

“Bureau” Internacional do Trabalho Genebra

Centro Internacional
de Desenvolvimento e
de Pesquisa

Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de micro-seguros de saúde

Volume 2: Indicações práticas



Departamento de Cooperação
Ministério do Trabalho e da Solidariedade de Portugal

**Guia de acompanhamento
e avaliação
dos sistemas
de micro-seguros
de saúde**

Volume 2:
Indicações práticas

O programa “Estratégias e Técnicas contra a Exclusão social e a Pobreza” (STEP) da Organização Internacional do Trabalho, é um instrumento para aumentar a cobertura e a eficácia da protecção social no mundo.

Em concordância com as conclusões da Cimeira Mundial para o desenvolvimento social, em Copenhaga, o programa STEP promove a concepção e a difusão de sistemas inovadores destinados à protecção social das populações excluídas. Baseados nos princípios de equidade, eficiência e solidariedade, estes sistemas contribuem para a justiça e a coesão social.

Nas suas intervenções, o STEP combina diferentes tipos de actividades: desenvolvimento dos conhecimentos, produção de ferramentas metodológicas e de obras de referência, acções concretas no terreno, apoio técnico na definição e aplicação das políticas.

Programme STEP
Secteur de la Protection sociale
Bureau international du Travail
4, route des Morillons CH - 1211 Genève 22, Suisse
Tél.: (41 22) 799 65 44
Fax: (41 22) 799 66 44
e-mail: step@ilo.org
INTERNET: www.ilo.org/step/publs

O “Centro Internacional de Desenvolvimento e Pesquisa), (Centre International de Développement et de Recherche” (CIDR), criado em 1961, tem como objectivo a criação de sistemas económicos e sociais com vista à satisfação das necessidades fundamentais do Homem. Procura promover um desenvolvimento solidário, duradouro e eficaz ao nível das famílias, das aldeias e das regiões.

O CIDR tem intervenção em quatro domínios:

- a empresa e o desenvolvimento económico local;
- os sistemas financeiros descentralizados;
- o desenvolvimento local e o apoio à descentralização;
- os sistemas de saúde e a previdência social.

Para responder aos pedidos das populações ou dos intervenientes no desenvolvimento, aplica pesquisas/acções sobre temáticas inovadoras, elabora ferramentas de acompanhamento/avaliação, organiza intercâmbios de esclarecimento e a difusão dos resultados obtidos (publicações, organização de estágios e de dispositivos de formação).

Centre international de Développement et de Recherche

B.P. 1 - 60350 Autrêches, France
Tel.: (33 3) 44 42 71 40
Fax: (33 3) 44 42 94 52
E-mail: cidr@compuserve.com

“Bureau” Internacional do Trabalho
Centro Internacional de Desenvolvimento e Pesquisa

com o apoio
da Direcção para o Desenvolvimento e Cooperação, Suíça

**Guia de acompanhamento
e avaliação
dos sistemas
de micro-seguros
de saúde**

Volume 2:
Indicações práticas

Departamento de Cooperação
Ministério do Trabalho e da Solidariedade de Portugal

A edição original desta obra foi publicada pelo “Bureau” Internacional do Trabalho (Genebra) com o título:

“Guide de suivi et d’évaluation des systèmes de micro-assurance santé – Tome 2 : Indications pratiques”

Traduzida e reproduzida de acordo com autorização.

Copyright © Organização Internacional do Trabalho 2001

Edição Portuguesa Copyright © 2001 Ministério do Trabalho e da Solidariedade de Portugal

Primeira edição portuguesa: 2001

ISBN: 972-98623-7-0

Tradução: Carla Sofia Feliciano / Adriana Duarte de Sá

Revisão: Departamento de Cooperação do Ministério do Trabalho e da Solidariedade de Portugal

As designações utilizadas nas publicações do BIT, que estão em conformidade com a prática das Nações Unidas, e a apresentação dos dados aí descritos não implicam da parte do “Bureau” Internacional do Trabalho 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 comprometem unicamente os seus autores, não significando, a publicação dos mesmos, que o “Bureau” Internacional do Trabalho subscreva as opiniões aí expressas.

A menção ou omissão de determinada empresa ou de determinado produto ou processo comercial não implica da parte do BIT qualquer tipo de apreciação favorável ou desfavorável.

Edição/Distribuição:

**Departamento de Cooperação do
Ministério do Trabalho e da Solidariedade**

Rua Castilho, 24 – 7º Esq. 1250-069 Lisboa

ISBN: 972-98623-7-0

Tiragem: 650 exemplares

Dep. Legal:

Impressão: Silvas – Coop. de Trabalhadores Gráficos, crl

Agradecimentos

Este guia foi produzido em conjunto pelo programa “Estratégias e Técnicas contra a Exclusão social e a Pobreza” (STEP) do Sector da Protecção social do “Bureau” Internacional do Trabalho (BIT) e pelo Centro Internacional para o Desenvolvimento e Pesquisa (CIDR). Estas duas estruturas trabalham há vários anos no desenvolvimento dos conhecimentos em matéria de extensão da protecção social, em particular, através do apoio às iniciativas locais.

A realização deste guia foi financiada pelo programa STEP e pela Direcção para o Desenvolvimento e Cooperação Suíça (DDC) e efectuada sob coordenação metodológica do CIDR.

O guia foi elaborado em conjunto por Bruno Galland (CIDR), Guillaume Debaig (CIDR) e diversos membros do programa BIT/STEP. A sua concepção beneficiou da contribuição de Dominique Evrard (ANMC) e de Alain Letourmy (CERMES). O programa STEP realizou a paginação definitiva.

O contributo de vários intervenientes operando tanto ao nível local como ao nível nacional e internacional permitiu o enriquecimento do guia. Foram efectuados testes no terreno durante a elaboração da versão provisória do guia, no qual participaram: Issa Sissouma (UTM, Mali), Mirindi Ruhana (coordenador de saúde BOM, Ilha de Idjwi, Congo), André Wade (GRAIM Senegal, mutualidade de Lalane Diassap), Charles Wade (GRAIM Senegal, mutualidade de Fandène), Fabien Habimana (ANMC).

Os intervenientes e editores agradecem de forma calorosa a todas as pessoas pelos seus comentários e pelo seu apoio durante todo o processo de produção do guia.

Caso tenha utilizado este guia e pretenda dar-nos a conhecer os resultados dos seus trabalhos e das suas críticas, ou obter informações complementares, queira contactar:

BIT – STEP
Secteur de la Protection sociale
4, route des Morillons
CH-1211 Genève, Suisse
Tel.: (41 22) 799 65 44
Fax: (41 22) 799 66 44
E-mail: step@ilo.org
Internet: www.ilo.org/step

CIDR
B.P. 1 – 60350 Autrêches,
France
Tel.: (33 3) 44 42 71 40
Fax. (33 3) 44 42 94 52
E-mail: cidr@compuserve.com

Quadro de Conteúdos

Parte I: Preenchimento dos quadros	1
Quadro 1 Apresentação simplificada da conta de resultados.....	3
Quadro 2 Apresentação simplificada do balanço.....	5
A contabilização das contribuições e das prestações na conta de resultados e no balanço	7
A contabilização das contribuições.....	7
A contabilização das prestações.....	9
Quadro 3 Características sociodemográficas da população e do público alvo.....	12
Quadro 4 Ficha de acompanhamento do número de beneficiários.....	15
Quadro 5 Fichas de base das prestações assumidas por prestador.....	18
Quadro 6 Ficha de acompanhamento da repartição do número e do custo das prestações assumidas.....	22
Quadro 7 Ficha de acompanhamento dos custos médios das prestações assumidas.....	24
Quadro 8 Ficha de acompanhamento das frequências de riscos.....	26
Quadro 9 Ficha de acompanhamento orçamental.....	28
Quadro 10 Ficha de acompanhamento do plano de tesouraria.....	29
Quadro 11 Lista das ferramentas de gestão e de acompanhamento.....	30
Quadro 12 Referencial dos serviços abrangidos por um SA.....	31
Quadro 15 Quadro de funções teóricas.....	36
Quadro 15bis Quadro de funções reais.....	36
Quadro 16 Análise de um acordo com um prestador de cuidados de saúde.....	38
Quadro 17 Níveis de progressão para o reconhecimento jurídico.....	40
Quadro 18 Obrigações estatutárias e regulamentares.....	41

Parte II:	Cálculo dos indicadores	43
1.	Indicadores de avaliação da viabilidade administrativa	45
2.	Indicadores de avaliação da viabilidade técnica	57
3.	Indicadores de avaliação da viabilidade funcional	66
4.	Indicadores de avaliação da viabilidade financeira	75
5.	Método de valorização dos custos dissimulados e cálculo dos resultados económicos	81
6.	Indicadores de avaliação da viabilidade económica	83
7.	Indicadores de avaliação dos recursos humanos	85
8.	Indicadores de eficácia	87
9.	Indicador de eficiência	97
10.	Indicadores de Impacto	98

Índice dos quadros

Quadros	Títulos	Volume 1	Volume 2
Quadro 1	Apresentação simplificada da conta de resultados	16	3
Quadro 2	Apresentação simplificada do balanço	19	5
Quadro 3	Características sociodemográficas da população e do público alvo	28	12
Quadro 4	Ficha de acompanhamento do número de beneficiários	30	15
Quadro 5	Fichas de base das prestações assumidas por prestador	34	18
Quadro 6	Ficha de acompanhamento da repartição do número e do custo das prestações assumidas	35	22
Quadro 7	Ficha de acompanhamento dos custos médios das prestações assumidas	37	24
Quadro 8	Ficha de acompanhamento das frequências de riscos	38	26
Quadro 9	Ficha de acompanhamento orçamental	40	28
Quadro 10	Ficha de acompanhamento do plano de tesouraria	41	29
Quadro 11	Lista das ferramentas de gestão e de acompanhamento	42	30
Quadro 12	Referencial dos serviços abrangidos por um SA	61	31
Quadro 13¹	Resumo dos indicadores de viabilidade financeira dos seguros de saúde	78	—
Quadro 14¹	Resumo dos indicadores de viabilidade dos seguros de saúde	82	—
Quadro 15	Quadro de funções teóricas	91	36
Quadro 15bis	Quadro de funções reais	91	36
Quadro 16	Análise de um acordo com um prestador de cuidados de saúde	103	38
Quadro 17	Níveis de progressão para o reconhecimento jurídico	104	40
Quadro 18	Obrigações estatutárias e regulamentares	105	41

Índice dos indicadores

Nº	Títulos	Volume 1	Volume 2
Viabilidade administrativa			
T.1	Acompanhamento das adesões	48/49	45
T.2	Acompanhamento da comparticipação das contribuições e dos direitos de adesão	49	47
T.3	Controlo dos direitos às prestações	50	49
T.4	Acompanhamento da assunção do seguro	50	51
T.5	Acompanhamento da carteira de riscos	50	53
T.6	Acompanhamento do registo contabilístico	51	54
T.7	Acompanhamento financeiro	51	55
T.8	Qualidade global do acompanhamento	52	56
Viabilidade técnica			
G.1	Modalidades de adesão	60	57
G.2	Qualidade da carteira de riscos	62	59
G.3	Custos médios das prestações assumidas	62	63
Viabilidade funcional			
M.1	Taxa de crescimento bruto	64	66
M.2	Taxa de constância	64	68
M.3	Taxa de crescimento interno	66	70
M.4	Taxa de crescimento externo	66	71
M.5	Taxa de penetração	66	72
M.6	Taxa de comparticipação	67	73
M.7	Prazo médio de pagamento dos prestadores ou de reembolso dos aderentes	67	74
Viabilidade financeira			
F.1	Relação de liquidez imediata	69	75
F.2	Relação de capitais próprios	70	76
F.3	Relação de cobertura dos encargos ou taxa de reserva	70	77
F.4	Relação das contribuições adquiridas/encargos	71	78

Nº	Títulos	Volume 1	Volume 2
F.5	Relação de sinistralidade	71	79
F.6	Relação dos custos de funcionamento bruto	72	80
Viabilidade económica			
V.1	Taxa de financiamento próprio	81	83
V.2	Relação das contribuições adquiridas/(encargos + custos dissimulados)	81	84
Recursos humanos			
H.1	Ferramentas de administração de pessoal	97	85
H.2	Investimento em formação	98	86
Eficácia			
E.1	Taxa de utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários	109	87
E.2	Taxa de utilização comparada dos serviços de saúde	110	88
E.3	Tempo de latência comparado	110	90
E.4	Duração média comparada de uma hospitalização não programada	110	92
E.5	Custo médio comparado de uma hospitalização não programada	111	94
E.6	Taxa de exclusão dos beneficiários	111	95
Eficiência			
C.1	Produtos financeiros	112	97
Impacto			
I.1	Parte das prestações assumidas pelo SA	117	98
I.2	Contributo financeiro do SA aos prestadores de cuidados de saúde	117	99
I.3	Taxa de cobertura	118	100
I.4	Repartição dos beneficiários por categoria	119	101

