor do bem-estar dos seus aderentes e da sociedade em geral.

Mutualização do risco

Princípio segundo o qual os riscos individuais são agrupados para serem redistribuídos pelos aderentes. Trata-se de uma partilha do risco sobre a qual assentam os mecanismos de seguro.

Oferta de cuidados de saúde

Designa o conjunto de serviços de saúde disponíveis para uma determinada população.

Paciente/doente

Pessoa sujeita a um exame médico, que siga um tratamento, ou sujeita a uma intervenção cirúrgica.

Pagamento (prestações)

Designa o montante pago como prestação aos aderentes, previamente estabelecido, independentemente do montante real das despesas médicas.

Pagamento por terceiros

Sistema de pagamento das despesas de saúde, no qual o aderente só paga ao prestador a parte do custo dos cuidados que está a seu cargo (taxa moderadora). A mutualidade paga o complemento deste custo directamente ao prestador.

Perda

Designa a diferença entre os produtos e os encargos do exercício, quando os encargos são superiores aos produtos. Conforme as legislações e o estatuto jurídico da organização, podem ser utilizados outros termos, como “défice”.

Período de observação

Também designado período probatório, período de espera ou estágio de espera (ou apenas “estágio”), corresponde ao tempo durante o qual um novo aderente paga as suas contribuições sem ter direito aos serviços da mutualidade. Este período é necessário para evitar que determinadas pessoas se inscrevam exclusivamente no momento exacto em que necessitam, desistindo depois do seguro (no caso, por exemplo, de adesão por previsão de parto).

Personalidade jurídica

A personalidade jurídica pode ser concedida às pessoas físicas ou morais. A pessoa física é todo o ser humano, enquanto que a pessoa moral é um agrupamento de indivíduos ao qual a lei reconhece uma personalidade jurídica distinta da dos seus aderentes. Como uma pessoa física, uma pessoa moral tem direitos e obrigações. A personalidade jurídica pode ser adquirida através de diferentes formas de registo: associação sem fins lucrativos (ASFL), cooperativa, mutualidade, sociedade anónima, sociedade de responsabilidade limitada (SARL), etc.

Pessoa a cargo

Pessoa que, sem ser aderente da mutualidade, beneficia dos seus serviços, em função da sua relação de parentesco com um aderente (por exemplo: um cônjuge, um filho, um ascendente, etc.).

Prestadores de cuidados

Termo geral que designa todas as pessoas, ou formação médica, que dispensam cuidados de saúde a um paciente.

“Plafond” (limite máximo) de indemnização

A mutualidade pode limitar a indemnização a um montante máximo. A parte dos custos superior a este montante é o encargo do aderente. Este “plafond” permite limitar as despesas da mutualidade, protegendo-a de casos “catastróficos” que, devido ao seu custo muito elevado, poderiam desencadear uma falha no sistema.

Previdência

Atitude que consiste em tomar um certo número de medidas, organizando-se para poder fazer face à ocorrência eventual de um risco. Por exemplo, armazenar géneros alimentares em previsão de seca ou escassez, poupar, tendo em vista um casamento, etc.

Protecção social

Termo genérico que abrange o conjunto das garantias contra a redução ou a perda de rendimentos em caso de doença, velhice, desemprego (ou outros riscos sociais), incluindo a solidariedade familiar ou étnica, a poupança individual ou colectiva, o seguro privado, os seguros sociais, a mutualidade, a segurança social, etc. (Extraído do “thesaurus” do “Bureau” Internacional do Trabalho, Genebra, 1991).

Quotização

Determinada quantia em dinheiro periodicamente depositada na mutualidade pelo aderente para poder beneficiar dos seus serviços. A quotização designa, mais frequentemente, a contribuição do aderente quando esta é proporcional ao trabalho; em caso contrário (montante fixo), é frequente a utilização do termo “prémio”.

Reembolso fixo

É o montante pago como prestação aos aderentes, previamente estabelecido, e independentemente do montante real das despesas médicas.

Referência obrigatória

Designa a obrigação de consultar um médico de um determinado escalão, antes de poder ser recebido por uma formação médica de um escalão superior. O médico dá referências sobre o paciente ao escalão superior.

Regulamento Interno

Documento que estabelece as regras e as modalidades práticas de funcionamento de uma associação, que todos os aderentes devem comprometer-se a respeitar. O Regulamento Interno complementa e torna mais explícitos os Estatutos.

Resseguro

O resseguro é um mecanismo, segundo o qual um sistema de seguro subscrive um seguro, junto de outra empresa seguradora. Trata-se, assim, do seguro do segurador. Um seguro de segundo grau para uma mutualidade que o associa a um ressegurador. Este mecanismo permite uma diversificação dos riscos e a sua repartição numa base mais alargada.