Lista das siglas

ACOPAM	Apoio Associativo e Cooperativo às Iniciativas de Desenvolvimento de base
AG	Assembleia Geral
ANMC	Aliança Nacional das Mutualidades Cristãs (“Alliance nationale des Mutualités Chrétiennes”)
ASBL	Associação sem fins lucrativos
BIT	“Bureau” Internacional do Trabalho (“Bureau International du Travail”)
CA	Conselho de Administração
CdR	Conta de resultados
CERMES	Centro de Pesquisa de Medicina, Doença e Ciências Sociais (“Centre de recherche Médecine, Maladie et Sciences sociales”)
CIDR	Centro Internacional para o Desenvolvimento e Pesquisa (“Centre international de Développement et de Recherche”)
CS	Centro de saúde
CSC	Centro de saúde municipal (“Centre de santé communal”)
DCI	Denominação comum internacional (“Dénomination commune internationale”)
DDC	Direção do Desenvolvimento e da Cooperação (“Direction du Développement et de la Coopération”)
FCFA	Francos CFA (“Francs CFA”)
GRAIM	Grupo de Pesquisa e de Apoio às Iniciativas Mutualistas (“Groupe de Recherche et d’Appui aux Initiatives mutualistes”)
IPTK	Instituto Politécnico Tomas Katari (“Institut polytechnique Tomas Katari”)
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
OPS	Organização Pan-americana da Saúde (“Organisation panaméricaine de la Santé”)
OR	Organizações Responsáveis
PI	População da zona de intervenção
RDC	República Democrática do Congo
Rb	Resultado antes do subsídio (“Résultat avant sbvention”)
SA	Sistema de micro-seguros
SARL	Sociedade de responsabilidade limitada
STEP	Estratégias e Técnicas contra a Exclusão social e a Pobreza (“Stratégies et Techniques contre l’Exclusion sociale et la Pauvreté”)
TAN	Taxa de crescimento nacional
UM	Unidade monetária
UTM	União Técnica da Mutualidade do Mali (“Union Technique de la Mutualité Malienne”)
WSM	Solidariedade Mundial

Parte I:

**Preenchimento
dos quadros**

Quadro 1:

Apresentação simplificada da conta de resultados

Referência

Volume 1 – parte I, secção 5,1.

Fontes de informação

As informações necessárias para a produção da CdR provêm de documentos contabilísticos.

Método de preenchimento

Os métodos de estabelecimento de uma CdR serão em princípio do conhecimento dos gestores, dos avaliadores e das estruturas de apoio. A CdR encontra-se aqui apresentada uma vez que é útil para a construção dos indicadores.

Exemplo

O exemplo fictício aqui apresentado refere-se a uma mutualidade rural africana que beneficia do apoio de um projecto. Será utilizado este caso para outros exemplos de cálculo dos indicadores.

A mutualidade de Kalikoro iniciou as suas actividades no dia 1 de Janeiro de 1995. No final de 1997, encerrou o seu terceiro exercício anual. As contas do exercício de 1997, fixadas em francos CFA (FCFA), terminaram a 31 de Dezembro de 1997. Os gestores elaboraram a CdR reunindo o conjunto dos produtos e encargos registados pela mutualidade.

Ao nível dos produtos:

- No dia 31 de Dezembro de 1997, 1 300 aderentes pagaram a sua contribuição. O montante das contribuições adquiridas para o exercício de 1997 foi de 1 200 000 FCFA.
- As quantias depositadas no banco renderam juros em 5 000 FCFA.
- Para além disso, a mutualidade recebeu um subsídio de exploração de 150 000 FCFA.

Ao nível dos encargos:

- As prestações de saúde a cargo da mutualidade durante o exercício foram de 900 000 FCFA. 850 000 FCFA foram contabilizados e 50 000 FCFA correspondem a cuidados fornecidos aos beneficiários mas para os quais o prestador ainda não emitiu factura.
- A mutualidade é criada por um comité de gestão. Os aderentes reúnem-se mensalmente. O tesoureiro e o secretário geral recebem indemnizações num montante anual total de 50 000 FCFA.
- As despesas de deslocação e de alimentação dos membros do comité são pagos pela mutualidade. 50 000 FCFA foram gastos para este fim, durante o exercício.
- A mutualidade comprou cartões de aderente e mobiliário de escritório no valor de 65 000 FCFA.

- A mutualidade organizou uma festa para dar a conhecer à população as suas actividades. A mutualidade aplicou, neste acontecimento, 50 000 FCFA. Realizou também campanhas de informação em novas aldeias com um custo de 150 000 FCFA. O total dos custos de promoção atingiu 200 000 FCFA.

A CdR simplificada é apresentada da seguinte maneira:

Encargos			Produtos		
<i>Encargos em prestações</i>					
✓Reembolso dos aderentes	0	a1	Contribuições	1 200 000	(f)
✓Pagamento dos prestadores	900 000	a2			
Sub-total prestações	900 000	(a)	<i>Sub-total contribuições</i>	1 200 000	(f)
<i>Outros Encargos</i>					
✓Salários ou indemnizações	50 000	b1	Direitos de adesão (ou de entrada)	0	(g)
✓Alugueres e encargos	0	b2			
✓Custos de deslocação	50 000	b3			
✓Mobiliário de escritório	65 000	b4			
✓Custos de formação e de promoção	200 000	b5			
<i>Sub-total outros encargos</i>	365 000	(b)	<i>Sub-total contribuições + direitos de adesão</i>	1 200 000	(f+g)
<i>Amortização (doação)</i>	0	(c)			
<i>Encargos financeiros</i>	0	(d)	<i>Produtos financeiros</i>	5 000	(h)
<i>Encargos excepcionais</i>	0	(e)	<i>Produtos excepcionais</i>	0	(i)
Total encargos	1 265 000	A	Total produtos antes dos subsídios	1 205 000	B
Resultados antes do subsídio (excedente)		Rb = B - A	Resultados antes do subsídio (défice)	60 000	Rb=B-A
			Subsídio de exploração*	150 000	(S)
Total encargos	1 265 000	A	Total produtos	1 355 000	C=B+S
Resultados depois do subsídio	90 000	(R) = C - A	Resultados depois do subsídio		(R)=C-A
TOTAL	1 355 000	X	TOTAL	1 355 000	X

*Os subsídios de exploração são geralmente registados nos produtos de exploração.

Quadro 2:

Apresentação simplificada do balanço

Referência

Volume 1 – parte I, secção 5.2.

Fontes de informação

As informações necessárias para a produção do balanço provêm de documentos contabilísticos.

Método de preenchimento

Os métodos de estabelecimento de um balanço serão em princípio do conhecimento dos gestores, dos avaliadores e das estruturas de apoio. O balanço está aqui apresentado uma vez que é útil para a construção dos indicadores.

Exemplo

O exemplo utilizado é o mesmo utilizado para a CdR.

A mutualidade de Kalikoro iniciou as suas actividades no dia 1 de Janeiro de 1995. No final de 1997, encerrou o seu terceiro exercício anual. As contas do exercício de 1997 cessaram a 31 de Dezembro de 1997 (em FCFA). Durante o mês de Janeiro, os gestores elaboraram o balanço, nomeadamente a situação do património da mutualidade a 31 de Dezembro 1997.

Ao nível da origem dos recursos:

- 300 000 FCFA representam as reservas constituídas pelos resultados dos dois exercícios anteriores.
- 150 000 FCFA correspondem a subsídios que a mutualidade recebeu como fundos de partida durante a sua criação (estes subsídios não devem ser confundidos com os subsídios pagos em 1997, para o financiamento de exploração).
- 100 000 FCFA de facturas recebidas mas ainda não pagas correspondem a cuidados fornecidos aos aderentes para o mês de Dezembro. A mutualidade deve pagar-lhes antes do dia 31 de Janeiro de 1998. Trata-se de uma dívida a curto prazo para com os prestadores. Por outro lado, foram recebidos pelos beneficiários outros cuidados por um montante de 50 000 FCFA mas não foram ainda facturados pelo prestador em causa.
- 90 000 FCFA correspondem ao resultado do exercício.
- 100 000 FCFA correspondem a contribuições recebidas antecipadamente. Alguns aderentes pagaram efectivamente a sua contribuição em Julho e Novembro de 1997, para um ano. O contabilista »faz relatório» deste montante do exercício de 1997 para cobrir as despesas de doença durante o exercício de 1998 (ver secção seguinte).

Ao nível da utilização dos recursos:

- 50 000 FCFA correspondem a atrasos no pagamento das contribuições dos aderentes. Estes passam a ter desde logo dívidas para com a mutualidade.

- 250 000 FCFA são colocados junto de um banco para fazer render os fundos da mutualidade.
- 390 000 FCFA estão disponíveis na conta corrente da mutualidade.
- 100 000 FCFA estão disponíveis na caixa da mutualidade.

A CdR simplificada é apresentada da seguinte maneira:

Aplicação dos recursos			Origem dos recursos		
Activo		(No)	Passivo		(No)
Imobilizações	0	11	Reservas	300 000	1
✓ Imobilizações incorpóreas		11.1	Resultado (excedente/perda) do exercício ²	90 000	2
✓ Imobilizações corpóreas		11.2	Subsídios de investimento	150 000	3
Créditos a longo prazo	0	12	Dívidas a longo prazo		4
Existências	0	13	Dívidas a curto prazo		5
Créditos a curto prazo	50 000	14	✓ Prestadores	150 000	5.1
Aplicações financeiras	250 000	15	✓ Aderentes	0	5.2
Valores disponíveis		16	✓ Outros fornecedores	0	5.3
✓ Contas bancárias	390 000	16.1			
✓ Caixas	100 000	16.2			
Contas de regularização	0	17	Contas de regularização		6
			✓ Produtos antecipadamente considerados	100 000	6.1
Total do activo	790 000	18	Total do passivo	790 000	7

A contabilização das contribuições e das prestações na conta de resultados e no balanço

A contabilização das contribuições

É utilizada em primeiro lugar para lembrar algumas definições em relação às contribuições:

- **As contribuições emitidas** durante um exercício, ou contribuições requeridas, correspondem às contribuições que o SA deve teoricamente receber como contrapartida de todos os contratos em curso.
- **As contribuições recebidas** são as contribuições que o SA recebeu efectivamente como contrapartida dos contratos em curso.
- **As contribuições adquiridas** (para um período considerado) constituem a parte das contribuições que correspondem ao exercício considerado.
- A distinção entre contribuições emitidas, recebidas e adquiridas é necessária de forma a determinar os recursos de que dispõe o SA para cobrir as prestações de um dado exercício (e as que o SA deve reservar por pertencerem ao exercício seguinte).

Os documentos contabilísticos (livro de registos, diário) prevêm:

- *ao nível da conta de contribuições* (conta de gestão), o registo do conjunto das contribuições emitidas com base nos contratos em vigor;
- *ao nível da conta de créditos a curto prazo* (conta de balanço), o registo (no débito em conta) da contrapartida das contribuições emitidas. À medida do seu recebimento em caixa, as contribuições recebidas pelo SA são suportadas no crédito desta conta.

No final do exercício, durante o estabelecimento da CdR e do balanço, dois casos merecem um comentário particular.

Primeiro caso: o período para o qual as contribuições são emitidas difere do período do exercício contabilístico

A mutualidade de Kalikoro assumiu 300 aderentes, de 1 de Janeiro de 1997 a 31 de Dezembro de 1997 (exercício de 1997), para os quais solicitou uma contribuição de 1 000 FCFA. As contribuições abrangem o período de um ano. Entre estas:

- 1 120 contribuições foram emitidas em 1 de Janeiro para um período de um ano. As contribuições emitidas cobrem o mesmo período do exercício e são adquiridas para o exercício, sendo $120 \times 1\,000 = 1\,200\,000$ FCFA (segmento[a] no diagrama abaixo indicado).

- 150 contribuições foram emitidas em 1 de Julho, para um período de um ano. As contribuições emitidas (150 000 FCFA) cobrem o período de 1 de Julho de 1997 a 30 de Junho de 1998. As contribuições adquiridas para o período de 1 de Julho a 31 de Dezembro de 1997 (6 meses), sendo, $150\ 000 \cdot 6/12 = 75\ 000$ FCFA (segmento [b1] no diagrama abaixo indicado). A diferença ($150\ 000 - 75\ 000 = 75\ 000$ FCFA) é considerada como contribuições previamente recebidas.
- 30 contribuições foram emitidas em 1 de Novembro, para um período de um ano. As contribuições emitidas (30.000 FCFA) cobrem o período de 1 de Novembro de 1997 a 31 de Outubro de 1998. As contribuições adquiridas para o exercício de 1997, correspondem à parte das contribuições emitidas que cobrem o período de 1 Novembro a 31 de Dezembro de 1997 (2 meses), sendo, $30.000 \cdot 2/12 = 5.000$ FCFA (segmento [c1] no diagrama). A diferença ($30.000 - 5.000 = 25.000$ FCFA) é considerada como contribuições previamente recebidas.

Conta de resultados	Ano N		Ano N + 1	
	01/01	31/12	01/01	31/12
Período de cobertura	a			
<i>Aderentes a</i>	1 120 /-----/			
<i>Aderentes b</i>		b1	b2	
<i>Aderentes c</i>	150 /-----/	c1	c2	/-----/
		30 /-----/	/-----/	/-----/
Contribuições emitidas	<i>a+b+c correspondente a,</i> $(1\ 120 + 150 + 30) \cdot 1\ 000 =$ 1 300 000			
Contribuições adquiridas	<i>a + b1 + c1 correspondente a,</i> $(1\ 120 + 75 + 5) \cdot 1\ 000 =$ 1 200 000			
Contribuições previamente recebidas	<i>b2 + c2 correspondente a,</i> $(75 + 25) \cdot 1\ 000 = 100\ 000$			

Nos documentos contabilísticos, é registado, na conta de contribuições (no crédito), o total das contribuições emitidas, ou seja $1\ 120\ 000 + 150\ 000 + 30\ 000$, correspondente a $1\ 300\ 000$ FCFA. É o montante das contribuições aguardadas pela mutualidade da parte dos beneficiários seus segurados.

Durante o estabelecimento da CdR no fecho do exercício, só são considerados os produtos do exercício em causa (e exclusivamente estes). Por outro lado, só as contribuições adquiridas

dependem, elas próprias, do exercício e devem figurar na CdR, ou seja $1\,120\,000 + 75\,000 + 5\,000 = 1\,200\,000$ FCFA.

Para fazer aparecer unicamente as contribuições adquiridas, o contabilista realiza, em fim de exercício, uma regularização, registando:

- *A conta de contribuições*, (em débito) a diferença entre as contribuições emitidas e adquiridas, sendo $1\,300\,000 - 1\,200\,000 = 100\,000$ FCFA. O saldo da conta de contribuições será assim de $1\,200\,000$ FCFA, correspondendo efectivamente às contribuições adquiridas para o exercício de 1997. Montante este que figura na célula (f) da CdR.
- *A conta de regularização no passivo do balanço* (célula 6), nomeadamente a conta de produtos verificados antecipadamente, com uma diferença de $100\,000$ FCFA (em crédito).

É este montante que figura na célula (6.1) do balanço.

No início do exercício seguinte, um débito de “Produtos verificados antecipadamente” anula esta função; o crédito é associado à conta de produtos.

Segundo caso: determinadas contribuições emitidas não são pagas no fecho do exercício.

Retomando o exemplo acima indicado, sobre os $1\,300\,000$ FCFA de contribuições emitidas, a mutualidade recebeu efectivamente $1\,250\,000$ FCFA. A diferença entre as contribuições emitidas e as contribuições recebidas, correspondente a $50\,000$ FCFA, constitui um crédito que a mutualidade deve cobrar junto dos seus aderentes.

Nos documentos contabilísticos, a conta de créditos a curto prazo, (conta de activo do balanço), constitui a contrapartida da conta das contribuições (conta de gestão). Foram debitados em $1\,300\,000$ FCFA sobre o conjunto do exercício. Mas, como apenas foram recebidos $1\,250\,000$ FCFA (inscritos em crédito da conta), o saldo verificado no fim do exercício é de $50\,000$ FCFA.

É este montante que figura no balanço da conta de créditos a curto prazo como créditos a cobrar pela mutualidade junto dos seus aderentes (célula 14 do balanço).

A contabilização das prestações

Os documentos contabilísticos prevêm:

- *ao nível da conta de prestações* (conta de gestão), o registo do conjunto das prestações a cargo do SA;
- *ao nível da conta de dívidas a curto prazo* (conta de balanço), o registo (no crédito da conta) do montante das prestações a assumir. À medida que for efectuado o pagamento das prestações pelo SA (aos aderentes e/ou aos prestadores), estas são suportadas no débito desta conta.

No final do exercício, durante o estabelecimento da CdR e do balanço, dois casos merecem um comentário particular.

Primeiro caso: algumas facturas dos prestadores não chegaram ainda ao SA, durante o fecho do exercício.

Alguns aderentes puderam receber tratamento no final do exercício contabilístico e as facturas dos prestadores que correspondem a estes cuidados podem não ser atribuídos ao SA na data de estabelecimento dos relatórios financeiros. Trata-se, no entanto, de encargos imputáveis ao exercício.

O exemplo da mutualidade de Kalikoro ilustra esta situação.

A mutualidade pratica o sistema do pagamento por terceiros. Durante o exercício de 1997, recebeu 850 000 FCFA de facturas dos prestadores e identifica, (com base nos atestados de cuidados) que ainda não lhe foram atribuídas as facturas com um montante superior a 50 000 FCFA.

Nos documentos contabilísticos são registados, na conta das prestações, os únicos encargos pelos quais foram recebidas facturas, ou seja, 850 000 FCFA. Este montante não corresponde, no entanto, aos encargos reais que são mais elevados em 50 000 FCFA.

Durante o estabelecimento dos relatórios financeiros, é necessário efectuar escrituras de correcção para ter uma percepção abrangente dos encargos reais do exercício. Estas escrituras são efectuadas da seguinte forma:

- *Utilização de uma conta ligada à conta de terceiros “prestadores”* (esta conta é anexa à conta de terceiros, na célula 5.1, na apresentação simplificada do balanço). A conta associada é creditada do montante das facturas não atribuídas, ou seja 50 000 FCFA. O saldo acumulado da conta de terceiros prestadores eleva-se assim a um total de 150 000 FCFA, (de acordo com o exemplo, a mutualidade de Kalikoro possuía ainda uma dívida de 100 000 FCFA em relação aos prestadores, conforme se pode verificar mais abaixo).
- *Utilização da conta de encargos de «prestações»* (prestações recebidas pelos beneficiários e assumidas pela mutualidade, célula a.2). Os 50 000 FCFA de cuidados cuja factura não é atribuída, são suportados no débito da conta. O saldo da conta é assim de 850 000 + 50 000 FCFA, ou seja 900 000 FCFA.

Segundo caso: algumas facturas recebidas não foram pagas pela mutualidade durante o exercício de 1997

Retomando o exemplo da mutualidade de Kalikoro, entre as facturas recebidas:

- 750 000 FCFA foram efectivamente pagos aos prestadores em 1997;
- 100 000 FCFA não foram ainda pagos no final de 1997 e devem ser liquidados no final de Janeiro de 1998.

Nos documentos contabilísticos, a conta de dívidas a curto prazo, (conta de terceiros «prestadores», conta de balanço) constitui a contrapartida da conta de prestações (conta de gestão). As últimas facturas do ano devem ser registadas na conta de prestações (ou seja 850 000 FCFA antes da correcção acima apresentada). Os 100 000 FCFA correspondentes às facturas não pagas são considerados como dívidas a curto prazo tendo em conta os prestadores (célula 5.1 do balanço).

Quadro 3: Características sociodemográficas da população e do público alvo

Referência Volume 1 – parte II, secção 1.2.1.

Fontes de informação

Dados demográficos e económicos da zona de intervenção (ou, por extensão, do país) obtidos, nomeadamente, através dos recenseamentos. Inquéritos realizados junto do público alvo ou informações reunidas durante o estudo de exequibilidade.

Estudos sociodemográficos aplicados a nível local.

Método de preenchimento

Os dados inseridos na 2ª coluna devem ser os mais recentes possíveis. É igualmente importante indicar o ano (ou os anos) de referência na 3ª coluna, bem como a fonte destes dados, na 4ª coluna. Os dados relativos à população da zona de intervenção do SA e do seu público alvo.

A População da zona de intervenção do SA:

1. *Efectivo (X)*. Corresponde ao número de pessoas que compõem a população da zona na qual opera o SA.

- Para os SA com base territorial, a população da zona de intervenção é fácil de definir.

Exemplo: se o SA opera ao nível de uma única região, a população da zona de intervenção é igual ao total da população desta região.

- Para os SA com base socioprofissional, a população da zona de intervenção é constituída pela população onde é implantada a categoria socioprofissional para a qual se dirige o SA.

Exemplo: se o SA se destina aos pescadores, a população da zona de intervenção é constituída pelas populações instaladas nas regiões costeiras ou próximas de rios ou afluentes.

Os recenseamentos têm já vários anos, é necessário actualizar os dados com a ajuda da taxa de crescimento da população (em média sobre o período). É possível, numa primeira aproximação, utilizar a taxa de crescimento nacional (TANP) se a taxa de crescimento a nível local não estiver disponível. Caso o último recenseamento tenha já vários anos, é necessário actualizar os dados com a ajuda da taxa de crescimento da população (em média sobre o período). É possível, numa primeira aproximação, utilizar a taxa de crescimento nacional (TANP) se a taxa de crescimento ao nível local não estiver disponível.

O método de cálculo para determinar o efectivo da população (X) é o seguinte:

$$X_N = X_{N^0} (1 + TANP)^{N - N^0}$$

Com: X_N = População em ano N .
 X_{N^0} = População em ano N^0 (ano do recenseamento).
 $TANP$ = Taxa de crescimento da população.

Exemplo: população da zona (recenseamento de 1991):

10 000

Taxa de crescimento da população:

1 % / ano

População da zona em 1999:

$$X = 10\,000 * (1 + 0,01)^8$$

$$X = 10\,828,567$$

$$X = 10\,829 \text{ (valor aproximado)}$$

2. Densidade (Y). É a relação entre o número de habitantes da zona de intervenção (X) e a sua superfície em km² (Z). $Y = X/Z$ (em habitante por km²).

A densidade da população ao nível local é por vezes difícil de determinar por falta de dados. O mais importante aqui é dispor de uma ordem de grandeza.

3. Rendimento anual médio. É por vezes indicado nos estudos realizados por projectos ou em fase de exequibilidade do SA. Por falta de dados específicos da zona, o salário anual médio, ou o salário mínimo estabelecido a nível nacional poderão fornecer uma base indicativa.

O público alvo do SA:

4. *Efectivo (P)*.

- Para os SA com base territorial, o público alvo corresponde à parte da população da zona de intervenção do SA, (nos limites geográficos) que tem a possibilidade de beneficiar dos seus serviços.

Exemplo: um SA intervém no Mali, numa região onde a população era de cerca de 350 000 habitantes em 1997. Durante este mesmo ano, apenas uma parte das aldeias da região, cuja população se calcula em 150 000 habitantes, foi contactada e teve a possibilidade de aceder aos serviços do SA, (tanto como aderente, quanto como pessoa a cargo). Neste caso, o efectivo da população da zona de intervenção é de 350 000 e o correspondente ao do público alvo para o ano de 1997 é de 150 000.

Se o SA não tivesse proposto apenas um seguro de maternidade, entre os 150 000 habitantes, apenas as mulheres susceptíveis de engravidar teriam constituído o público alvo.

- Para os SA com base socioprofissional, o público alvo é constituído pelos indivíduos que pertençam à categoria socioprofissional para a qual se destina o SA. Os indivíduos podem ser repartidos sobre várias zonas. Caso o SA não coloque obstáculos às suas actividades a nível geográfico, a zona de intervenção pode corresponder a uma ou várias localidades ou regiões, e até países.

Exemplo: *se o SA se destina aos pescadores, a população da zona de intervenção é constituída pelas populações instaladas nas regiões costeiras ou próximas de rios ou afluentes. O público alvo será constituído por pescadores e pelas suas famílias (caso o SA permita a cobertura dos membros da família).*

Se o SA for constituído no seio de um sindicato e todos os membros deste sindicato, e apenas estes, possam ser aderentes, neste caso o efectivo do público alvo é igual ao número de membros do sindicato.

Consoante os casos, o efectivo do público alvo pode ser determinado a partir do efectivo da população total que é geralmente fornecido pelo recenseamento da população. Caso o último recenseamento tenha já alguns anos, será necessário calcular o tamanho do público alvo de uma forma idêntica à utilizada para o cálculo da zona de intervenção (ver acima).