Risco

Probabilidade de que um acontecimento (bom ou mau) tenha lugar. Por extensão, acontecimento indesejável contra o aparecimento do qual um indivíduo se segura. Os principais riscos sociais são: a doença, a invalidez, a velhice, o desemprego, o falecimento, etc. (ver segurança social). Os riscos sociais positivos são o casamento, o nascimento, etc.

Risco de sobreconsumo

Está relacionado com o fenómeno segundo o qual os beneficiários de um seguro têm tendência a utilizar de forma abusiva, ou para além do considerado normal, os serviços propostos, de forma a “rentabilizar” ao máximo as contribuições pagas.

Risco de sobreprescrição

Os prestadores de cuidados podem provocar um aumento das prestações ao prescreverem cuidados inúteis sem oposição por parte do paciente, desde que este saiba que é segurado.

Riscos de saúde

Em matéria de riscos de saúde, é feita diferenciação entre grandes riscos e pequenos riscos. Os grandes riscos são aqueles que implicam despesas consideráveis, como é o caso do internamento, dos partos, de uma operação cirúrgica, etc. Os pequenos riscos implicam despesas menos elevadas, como as consultas, junto de um médico de clínica geral ou a compra de medicamentos.

Saúde

Segundo a definição da OMS: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de uma doença ou enfermidade”.

Segurança social

Protecção que a sociedade fornece aos seus beneficiários, graças a uma série de medidas públicas contra a penúria económica e social em que poderiam vir a encontrar-se por desaparecimento ou redução sensível do seu ganho, a doença, a maternidade, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, o desemprego, a invalidez, a velhice ou o falecimento; a estes factores junta-se, igualmente, o fornecimento de cuidados médicos e a concessão de subsídios às famílias com filhos. (De acordo com a Convenção nº 102 da Organização Internacional do Trabalho, relativa à segurança social [norma mínima]).

Seguro

Sistema de cobertura de riscos ou de acontecimentos imprevistos, através da repartição prévia, entre várias pessoas, dos custos que resultam do aparecimento desses riscos.

Em linguagem corrente, o seguro designa:

- o contrato que garante prestações definidas, em caso de aparecimento de um determinado risco, contra o pagamento de um prémio ou de contribuições por “cliente”;
- a empresa ou organização (comercial ou não, pública ou privada) que gere os contratos de seguro.

Seguro comercial

Sistema de cobertura de riscos traduzido por um contrato entre um segurador (ou companhia de seguros) e um segurado (indivíduo ou grupo). Como contrapartida de um pagamento de prémios / quotizações, o segurador garante ao segurado o pagamento de uma indemnização convencionada em caso de um determinado risco (incêndio, inundação, voo, acidente, doença, perda de culturas, etc.). Os seguros comerciais têm fins lucrativos.

Seguro de grupo

Contrato de seguro assinado entre uma companhia de seguros comercial e um grupo de beneficiários (frequentemente para todo o pessoal de uma empresa). Trata-se de uma cobertura complementar aos sistemas de segurança social, quer seja no domínio dos cuidados de saúde (exemplo: seguro de hospitalização) ou no âmbito das pensões de reforma (rendimento garantido do assalariado após o fim de carreira).

Seguro de saúde complementar

Sistema facultativo de suporte das despesas não abrangidas pelo regime de segurança social, organizado por uma iniciativa privada, mais frequentemente por uma mutualidade ou uma companhia de seguros.

Seguro de saúde obrigatório (seguro de doença obrigatório)

Sistema legal e obrigatório de suporte, pela colectividade, das despesas de saúde de um indivíduo, no âmbito de um regime de segurança social generalizado e organizado pelo Estado.

Seguro social

Expressão geralmente utilizada para designar os sistemas de seguro obrigatório existentes em certos países desenvolvidos (por exemplo, na Europa) e baseados na solidariedade nacional. O governo de Bismarck, na Alemanha, foi o primeiro a instituir um sistema de segurança social neste sentido e, desde então, inspirou vários sistemas similares na Europa.

Por conseguinte, num sentido mais lato, a segurança social pode, também, ser entendida, como todo o sistema de segurança com fim não lucrativo baseado na solidariedade social, quer seja voluntário ou obrigatório; as mutualidades constituem um bom exemplo.

Seleção adversa

Trata-se de selecção adversa ou anti-selecção quando as pessoas que, correndo um risco mais elevado do que a média, se inscrevem num sistema de seguro em proporção superior à da população em geral. Esta situação, acarretando um nível de despesas demasiado elevado por aderente, pode comprometer a viabilidade financeira do sistema.

Sinistralidade (de uma mutualidade)

Designa a relação entre as prestações de que beneficiam os aderentes e as contribuições que eles pagam à mutualidade.

Taxa moderadora

Representa a parte do custo do serviço abrangido, deduzido o montante reembolsado ao aderente. É expresso em percentagem. É designado como taxa moderadora, porque permite moderar o consumo de cuidados de saúde.