5. *Tamanho em percentagem da população da zona de intervenção.* É igual à relação entre o efectivo do público alvo e o efectivo da população de intervenção da zona, ou seja, para o ano N: $P_N/X_N * 100$.
6. *Número médio de membros por domicílio.* O domicílio é composto pelos membros da família que vivam num mesmo lugar, partilhando a mesma alimentação e utilizando os mesmos recursos para as despesas correntes. É normalmente composto pela mãe, pelo pai, pelos filhos e muitas vezes por outras pessoas a cargo. É indicado nesta linha do quadro o número médio de pessoas membros do domicílio.
7. *Rendimento anual médio do público alvo.* O público alvo pode não dispor dos mesmos rendimentos em relação à zona de intervenção. Pode, nomeadamente, ser este o caso para os SA com base socioprofissional. É útil (embora nem sempre possível), conhecer o rendimento anual médio do público alvo. No quadro da avaliação, será necessário procurar os dados em eventuais inquéritos anteriormente realizados junto do público.

Quadro 4: **Ficha de acompanhamento do número de beneficiários**

Referência Volume 1 – parte II, secção 1.2.2.

Fontes de informação

- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.
- Ficha de adesão e de contribuição.
- Lista dos beneficiários (ou dos excluídos).

Método de preenchimento

A ficha de acompanhamento propõe uma síntese do registo e das fichas de adesão. Permite acompanhar, com uma determinada frequência, a evolução do número de aderentes e de beneficiários. Abrange as seguintes rubricas (exemplo de um acompanhamento mensal):

X1. Novos aderentes. São as pessoas que entram pela primeira vez num SA e que pagam a sua contribuição para o mês em questão (ou aqueles que voltam a inscrever-se no SA após um período de interrupção).

X2. Suspensões de aderentes. São aderentes que já não beneficiam dos serviços do SA, devido a uma ruptura voluntária da sua afiliação ou de uma exclusão do SA (por exemplo, pelo não pagamento prolongado das contribuições).

X. Total dos aderentes contribuintes. É o número total dos aderentes contribuintes. Este total é igual a: $X \text{ meses } j = \text{meses } j-1 + X1 - X2$.

Y1. Novos beneficiários. É o número de beneficiários (aderentes + pessoas a cargo) que entram durante o mês em questão (e no dia da sua contribuição).

Y2. Suspensões de beneficiários. Trata-se do número de beneficiários que perdem o direito aos serviços do SA durante o mês considerado.

Y. Total de beneficiários. Trata-se do número total de beneficiários com direito aos serviços do SA. Este total é igual a $Y \text{ mês } j = Y \text{ mês } j-1 + Y1 - Y2$.

Z1, Z2, Z3. Beneficiários por tipo de adesão. Trata-se do número de beneficiários, segundo o tipo de adesão em vigor no SA. O preenchimento desta parte da ficha é facultativo. Os dados correspondentes não serão retomados. Esta parte só será útil se o SA vier a propor vários tipos de adesão.

Y/X. Tamanho médio das famílias. É a relação entre o número total de beneficiários (Y) e o número total de aderentes contribuintes (X) para o mês em questão. Esta relação pode igualmente ser calculada para os novos beneficiários e para aqueles que se retirem do SA.

Média anual (última coluna). Para interpretar as evoluções do número de aderentes (e de beneficiários) de um ano sobre o outro, é conveniente que os gestores se baseiem

no seu número médio durante o ano. Nos SA com um período de adesão aberto, é frequente encontrar variações consideráveis nas adesões, tendo em conta época do ano, que podem levar a uma interpretação errada, caso o último mês disponível seja considerado como referência para todo o ano.

Exemplo

O SA de Kalto, com um período de adesão aberto (inscrição em qualquer altura do ano) e sem período probatório, iniciou as suas actividades em Janeiro do ano N-2. A contribuição é anual e deve ser paga no acto da inscrição. O último ano, para o qual os dados completos de um exercício estão disponíveis corresponde ao ano N.

A ficha de acompanhamento do número de beneficiários está apresentada na página seguinte.

Quadro 4: Ficha de acompanhamento do número de beneficiários

	Número de aderentes contribuintes e de beneficiários	Ano N												
		Jan	Fev	Mar	Abril	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez	Média Ano
X1	Novos Aderentes	15	25	10	30	50	160	135	185	40	30	20	25	60
X2	Suspensões de aderentes	15	25	35	30	40	180	180	232	50	60	32	23	65
X	Total de aderentes contribuintes (saldo)	276	276	251	251	261	316	316	269	259	229	217	219	265
Y1	Novos beneficiários	120	185	67	201	356	1012	850	1160	325	215	145	158	400
Y2	Suspensões de beneficiários	98	155	231	190	255	380	1325	1520	360	340	205	155	435
Y	Total de beneficiários (saldo)	1810	1840	1676	1 687	1 788	2420	1945	1585	1550	1425	1 365	1368	1 705
	Beneficiários por tipo de adesão													
Z1	Adesão voluntária	1810	1840	1676	1687	1788	2420	1945	1585	1550	1425	1365	1368	1705
Z2	Adesão automática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Z3	Adesão obrigatória	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Y/X	Tamanho médio das famílias	6,56	6,67	6,68	6,72	6,85	6,70	6,16	5,89	5,99	6,22	6,29	6,25	6,43

Quadro 5: **Fichas de base das prestações assumidas por prestador**

Referência Volume 1 – parte II, secção 1.2.4.

Fontes de informação

- Atestados de cuidados.
- Facturas dos prestadores.
- Registos das prestações assumidas.

Método de preenchimento

Para cada prestador com quem o SA autoriza a assunção dos cuidados de saúde, os gestores criam uma ficha de base. Estas fichas são construídas por período (mês/trimestre/ano).

Cada ficha de base retoma de forma agregada as categorias de serviços de saúde oferecidos pelo SA durante o período considerado. Uma categoria de serviços engloba diferentes tipos de cuidados (ver quadro 12). Cada ficha de base engloba as mesmas categorias, sobre períodos idênticos, para os tornar comparáveis. Pelo contrário, nem todos os prestadores oferecem o conjunto dos serviços cobertos pelo SA.

O preenchimento das fichas de base é efectuado da seguinte forma:

Coluna 1 – Número de prestações assumidas. É indicado, para cada categoria de cuidados, o número de prestações assumidas pelo SA, sobre o período. Uma prestação é considerada assumida, quando o pagamento do prestador, (ou o reembolso do aderente) foi autorizado pelo SA. O facto da prestação ter sido efectivamente paga não é aqui factor determinante.

Coluna 2 - Custo total das prestações assumidas. É indicado, para cada categoria de cuidados, o custo total das prestações assumidas pelo SA, sobre o período considerado.

Exemplo

Neste exemplo, as categorias de serviços de saúde cobertos pelo SA de Kalto são:

- Categoria 1: os cuidados de ambulatório graves.
- Categoria 2: os medicamentos.
- Categoria 3: as intervenções cirúrgicas não programadas.
- Categoria 4: as intervenções gineco-obstétricas.
- Categoria 5: as hospitalizações médicas não programadas.
- Categoria 6: as hospitalizações programadas.
- Categoria 7: as especialidades.

O SA de Kalto trabalha com dois prestadores de cuidados de saúde, o centro de saúde X e o hospital Y. O hospital fornece o conjunto de serviços cobertos pelo SA. O centro de saúde só presta determinados serviços das categorias 1, 2 e 4.

O SA de Kalto iniciou as suas actividades em Janeiro do ano N-2.

Os gestores constroem uma ficha de acompanhamento por ano realizando um acompanhamento mensal por prestador. As fichas de base abaixo indicadas retomam as informações para o exercício N.

Quadro 5: Fichas de base das prestações assumidas por prestador

Ficha de base das prestações assumidas ao nível do centro de saúde X

	Serviços Abrangidos	Ano N												
		Jan	Fev	Mar	Abril	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez	Total
Consumo de prestadores (Número)														
1	Cuidados de ambulatório	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	10
2	Medicamento	5	1	1	1	9	2	6	1	1	4	1	8	40
3	Interv. Cirúrgicas não programadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Intervenções gineco-obstétricas	0	2	2	0	1	2	7	3	1	0	1	1	20
5	Hospitaliz.médicas não programadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Hospitalizações programadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Especialidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	6	5	4	1	10	5	14	5	3	5	2	10	10
Custos das prestações														
1	Cuidados de ambulatório	4000	8000	3500	0	0	4500	3000	3000	6000	4000	0	4000	40000
2	Medicamentos	6000	1000	2500	1000	13000	2500	6500	1000	1000	2500	1000	10000	48000
3	Interv.cirúrgicas não programadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Intervenções gineco-obstétricas	0	6500	7500	0	3500	9500	35000	25000	3500	0	4500	5000	100000
5	Hospitaliz.médicas não programadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Hospitaliz. Programadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Especialidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	10000	15500	13500	1000	16500	16500	44500	29000	10500	6500	5500	19000	188000

Ficha de base das prestações assumidas ao nível do hospital Y

	Serviços Abrangidos	Ano N												
		Jan	Fev	Mar	Abril	Maio	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez	Total
Consumo de prestadores (Número)														
1	Cuidados de ambulatório	2	1	0	0	2	1	2	0	0	1	1	2	12
2	Medicamento	15	10	5	7	3	10	15	20	2	5	13	10	115
3	Interv. Cirúrgicas não Não programadas	2	5	1	1	3	2	1	5	2	1	1	1	25
4	Intervenções gineco- obstétricas	1	5	0	1	2	5	6	3	5	2	2	3	35
5	Hospitaliz.médicas não programadas	5	5	2	2	3	10	5	6	3	2	3	4	50
6	Hospitalizações programadas	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
7	Especialidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	25	27	8	11	13	28	29	34	13	11	20	20	239
Custos das prestações														
1	Cuidados de ambulatório	8000	3500	0	0	7500	4000	8500	0	0	8000	3500	7000	50000
2	Medicamentos	30000	17000	8000	9000	8000	25000	35000	45000	4500	10500	10000	18000	220000
3	Interv.cirúrgicas não programadas	18000	53000	9000	8500	30500	20000	7000	55000	17000	10000	12000	10000	250000
4	Intervenções gineco- obstétricas	5000	32000	0	5000	12000	30000	36000	16000	35000	14000	13000	17000	215000
5	Hospitaliz.médicas não programadas	90000	85000	35000	30000	56000	170000	71000	98000	55000	35000	50000	75000	850000
6	Hospitaliz. Programadas	0	14000	0	0	0	0	0	0	16000	0	0	0	30000
7	Especialidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	151000	204500	52000	52500	114000	249000	157500	214000	127500	77500	88500	127000	1615000

Quadro 6:

Ficha de acompanhamento da repartição do número e do custo das prestações assumidas

Referência

Volume 1 – parte II, secção 1.2.4.

Fontes de informação

Fichas de base das prestações assumidas por prestador (quadro 5).

Método de preenchimento

Coluna 1 – Prestações assumidas em número. É adicionado, para cada categoria de cuidados, o número de prestações assumidas pelo SA, sobre o período considerado para o conjunto dos prestadores.

Coluna 2 – Prestações assumidas (em percentagem do total). Trata-se de avaliar, para cada categoria de cuidados, a sua importância relativa em número, nomeadamente:

$(\text{Número de prestações por categoria} / \text{número total de prestações}) \times 100$

Coluna 3 - Custo total das prestações assumidas. É adicionado, para cada categoria de cuidados, o custo das prestações assumidas pelo SA, sobre o período considerado para o conjunto dos prestadores.

Coluna 4 – Custos das prestações assumidas (em percentagem do total). Trata-se de medir a importância relativa do custo de cada categoria de cuidados assumidos pelo SA:

$(\text{Custo total por categoria} / \text{Custo total das prestações}) \times 100$

Exemplo

Com base no anterior quadro 5 , os gestores e avaliadores do SA de Kalto estabeleceram a ficha de acompanhamento da repartição do número e do custo das seguintes prestações para o ano N:

Quadro 6: Ficha de acompanhamento da repartição do número e do custo das prestações assumidas

Categoria de serviços abrangidos Ano N	Prestações assumidas (em número)	Prestações assumidas (em % do total)	Custo total das prestações assumidas (em UM)	Custos das prestações assumidas (em % do Total)
Cuidados ambulatoriais graves	22	7,1%	90 000	5,0%
Medicamentos	155	50,2%	268 000	14,9%
Interv. cirúrgicas não programadas	25	8,1%	250 000	13,9%
Interv. Gineco-obstétricas	55	17,8%	315 000	17,5%
Hospitaliz. Médicas não programadas	50	16,2%	850 000	47,1%
Hospitalizações programadas	2	0,6%	30 000	1,7%
Especialidades	0	0%	0	0%
Total	309	100%	1 803 000	100%

Nota de análise: com 50,2 por cento do total, as receitas médicas constituem as prestações mais numerosas. Representam apenas 14,9 por cento do custo total das prestações assumidas pelo SA. Em contrapartida, as prestações mais dispendiosas para a mutualidade são as hospitalizações programadas, que representam 47,1 por cento do custo total das prestações e apenas 16,1 por cento do seu número.

Quadro 7:

Ficha de acompanhamento dos custos médios das prestações assumidas

Referência

Volume 1 – parte II, secção 1.2.4.

Fontes de informação

Fichas de base das prestações assumidas por prestador (quadro 5).

Método de preenchimento

O modo de preenchimento do quadro é o mesmo utilizado para o quadro 5. O cálculo dos custos médios efectua-se para cada categoria de serviços e para cada prestador, utilizando a seguinte fórmula:

Custo total da categoria / número de prestações da categoria

Exemplo

Os custos médios das prestações assumidas durante os três primeiros anos (N, N-1 e N-2), do SA de Kalto, são calculados com base no quadro 5 e apresentados em três fichas separadas.

É necessário salientar que o custo médio, (coluna “anual”) para o total das prestações do ano não é igual à média dos custos médios mensais. O custo médio anual, para uma determinada categoria de cuidados, é igual ao total sobre o ano do custo dos cuidados dividido pelo número total das prestações sobre o ano.

Quadro 7: Ficha de acompanhamento dos custos médios das prestações assumidas

	Serviços abrangidos	Custos médios – Ano N												
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez	Anual
Centro de saúde X														
1	Cuidados de ambulatório	4000	4000	3500	0	0	4500	3000	3000	6000	4000	0	4000	4000
2	Medicamentos	1200	1000	2500	1000	1444	1250	1083	1000	1000	625	1000	1250	1200
3	Interv.cirúrgicas não programadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Interv. Gineco-obstétricas	0	3250	3750	0	3500	4750	5000	8333	3500	0	4500	5000	5000
5	Hospitaliza.médicas não programadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Hospitaliz. Programadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Especialidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<i>Conjunto das prestações</i>	1667	3100	3375	1000	1650	3300	3179	5800	3500	1300	2750	1900	2686
Hospital Y														
1	Cuidados de ambulatório	4000	3500	0	0	3750	4000	4250	0	0	8000	3500	3500	4167
2	Medicamentos	2000	1700	1600	1286	2667	2500	2333	2250	2250	2100	769	1800	1913
3	Interv.cirúrgicas não programadas	9000	10600	9000	8500	10167	10000	7000	11000	8500	10000	12000	10000	10000
4	Interv. Gineco-obstétricas	5000	6400	0	5000	6000	6000	6000	5333	7000	7000	6500	5667	6143
5	Hospitaliza.médicas não programadas	18000	17000	17500	15000	18667	17000	14200	16333	18333	17500	16667	18750	17000
6	Hospitaliz. Programadas	0	14000	0	0	0	0	0	0	16000	0	0	0	15000
7	Especialidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>Conjunto das prestações</i>	6040	7574	6500	4773	8769	8893	5431	6294	9808	7045	4425	6350	6757
Total das prestações														
1	Cuidados de ambulatório	4000	3833	3500	0	3750	4250	3833	3000	6000	6000	3500	3667	4091
2	Medicamentos	1800	1636	1750	1250	1750	2292	1976	2190	1833	1444	786	1556	1729
3	Interv.cirúrgicas não programadas	9000	10600	9000	8500	10167	10000	7000	11000	8500	10000	12000	10000	10000
4	Interv. Gineco-obstétricas	5000	5500	3750	5000	5167	5643	5462	6833	6417	7000	5833	5500	5727
5	Hospitaliza.médicas não programadas	18000	17000	17500	15000	18667	17000	14200	16333	18333	17500	16667	18750	17000
6	Hospitaliz. Programadas	0	14000	0	0	0	0	0	0	16000	0	0	0	15000
7	Especialidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>Conjunto das prestações</i>	5194	6875	5458	4458	5674	8045	4698	6231	8625	5250	4273	4867	5835

Quadro 8:

Ficha de acompanhamento das frequências de riscos

Referência

Volume 1 – parte II, secção 1.2.4.

Fontes de informação

Ficha de acompanhamento do número de beneficiários (quadro 4).
Fichas de base das prestações assumidas por prestador (quadro 5).

Método de preenchimento

O cálculo das frequências de riscos (ou utilização dos serviços de saúde) efectua-se para cada categoria de serviços e para cada prestador, para o período considerado, utilizando a seguinte fórmula (em percentagem):

Consumo em número de prestações da categoria / Número de beneficiários com direito às prestações (em média)

No quadro do cálculo das frequências de riscos, é essencial uma nota importante: alguns SA oferecem contratos (conjunto de garantias) diferentes; consequentemente, os seus beneficiários não terão todos acesso aos mesmos tipos de garantias. Neste caso, para calcular as frequências de riscos, é conveniente distinguir os consumos (quadro5) e os beneficiários (quadro4), por tipo de contrato e construir diferentes fichas de acompanhamento das frequências de riscos, seguindo o tipo de contrato em vigor.

Exemplo

Com base nos quadros 4 e 5, as frequências de utilização dos anos N, N-1 e N-2, resultantes das aberturas do SA de Kalto, são as seguintes:

Quadro 8: Ficha de acompanhamento das frequências de riscos

	Serviços abrangidos	Custos médios – Ano N												
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez	Anual
Centro de saúde X														
1	Cuidados de ambulatório	0,06	0,11	0,06	0	0	0,04	0,05	0,06	0,06	0,07	0	0,07	0,59
2	Medicamentos	0,28	0,06	0,06	0,06	0,50	0,08	0,31	0,06	0,06	0,28	0,07	0,58	2,35
3	Interv.cirúrgicas não programadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Interv. Gineco-obstétricas	0	0,11	0,12	0	0,06	0,08	0,36	0,19	0,06	0	0,07	0,07	1,17
5	Hospitaliza.médicas não programadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Hospitaliz. Programadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Especialidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<i>Conjunto das prestações</i>	0,33	0,27	0,24	0,06	0,56	0,21	0,72	0,32	0,19	0,35	0,15	0,73	4,11
Hospital Y														
1	Cuidados de ambulatório	0,11	0,05	0	0	0,11	0,04	0,10	0	0	0,07	0,07	0,15	0,70
2	Medicamentos	0,83	0,54	0,30	0,41	0,17	0,41	0,77	1,26	0,13	0,35	0,95	0,73	6,75
3	Interv.cirúrgicas não programadas	0,11	0,27	0,06	0,06	0,17	0,08	0,05	0,32	0,13	0,07	0,07	0,07	1,47
4	Interv. Gineco-obstétricas	0,06	0,27	0	0,06	0,17	0,21	0,31	0,19	0,32	0,14	0,15	0,22	2,05
5	Hospitaliza.médicas não programadas	0,28	0,27	0,12	0,12	0,17	0,41	0,26	0,38	0,19	0,14	0,22	0,29	2,93
6	Hospitaliz. Programadas	0	0,05	0	0	0	0	0	0	0,06	0	0	0	0,12
7	Especialidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>Conjunto das prestações</i>	1,38	1,47	0,48	0,65	0,73	1,16	1,49	2,15	0,84	0,77	1,47	1,46	14,02
Total das prestações														
1	Cuidados de ambulatório	0,17	0,16	0,06	0	0,11	0,08	0,15	0,06	0,06	0,14	0,07	0,22	1,29
2	Medicamentos	1,10	0,60	0,36	0,47	0,67	0,50	1,08	1,32	0,19	0,63	1,03	1,32	9,09
3	Interv.cirúrgicas não programadas	0,11	0,27	0,06	0,06	0,17	0,08	0,05	0,32	0,13	0,07	0,07	0,07	1,47
4	Interv. Gineco-obstétricas	0,06	0,38	0,12	0,06	0,17	0,29	0,67	0,38	0,39	0,14	0,22	0,29	3,23
5	Hospitaliza.médicas não programadas	0,28	0,27	0,12	0,12	0,17	0,41	0,26	0,38	0,19	0,14	0,22	0,29	2,93
6	Hospitaliz. Programadas	0	0,05	0	0	0	0	0	0	0,06	0	0	0	0,12
7	Especialidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>Conjunto das prestações</i>	1,71	1,74	0,72	0,71	1,29	1,36	2,21	2,46	1,03	1,12	1,61	2,19	18,12

Quadro 9:

Ficha de acompanhamento orçamental

Referência

Volume 1 – parte II, secção 2,1.

**Fontes
de informação**

Documentos comprovativos de despesa.
Livro de registo de caixa.
Diário de bancos.
Diário.
Razão.
Orçamento.

**Método
de preenchimento**

A 2ª coluna do quadro corresponde às previsões orçamentais para o ano, divididas segundo as diferentes rubricas. O orçamento foi dividido por trimestre nas colunas seguintes.
Para cada trimestre, é indicado na 1ª coluna «Previsto» o total das receitas e das despesas previstas no período. Na coluna «Realizado», são indicadas as receitas e as despesas verificadas durante o trimestre, com referência aos documentos contabilísticos. O desvio entre os montantes previstos e realizados é indicado, respectivamente, em valor e em percentagem na 3ª e 4ª colunas do trimestre. O desvio em percentagem é igual à relação entre o desvio em valor e o montante previsto.

Quadro 10:

Ficha de acompanhamento do plano de tesouraria

Referência

Volume 1 – parte II, secção 2.2.

***Fontes
de informação***

Documentos comprovativos de despesa.
Livro de registo de caixa.
Diário de bancos.
Diário.
Razão.
Plano de tesouraria.

***Método
de preenchimento***

A ficha de acompanhamento do plano de tesouraria contém rubricas similares às verificadas no acompanhamento orçamental mas diz apenas respeito aos fluxos de tesouraria. É preenchida segundo o mesmo princípio.

Quadro 11:

Lista das ferramentas de gestão e de acompanhamento

Referência

Volume 1 – parte II, secção 3.

**Fontes
de informação**

Sistemas de informação do SA.

**Método
de preenchimento**

Os SA utilizam diferentes métodos e ferramentas de gestão e de acompanhamento. Assim, a lista proposta no quadro não é exaustiva, podendo ser acrescentadas outras ferramentas. O importante é verificar que as ferramentas utilizadas no SA são suficientes para assegurar um acompanhamento e uma gestão eficazes.

A 2ª coluna do quadro permite indicar quais as ferramentas utilizadas pelo SA.

A 3ª coluna do quadro está reservada à apreciação da forma como as ferramentas são utilizadas. Podem ser descritos os seguintes elementos:

- *a frequência de actualização das informações;*
- *a qualidade e exactidão das escrituras (correções, rasuras, presença de erros/omissões, etc);*
- *a utilização efectiva das ferramentas para a produção de informações de síntese (relatórios financeiros, acompanhamento das frequências de riscos, acompanhamento dos custos médios, etc.).*

Quadro 12: Referencial dos serviços abrangidos por um SA

Referência

Volume 1 – parte I, secção 2.2.

Fontes de informação

Contratos de seguros.
Estatutos e regulamento interno.
Reuniões com os gestores e os responsáveis do SA.

Método de preenchimento

A 1ª coluna do quadro constitui um referencial dos serviços normalmente mais disponibilizados pelos SA (ver quadro completo abaixo). Os avaliadores só deverão seleccionar entre este referencial os serviços abrangidos pelo SA avaliado (ou criar novas categorias). Caso determinados serviços possuam condições de cobertura específicas, é conveniente mencioná-las.

Os números da 2ª coluna, “*Exposição aos riscos associados ao seguro*”, indicam o grau de exposição ao risco de selecção adversa e/ou de sobreconsumo de cada tipo de serviço coberto. Estes números (1,2 ou 3) correspondem às categorias descritas no parâmetro b1 do Volume 1 (parte III, secção 2.1.2.). Os avaliadores deverão apreciar, entre os serviços oferecidos pelo SA, aqueles que estão, por natureza, sujeitos ao risco de selecção adversa e ao sobreconsumo.

Os avaliadores deverão, em seguida, preencher as colunas 3 a 11, em função das medidas tomadas pelo SA para limitar os riscos associados ao seguro.

Na 3ª coluna, «*Período probatório*», é necessário indicar a duração deste período. O período probatório é frequentemente comum a todos os serviços oferecidos. No entanto, um SA pode aplicar um período probatório apenas a uma parte dos serviços abrangidos, e/ou atribuir um período com uma duração específica a determinados serviços (no o caso de parto, por exemplo).

Na 4ª, 5ª e 6ª coluna (*franquia, taxa moderadora e limite*), trata-se de mencionar a existência eventual, para a prestação considerada, de um co-pagamento – variável, eventualmente, consoante a prestação – que pode tomar as seguintes formas:

- *franquia*. Será assim necessário inscrever o montante desta na 4ª coluna.
- *taxa moderadora*. A percentagem correspondente deve ser inscrita na 5ª coluna.
- *Limite da comparticipação*. O montante deste limite deverá ser inscrito na 6ª coluna.

Na 7ª coluna, “*Acordo prévio*”, trata-se de prever, para cada serviço oferecido, se o SA aplica um mecanismo de acordo

prévio. Determinados serviços não são, em princípio, considerados (as hospitalizações não programadas, por exemplo).

Na 8ª coluna, “Referência obrigatória”, trata-se de assinalar para cada serviço, se o SA aplica um mecanismo de referência obrigatória, ou seja, se o beneficiário antes de ter recurso a um prestador de um determinado escalão, deve consultar um prestador de um escalão inferior.

Na 9ª coluna, “Mecanismo de pagamento”, trata-se de indicar o mecanismo de pagamento utilizado pelo SA. Caso sejam utilizadas, para prestações idênticas, diferentes formas de pagamento, segundo os prestadores, será conveniente mencioná-lo.

Na 10ª coluna, “Racionalização das prestações”, trata-se de mencionar se os cuidados fornecidos estão ao abrigo de um protocolo terapêutico ou de um acordo entre o SA e os prestadores, ou se o tratamento varia em função do terapeuta ou de outros factores.

Na 11ª coluna, “Seleção dos prestadores”, trata-se de inscrever para cada prestação, se os prestadores foram seleccionados, ou se o beneficiário é livre de escolher o prestador de cuidados.

Este trabalho pode parecer fastidioso. A prática demonstra que para muitos SA, o quadro será bastante fácil de preencher. Com efeito, as modalidades e as condições de assunção do seguro são muitas vezes as mesmas ou diferem pouco de um serviço para outro.

O preenchimento do quadro é necessário para uma análise qualitativa da carteira de riscos. Por outro lado, o quadro servirá directamente para o cálculo do indicador G2.

Exemplo

Um SA funciona da seguinte forma:

- *Ao nível dos serviços oferecidos,* o SA cobre todos os serviços retomados no quadro abaixo apresentado.
- *Ao nível das condições de adesão,* o SA:
 - ✓permite a adesão durante qualquer altura do ano (SA com período de adesão aberto);
 - ✓impõe um período probatório exclusivamente para as intervenções gineco-obstétricas.
- *Ao nível da gestão das garantias,* o SA:
 - ✓criou uma taxa moderadora de 20 por cento para o conjunto das prestações;
 - ✓só permite o recurso às hospitalizações programadas no caso de um acordo prévio;
 - ✓paga aos prestadores autorizados por situação de doença;

✓concluiu um acordo com dois prestadores de cuidados, o centro de saúde X e o hospital Y, e só cobre as despesas para os cuidados por estes oferecidos.

Para este SA, o quadro 12 apresenta-se da seguinte forma:

Referencial dos serviços abrangidos pelo seguro de saúde	Exposição aos riscos associados ao seguro	Medidas de limitação dos riscos associados ao seguro de saúde								
		Período probatório	Franquia	Taxa moderadora	Límite	Acordo prévio	Referência obrigatória	Mecanismos de pagamento	Racionalização das prestações	Seleção dos prestadores
Cuidados de ambulatório graves										
Intervenções										
Consultas de tratamento	3			20%				Por Caso	Sim	Sim
Cuidados de enfermaria	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Pequenas cirurgias	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Outros	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Medicamentos										
Genéricos e especialidades farmacêuticas	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Marca e especialidades	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Exames										
Laboratório	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Radiologia	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Outros	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Consultas de prevenção										
Intervenções										
Consultas pré-natais	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Cuidados maternos e infantis	3			20%				Por Caso	Sim	Sim
Vacinações	3			20%				Por Caso	Sim	Sim
Outros	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Medicamentos										
Genéricos e especialidades farmacêuticas	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Marca e especialidades	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Cuidados de ambulatório crónicos										
Intervenções										
Tuberculose	3			20%				Por Caso	Sim	Sim
Lepra	3			20%				Por Caso	Sim	Sim
HIV / SIDA	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Outros	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Medicamentos										
Genéricos e especialidades farmacêuticas	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Marca e especialidades	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Intervenções cirúrgicas não programadas										
Intervenções										
Tratamento de hérnias estranguladas	1			20%				Por Caso	Sim	Sim
Apendicectomia	1			20%				Por	Sim	Sim

Referencial dos serviços abrangidos pelo seguro de saúde	Exposição aos riscos associados ao seguro	Medidas de limitação dos riscos associados ao seguro de saúde								
		Período probatório	Franquia	Taxa moderadora	Limite	Acordo prévio	Referência obrigatória	Mecanismos de pagamento	Racionalização das prestações	Seleção dos prestadores
Outras oclusões intestinais	1			20%				Por Caso	Sim	Sim
Redução de fracturas	1			20%				Por Caso	Sim	Sim
Outros	1			20%				Por Caso	Sim	Sim
Medicamentos										
Genéricos e especialidades farmacêuticas	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Marca e especialidades	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Intervenções gineco-obstétricas										
Intervenções										
Parto sem complicações	2	6 meses		20%				Por Caso	Sim	Sim
Cesariana	1	6 meses		20%				Por Caso	Sim	Sim
Parto distóxico: utilização de forceps, ventosas, etc.	2	6 meses		20%				Por Caso	Sim	Sim
Curetagem pós-parto ou após aborto espontâneo ou provocado	1	6 meses		20%				Por Caso	Sim	Sim
Outros	1	6 meses		20%				Por Caso	Sim	Sim
Medicamentos										
Genéricos e especialidades farmacêuticas		6 meses		20%				Por Caso	Sim	Sim
Marca e especialidades		6 meses		20%				Por Caso	Sim	Sim
Hospitalizações médicas não programadas										
Intervenções										
Tratamento das complicações das doenças mais correntes.				20%				Por Caso	Sim	Sim
Paludismo (sob hospitalização)				20%				Por Caso	Sim	Sim
Infecções respiratórias graves				20%				Por Caso	Sim	Sim
Diarreia com desidratação				20%				Por Caso	Sim	Sim
Serviço de reanimação				20%				Por Caso	Sim	Sim
Outros				20%				Por Caso	Sim	Sim
Medicamentos										
Genéricos e especialidades farmacêuticas				20%				Por Caso		
Marca e especialidades				20%				Por Caso		
Hospitalizações programadas										
Intervenções										
Doença crónica				20%		Sim		Por Caso		
Cura de hérnia simples				20%		Sim		Por Caso		
Cirurgia de tireoide				20%		Sim		Por Caso		
Histerectomia ou cirurgia de um fibroma				20%		Sim		Por Caso		
Outros				20%		Sim				
Medicamentos										
Genéricos e especialidades farmacêuticas				20%				Por Caso	Sim	Sim
Marca e especialidades				20%		Sim		Por Caso		Sim

								Caso		
--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--

Referencial dos serviços abrangidos pelo seguro de saúde	Exposição aos riscos associados ao seguro	Medidas de limitação dos riscos associados ao seguro de saúde								
		Período probatório	Franquia	Taxa moderadora	Límite	Acordo prévio	Referência obrigatória	Mecanismos de pagamento	Racionalização das prestações	Seleção dos prestadores
Transporte / evacuação										
Todos	1			20%				Por Caso	Sim	Sim
Especialidades										
Intervenções										
Oftalmologia	3			20%				Por Caso	Sim	Sim
Catarata	3			20%				Por Caso	Sim	Sim
Prescrição de óculos	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Extracção dentária	3			20%				Por Caso	Sim	Sim
Cuidados dentários	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Aparelhos Correção dentária	3			20%				Por Caso	Sim	Sim
Outros	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Medicamentos										
Genéricos e especialidades farmacêuticas	2			20%				Por Caso	Sim	Sim
Marca e especialidades	2			20%				Por Caso	Sim	Sim

Nota de análise: as células cinzentas não preenchidas assinalam as prestações cujas modalidades de cobertura não têm suficientemente em conta os riscos associados ao seguro. Considerando as medidas de limitação destes riscos, que estão em falta no exemplo considerado, destacam essencialmente:

- o período probatório (à excepção das intervenções gineco-obstétricas), que permite limitar o risco de selecção adversa. A ausência de período probatório pode atrair as pessoas ao SA apenas no momento em que estas ficam doentes, o que pode levar a um desequilíbrio financeiro para o sistema;
- o limite, que deve permitir o controlo dos custos, por exemplo, os custos das hospitalizações, que podem ser bastante elevados provocando um desequilíbrio financeiro;
- a referência obrigatória, que funciona como um meio de reduzir os custos. Os beneficiários sentem-se tentados, por exemplo, a dirigirem-se directamente aos especialistas (mais dispendiosos) em vez de consultarem um médico de clínica geral.

Quadro 15 e 15 bis:

Quadro de funções teóricas e quadro de funções reais

Referência

Volume 1 – parte IV, secção 1.1.2.

Fontes de informação

- Estatutos.
- Regulamento interno.
- Manual de funções.
- Actas das AG.
- Outros textos que regem o funcionamento do SA.
- Reuniões com os gestores, os responsáveis e os beneficiários do SA.
- Ferramentas de gestão.

Método de preenchimento

O quadro de funções é preenchido em dois exemplares. O formato dos dois quadros é idêntico (as mesmas funções / as mesmas questões apresentadas). Apenas difere a origem dos dados utilizados para preenchimento.

- **Quadro 15: Quadro de funções teóricas.** É útil para a identificação dos órgãos e dos intervenientes »teoricamente« encarregues do funcionamento do SA, segundo a repartição das funções definida nos textos do SA.
- **Quadro 15bis: Quadro de funções reais.** É útil para a identificação dos órgãos e dos intervenientes que realizam de forma efectiva as diferentes operações na prática, no momento da avaliação. Para preencher o quadro de funções reais, é necessário colocar aos diferentes intervenientes as questões contidas no quadro e verificar a coerência das informações recolhidas (actas, assinaturas, etc.).

Para cada quadro, o preenchimento é efectuado em duas etapas:

Primeira etapa: a identificação dos órgãos e dos intervenientes.

É conveniente identificar todos os órgãos e todos os intervenientes implicados na gestão e na administração do SA.

Em princípio, cada função, correspondendo a uma questão no quadro, é assegurada por um único órgão. Em contrapartida, podem participar vários intervenientes no seio de cada órgão (célula da coluna “intervenientes no seio do órgão”). É aconselhável codificar através de uma abreviatura, o nome de cada interveniente identificado. Os avaliadores podem subdividir a coluna “órgãos” em colunas, correspondendo a cada órgão identificado (CA, conselho executivo, etc) e fazer o mesmo para a coluna “intervenientes”. Esta fórmula só é utilizável se o número de intervenientes ou de órgãos for reduzido (devido ao número de colunas); o quadro é preenchido, neste caso,

assinalando uma cruz sempre que um órgão ou interveniente(coluna) esteja implicado numa função (linha).

Diferentes categorias de órgãos e de intervenientes foram pré-identificadas (Ver Volume 1, secção 1.1.1.).

Segunda etapa: O preenchimento das células

As principais funções exercidas no seio de um SA são indicadas sob a forma de questões no quadro (coluna1). Uma função pode ser assegurada por vários intervenientes internos e externos.

As funções foram classificadas consoante se tratava de:

- *Funções de decisão*
- *Funções executivas*
- *Funções de controlo*

Para cada função, é conveniente indicar na coluna correspondente, o órgão implicado e os intervenientes responsáveis.

Caso os textos não determinem uma dada função, ou caso a função não exista no SA em questão, a linha permanece em branco.

Se os textos são imprecisos ou ambíguos, serão introduzidos pontos de interrogação com o nome dos intervenientes em questão, acrescentando um comentário que justifique os pontos de interrogação.

Quadro 16:

Análise de um acordo com um prestador de cuidados

Referência

Volume 1 – parte IV, secção 3,3.

Fontes de informação

Acordos com os prestadores de cuidados de saúde.

Método de preenchimento

O quadro só é pertinente no caso em que o SA tenha formalizado as suas relações com os prestadores, com a ajuda de um acordo escrita.

As disposições contratuais mais importantes que figuram num acordo com um prestador estão presentes no quadro. Os acordos utilizados pelo SA podem ter um conteúdo diferente segundo os prestadores. Desde logo, é conveniente utilizar um quadro separado para cada grupo de acordos similares.

Na 2ª coluna do quadro, é necessário indicar “sim”, caso os diferentes elementos mencionados na 1ª coluna estejam considerados no acordo, e “não” para o caso contrário. Estes elementos são:

- *A definição dos serviços abrangidos.* Em “comentários”, é especificado em particular se os serviços são definidos com exactidão.
- *As tarifas.* Em “comentários”, é especificado se as tarifas estão completas.
- *Os modos de pagamento do prestador.* são frequentemente utilizados quatro mecanismos para os SA (ver volume 1, parte III, secção 2.1.2):
 - ✓ Pagamento ao acto;
 - ✓ o pagamento por caso (ou por quadro de doença);
 - ✓ a tarifação por dia de internamento;
 - ✓ a capitação.
- *Os prazos de pagamento.* Em “comentários”, são especificados os prazos de pagamento aceites.
- *As modalidades de aplicação dos co-pagamentos.* Se o SA pratica co-pagamentos, é entendido por modalidade o tipo de co-pagamento em vigor, o tipo de prestações sujeitas ao co-pagamento, o processo de modificação dos co-pagamentos, etc.
- *As condições de modificação das tarifas dos actos assumidos.*
- *Os procedimentos de auditoria médica.*
- *As modalidades de aplicação dos protocolos terapêuticos.*
- *As modalidades de controlo por parte do prestador, dos direitos dos beneficiários.* Trata-se em particular de ver se o acordo

descreve explicitamente a forma de controlo a realizar pelo prestador, (controlo dos cartões, controlo sobre a base de uma lista de beneficiários, etc.).

- *As garantias oferecidas pelo prestador quanto à qualidade dos serviços.* Trata-se de analisar quais são os compromissos assumidos pelo prestador quanto à qualidade dos serviços e as modalidades eventuais de controlo desta qualidade.
- *A duração do acordo e as cláusulas de anulação.*
- *As modalidades de regulamento dos litígios.* Trata-se de analisar se o acordo menciona explicitamente disposições relativas à arbitragem em caso de litígio, por exemplo, o recurso às autoridades judiciárias ou a terceiros.

Quadro 17:

Níveis de progressão para o reconhecimento jurídico

Referência

Volume 1 – parte IV, secção 4,1.

**Fontes
de informação**

Inventário dos textos de que dispõe a organização responsável (OR), ou eventualmente a tutela.

**Método
de preenchimento³**

Será conveniente verificar:

Nível 1: se existe algum texto para reger as actividades da OR.

Nível 2: se a OR dispõe de estatutos e de regulamento interno. No caso das mutualidades, é conveniente verificar se estes estatutos e regulamento interno foram adoptados pelos aderentes.

Nível 3: se a OR depositou de forma legal os seus estatutos e regulamento interno junto das autoridades competentes. É conveniente consultar o comprovativo do depósito (ou de declaração) destes textos.

Nível 4: se a OR dispõe de uma personalidade jurídica. Para isso, deverá ter recebido das autoridades competentes os documentos comprovativos do seu registo oficial e mencionando o número de ordem deste.

Nível 5: se a OR dispõe de uma personalidade jurídica própria ao seguro e à mutualidade, devem ser reunidas duas condições:

- Deve existir no país uma legislação específica (código da mutualidade ou do seguro, por exemplo).
- A personalidade jurídica da OR deve ter sido acordada oficialmente com referência à legislação supracitada.

Quadro 18:

Obrigações estatutárias e regulamentares

Referência

Volume 1 – parte IV, secção 4.2.

**Fontes
de informação**

- Estatutos
- Regulamento interno
- Textos legislativos que regem a actividade do SA.

**Método
de preenchimento**

É conveniente indicar:

- *na 2ª coluna*, a periodicidade das obrigações estatutárias e regulamentares tal como prevista pelos textos do SA (periodicidade teórica);
- *na 3ª coluna*, a frequência real de realização das actividades relativas às obrigações estatutárias e regulamentares.

Comparando as duas colunas, será possível avaliar o respeito pelas obrigações estatutárias e regulamentares. Os comentários relativos a eventuais desvios serão inscritos na 4ª coluna.

As diferentes obrigações consideradas no quadro (linhas do quadro) devem ser ajustadas e eventualmente completadas pelos eventuais avaliadores, seguindo as especificidades do SA.

Parte III:

**Cálculo
dos indicadores**

1 Indicadores de avaliação da viabilidade administrativa

T.1 Acompanhamento das adesões

Referência Volume 1, página 48/49.

Fontes de informação

- Ficha de adesão e de contribuição.
- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.
- Listas de aderentes e/ou de excluídos.

Método de cálculo

Indicador T.1.1: Ferramentas de gestão e de acompanhamento das adesões

O indicador T.1.1 aborda a existência de ferramentas de gestão e de acompanhamento das adesões. Avalia se as ferramentas dispõem de determinados elementos de informação considerados essenciais para um bom acompanhamento das adesões. Foram particularmente considerados três elementos de informação. É atribuído 1/3 de ponto sempre que um destes elementos é considerado nas ferramentas do SA (as informações não são necessariamente actualizadas). A soma aritmética multiplicada por 100 fornece o resultado do indicador em percentagem. O resultado máximo é de 100 por cento.

Elementos de informação	Ponderação
1. Número e/ou nome do aderente	1/3
2. Datas de início de seguro assumido	1/3
3. Datas de fim de seguro assumido	1/3
Total	1

Se não existem ferramentas de gestão e de acompanhamento das adesões, ou se estas ferramentas não contêm os elementos de informação acima mencionados, o resultado do indicador é 0.

Indicador T.1.2: utilização das ferramentas de gestão e de acompanhamento das adesões

O indicador T.1.2 aborda a utilização das diferentes ferramentas de gestão e de acompanhamento das adesões à disposição do SA. Estas ferramentas devem permitir a realização de um determinado número de actividades de acompanhamento. Foram consideradas, dada a sua importância, quatro destas ferramentas. É atribuído ¼ de ponto a cada actividade realizada. A soma aritmética multiplicada por 100 fornece o resultado do indicador em percentagem. O resultado máximo é de 100 por cento.

Actividades	Ponderação
1. Cálculo do número de beneficiários assumidos	¼
2. Cálculo do número médio de beneficiários por aderente contribuinte	¼
3. Actualização da lista dos aderentes e dos beneficiários	¼
4. Actualização periódica da lista dos aderentes com a contribuição em atraso, temporária ou definitivamente excluídos do SA	¼
Total	1

Caso nenhuma das actividades seja realizada no momento da avaliação, o resultado do indicador é 0.

O indicador T.1 corresponde à média aritmética dos indicadores T.1.1 e T.1.2, ou seja:

$$T1 = \frac{T.1.1 + T.1.2}{2}$$

O indicador varia entre 0 e 100 por cento.

T.2: Acompanhamento da participação das contribuições e dos direitos de adesão

Referência Volume 1, página 49.

Fontes de informação

- Ficha de adesão e de contribuição.
- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.
- Listas de aderentes e/ou de excluídos.

Método de cálculo

O indicador T.2 analisa a existência de ferramentas de acompanhamento da participação das contribuições e dos direitos de adesão e o tipo de informação que estas contêm. Para o cálculo do indicador, será conveniente distinguir entre os SA cujo pagamento da contribuição é único e os SA cujo pagamento é fraccionado.

SA onde a contribuição é paga numa única vez:

Três elementos de informação foram seleccionados tendo em conta a sua importância em matéria de acompanhamento da participação das contribuições e dos direitos de adesão. É atribuído 1/3 de ponto sempre que um destes elementos é considerado nas ferramentas do SA, (as informações não são necessariamente actualizadas). A soma aritmética multiplicada por 100 fornece o resultado do indicador em percentagem. O resultado máximo é de 100 por cento.

Elementos de informação	Ponderação
1. Montante das contribuições emitidas	1/3
2. Montante dos direitos de adesão recebidos	1/3
3. Montante total recebido por período	1/3
Total	1

SA onde a contribuição é paga de forma fraccionada:

Sete elementos de informação foram seleccionados, tendo em conta a sua importância, para um bom acompanhamento da participação das contribuições e dos direitos de adesão. É atribuído 1/7 de ponto sempre que um destes elementos é considerado nas ferramentas do SA (as informações não são necessariamente actualizadas). A soma aritmética multiplicada por 100 fornece o resultado do indicador em percentagem. O resultado máximo é de 100 por cento.

Elementos de informação	Ponderação
1. Montante das contribuições emitidas	1/7
2. Montante dos direitos de adesão recebidos	1/7
3. Montante total recebido por período	1/7
4. Montante das contribuições a depositar em caixa dentro do prazo	1/7
5. Montante das contribuições recebidas a título do exercício em curso	1/7
6. Montante das contribuições recebidas a título do exercício seguinte	1/7
7. Número de aderentes (e/ou de beneficiários) actualizados no pagamento da sua contribuição	1/7
Total	1

T.3: **Controlo dos direitos às prestações**

Referência Volume 1, página 50.

Fontes de informação

- Sistemas de informação do SA.
- Métodos de gestão administrativa do SA.
- Reuniões com os gestores e os prestadores de cuidados.

Método de cálculo

O indicador T.3 mede a existência e a aplicação de procedimentos de controlo dos direitos às prestações, ao nível dos prestadores e do SA. Estes procedimentos variam em função das ferramentas de controlo utilizadas, sendo as principais: cartão de aderente, carta de garantia, atestado de cuidados de saúde e lista dos excluídos das prestações do SA.

O cálculo do indicador deverá considerar várias possibilidades:

- SA pode utilizar apenas uma ferramenta de controlo, por exemplo o cartão de aderente.
- SA pode efectuar um controlo múltiplo utilizando várias ferramentas, por exemplo, o cartão de aderente, junto com a carta de garantia ou o cartão de aderente, junto com o atestado de cuidados de saúde e a lista de excluídos.

Para cada utilização de uma ferramenta durante um procedimento de controlo, é atribuído um ponto em conformidade com o quadro de resultados abaixo indicado.

Intervenientes	Actividades	Cartão de aderente	Lista de excluídos	Carta de garantia	Atestado de cuidados de saúde
SA	Actualização dos registos ou fichas de adesão	1	1	1	1
	Verificação da viabilidade do cartão			1	
	Controlo da inscrição do beneficiário na ficha de adesão			1	
	Actualização de uma lista de excluídos		1		
	Comparação fichas de adesão (ou lista de excluídos)/facturas	1	1		

Intervenientes	Actividades	Cartão de aderente	Lista de excluídos	Carta de garantia	Atestado de cuidados de saúde
	Comparação cartas de garantia/facturas			1	
	Comparação atestados/facturas				1
Prestador	Verificação da viabilidade do cartão	1			1
	Controlo da inscrição do beneficiário no cartão	1			1
	Referência a uma lista de excluídos estabelecida pelo SA		1		
Total dos resultados por ferramenta		4	4	4	4

O resultado de cada ferramenta utilizada varia entre 0 e 4.

O indicador T.3, expresso em percentagem, é calculado através da seguinte fórmula:

$$T.3 = \frac{\text{Soma dos resultados correspondente a cada ferramenta utilizada}}{4} \cdot 100$$

Por exemplo, se duas ferramentas são utilizadas, totalizando cada uma delas um resultado de 2 pontos, o valor do indicador será igual a:

$$T.3 = \frac{2 + 2}{4} \cdot 100$$

Sendo T.3 = 50 por cento.

Com efeito, mais do que o resultado do indicador, será importante analisar os procedimentos para determinar se são realizadas todas as actividades de controlo que aparecem no quadro.

O avaliador deverá verificar, durante a análise deste indicador T.3, se os prestadores recusam a assunção dos defraudadores assinalados e/ou se o SA sanciona os seus últimos (reembolso dos cuidados assumidos, suspensão de cartão, exclusão, etc.).

A aplicação de procedimentos de controlo, por muito bom desempenho que estes apresentem, será possível caso os beneficiários, ou até os não beneficiários, possam utilizar os serviços do SA sem temer as sanções.

T.4: Acompanhamento da assunção do seguro

Referência Volume 1, página 50.

Fontes de informação Sistemas de informação do SA.

Método de cálculo **Indicador T.4.1: acompanhamento por prestação e por prestador**

O indicador T.4.1 analisa a existência das ferramentas de gestão e de acompanhamento das prestações assumidas e a qualidade da informação que estas contêm. Este indicador deve ser relacionado com o quadro 5.

O indicador T.4.1 aplica-se no caso onde o acompanhamento por prestador é realizado. O acompanhamento por prestador facilita a análise de eventuais anomalias verificadas nos custos das prestações.

Foram salientados três critérios de apreciação para a avaliação da qualidade do acompanhamento. É atribuído 1/3 de ponto sempre que um deste critérios é realizado. A soma aritmética multiplicada por 100 fornece o resultado do indicador em percentagem. O resultado máximo é de 100 por cento.

Crítérios de apreciação	Ponderação
1. As ferramentas de acompanhamento por prestador contêm o número de prestações assumidas	1/3
2. As ferramentas de acompanhamento por prestador contêm o custo das prestações assumidas	1/3
3. As ferramentas de acompanhamento são actualizadas regularmente (actualizadas no momento da avaliação)	1/3
Total	1

Indicador T.4.2: sistema de informação sobre as prestações assumidas

O indicador T.4.2 é idêntico ao indicador T.4.1. Analisa a existência de dados consolidados (todos os prestadores reunidos) relativos às prestações assumidas. Deve ser relacionado com o quadro 6.

Como anteriormente referido, foram salientados três critérios de apreciação para a avaliação da qualidade do acompanhamento. É atribuído 1/3 de ponto sempre que um deste critérios é realizado. A soma aritmética multiplicada por 100 fornece o resultado do indicador em percentagem. O resultado máximo é de 100 por cento.

Cr�terios de aprecia�o	Pondera�o
1. As ferramentas de acompanhamento por cont�m o n�mero de presta�es assumidas	1/3
2. As ferramentas de acompanhamento por cont�m o custo das presta�es assumidas	1/3
3. As ferramentas de acompanhamento s�o actualizadas regularmente (actualizadas no momento da avalia�o)	1/3
Total	1

O indicador T.4 permite, neste âmbito, considerar o acompanhamento de forma global. Corresponde   média aritmética dos indicadores T.4.1 e T.4.2, ou seja:

$$T.4 = \frac{T.4.1 + T.4.2}{2}$$

O indicador varia entre 0 e 100 por cento.

T.5: Acompanhamento da carteira de riscos

Referência Volume 1, página 50.

Fontes de informação Sistemas de informação do SA.

Método de cálculo **O indicador T.5** permite avaliar se os gestores dispõem de ferramentas que facilitem o acompanhamento da carteira de riscos. É calculado a partir de seis critérios de análise do acompanhamento do número, do custo médio e da frequência das prestações assumidas. Deve ser relacionado com os quadros 6, 7 e 8.

É atribuído 1/6 de ponto sempre que um destes critérios é realizado. A soma aritmética multiplicada por 100 fornece o resultado do indicador em percentagem. O resultado máximo é de 100 por cento.

Critérios	Ponderação
Existência das ferramentas de acompanhamento	
1. As ferramentas permitem o acompanhamento do custo médio das prestações (por categoria e/ou prestações)	1/6
2. As ferramentas permitem o acompanhamento das frequências de riscos (por categoria e/ou prestações)	1/6
Organização das ferramentas de acompanhamento	
3. As ferramentas de acompanhamento dos custos médios são actualizadas anualmente	1/6
4. As ferramentas de acompanhamento dos custos médios são actualizadas trimestralmente	1/6
5. As ferramentas de acompanhamento dos custos médios são actualizadas anualmente	1/6
6. As ferramentas de acompanhamento dos custos médios são actualizadas trimestralmente	1/6
Total	1

T.6

Acompanhamento do registo contabilístico

Referência

Volume 1, página 51.

Fontes de informação

- Documentos e ferramentas contabilísticas.
- Procedimentos de gestão contabilística.

Método de cálculo

O indicador T.6 mede a existência e a qualidade do acompanhamento do registo contabilístico, considerando apenas uma contabilidade. Não se trata de avaliar a gestão contabilística mas os procedimentos de acompanhamento aplicados.

Foram seleccionadas seis actividades. É atribuído 1/6 de ponto para cada actividade realizada. A soma aritmética multiplicada por 100 fornece o resultado do indicador em percentagem. O resultado máximo é de 100 por cento.

Actividade	Ponderação
1. Colecta dos documentos contabilísticos	1/6
2. Arquivo dos documentos contabilísticos	1/6
3. Verificação periódica das escrituras e dos saldos contabilísticos (por exemplo, através do balanço)	1/6
4. Controlo da caixa e aproximação bancária efectuados mensalmente	1/6
5. Controlo da CdR anual	1/6
6. Controlo do balanço anual	1/6
Total	1

T.7

Acompanhamento financeiro

Referência

Volume 1, página 51.

Fontes de informação

- Ferramentas de gestão financeira.
- Procedimentos de gestão financeira.

Método de cálculo

O indicador T.7 analisa a existência e a qualidade do acompanhamento do orçamento e da tesouraria.

Foram seleccionadas cinco actividades de acompanhamento. É atribuído 1/5 de ponto por actividade realizada. A soma aritmética multiplicada por 100 fornece o resultado do indicador em percentagem. O resultado máximo é de 100 por cento.

Actividade	Ponderação
1. Construção do orçamento no início do exercício	1/5
2. Acompanhamento orçamental efectuado pelo menos duas vezes por ano	1/5
3. Construção do plano de tesouraria, para uma duração de pelo menos um ano em início de exercício	1/5
4. Acompanhamento da tesouraria, pelo menos uma vez por trimestre	1/5
5. Acompanhamento da taxa de comparticipação (M.6), pelo menos uma vez por trimestre	1/5
Total	1

T.8: **Qualidade global do acompanhamento**

Referência Volume 1, página 52.

Fontes de informação Indicadores T.1 a T.7.

Método de cálculo Este indicador proporciona uma aproximação da qualidade global do acompanhamento do SA a partir dos indicadores de acompanhamento anteriormente apresentados.

Os resultados dos diferentes indicadores de acompanhamento são analisados no quadro que segue:

Nº	Indicadores de boa gestão	Resultado obtido	Resultado óptimo	Desvio
T.1	Acompanhamento das adesões		1	
T.2	Acompanhamento da participação das contribuições		1	
T.3	Controlo dos direitos às prestações		1	
T.4	Acompanhamento da assunção do seguro		1	
T.5	Acompanhamento da carteira de riscos		1	
T.6	Acompanhamento contabilístico		1	
T.7	Acompanhamento financeiro		1	
	Resultado total		7	

O indicador é igual à média aritmética dos outros indicadores de acompanhamento:

$$T.8 = \frac{\text{Resultado total alcançado}}{7} \times 100$$

2 Indicadores de avaliação da viabilidade técnica

G.1: Modalidades de adesão

Referência Volume 1, página 60.

Fontes de informação

- Estatutos
- Regulamento interno
- Regulamento de adesão (ou outros textos regulamentares).

Método

de cálculo Com base no quadro seguinte, é avaliado o risco de selecção adversa, a que está sujeito o SA, com referência às modalidades de adesão que este utiliza.

Adesão	Voluntária	Obrigatória	Automática
Por indivíduo	3	0	0
Por família	2	0	0
Por de grupo de indivíduos	1	0	0

- 0 = sem selecção adversa.
- 1 = risco fraco de selecção adversa.
- 2 = risco médio de selecção adversa.
- 3 = risco forte de selecção adversa.

Se a adesão é obrigatória ou automática (para um grupo socioprofissional ou uma população de uma dada comunidade), considera-se que o risco de selecção adversa é nulo. Em contrapartida, nos sistemas de adesão voluntária, quanto mais reduzida for a base de adesão, maior será o risco de selecção adversa para o SA.

Caso existam diferentes modalidades de adesão, será necessário ponderar os diferentes resultados, pela percentagem de beneficiários que pertençam a cada uma das categorias propostas (ver quadro 4). O indicador é assim construído da seguinte forma:

Categoria	Voluntária	Obrigatória	Automática
Por indivíduo	A ´ 3 pontos	0	0
Por família	B ´ 2 pontos	0	0
Por grupo de indivíduos	C ´ 1 ponto	0	0
Resultado	Soma aritmética dos pontos		

- *A = proporção de beneficiários com adesão voluntária por indivíduo.*
- *B = proporção de beneficiários com adesão voluntária por família.*
- *C = proporção de beneficiários com adesão voluntária por grupo.*

Exemplo

Um SA conta com 500 beneficiários, sendo:

- 250 com adesão voluntária por indivíduo;
- 250 com adesão voluntária por família;

Cálculo das proporções de beneficiários:

$$A = 250/500 = 0,5$$

$$B = 250/500 = 0,5$$

Categoria	Voluntária	Automática	Obrigatória
Por indivíduo	0,5 ´ 3 pontos = 1,5	0	0
Por família	0,5 ´ 2 pontos = 1,0	0	0
Por grupo de indivíduos	0	0	0
Resultado	G.1 = 1,5 + 1,0 = 2,5		

À medida que o indicador G.1 se aproxima de 0, o SA fica menos sujeito ao risco de selecção adversa, tendo em conta as modalidades de adesão que ele pratica. Quanto mais G.1 se aproxima de 3, maior é a sua exposição a este risco. No exemplo apresentado, com um valor de 2,5 para o indicador , a exposição ao risco torna-se mais forte.

G.2: Qualidade da carteira de riscos

Referência Volume 1, página 62.

Fontes de informação

- Contratos de seguros.
- Regulamento interno (ou textos regulamentares do SA).
- Reuniões com os gestores do SA.

Método de cálculo

Este indicador completa a análise qualitativa efectuada a partir do quadro 12. O resultado do indicador G.2 é obtido com base no mesmo referencial, da seguinte forma:

- *Na 1ª coluna*, são seleccionados os serviços abrangidos pelo SA. O quadro fornece um referencial das prestações mais vulgarmente abrangidas. Será conveniente suprimir as prestações não abrangidas pelo SA.
- *Na 2ª coluna*, “*exposição aos riscos associados aos seguros*”, é considerado o resultado máximo correspondente a cada serviço oferecido pelo SA. Estes resultados são acrescentados de forma a obter o total teórico (X, última linha do quadro), correspondente a uma qualidade perfeita da carteira de títulos. No âmbito deste referencial, caso todos os serviços sejam oferecidos pelo SA, o resultado máximo é de 194, sendo uma qualidade da carteira de riscos de 100 por cento.

Para cada serviço oferecido (por linha), são considerados os “1” para os serviços onde o SA impõe medidas próprias de limitação dos riscos associados aos seguros de saúde, idênticos aos que figuram nos cabeçalhos das colunas 3 e 11 (é contado um ponto caso seja aplicado o pagamento a uma taxa fixa, coluna 9). É adicionado o número de “1” por linha. O resultado constitui o valor obtido por serviço oferecido. É somado o total dos resultados obtidos para ter o total real do SA (Y, última linha do quadro).

O indicador é calculado com a ajuda da seguinte fórmula:

$$G.2 = \frac{Y}{X} \cdot 100 \text{ (expresso em \%)}$$

Referencial dos serviços abrangidos pelo seguro de saúde	Exposição aos riscos associados ao seguro	Medidas de limitação dos riscos associados ao seguro de saúde								
		Período probatório	Franquia (Nota2)	Taxa moderadora	Limite	Acordo prévio	Referência obrigatória	Mecanismos de pagamento (tarifação condicionada)	Racionalização das prestações	Seleção dos prestadores
Cuidados de ambulatório graves										
Intervenções										
Consultas de tratamento	4		1		1			1		1
Cuidados de enfermaria	4		1		1			1		1
Pequenas cirurgias	4		1		1			1		1
Outros	4		1		1			1		1
Medicamentos (Nota 1)										
Genéricos e especialidades farmacêuticas	5		1		1			1		1
Marca e especialidades	6		1		1		1	1		1
Exames										
Laboratório	5		1		1		1	1		1
Radiologia	5		1		1		1	1		1
Outros	5		1		1		1	1		1
Consultas de prevenção										
Intervenções										
Consultas pré-natais	5		1				1	1	1	1
Cuidados maternos e infantis	2		1						1	
Vacinações	2		1						1	
Outros	2		1						1	
Medicamentos										
Genéricos e especialidades farmacêuticas			-		-			-		-
Marca e especialidades			-		-		-	-		-
Cuidados de ambulatório crónicos										
Intervenções										
Tuberculose	7		1		1	1	1	1	1	1
Lepra	7		1		1	1	1	1	1	1
HIV / SIDA	7		1		1	1	1	1	1	1
Outros	7		1		1	1	1	1	1	1
Medicamentos										
Genéricos e especialidades farmacêuticas			-		-			-		-
Marca e especialidades			-		-		-	-		-
Intervenções cirúrgicas não programadas										
Intervenções										
Tratamento de hérnias estranguladas	2		1						1	
Apendicectomia	2		1						1	
Outras oclusões intestinais	2		1							
Redução de fracturas	2		1							
Outros	2		1							
Medicamentos										
Genéricos e especialidades farmacêuticas			-		-			-		-

Referencial dos serviços abrangidos pelo seguro de saúde	Exposição aos riscos associados ao seguro	Medidas de limitação dos riscos associados ao seguro de saúde									
		Período probatório	Franquia (Nota2)	Taxa moderadora	Limite	Acordo prévio	Referência obrigatória	Mecanismos de pagamento (tarifação condicionada)	Racionalização das prestações	Seleção dos prestadores	
Marca e especialidades			-		-		-	-		-	-
Intervenções gineco-obstétricas											
Intervenções											
Parto sem complicações	4		1		1			1	1		
Cesariana	2		1					1			
Parto distóxico: utilização de forceps, ventosas, etc.	2		1					1			
Curetagem pós-parto ou após aborto espontâneo ou provocado	2		1					1			
Outros	2		1					1			
Medicamentos											
Genéricos e especialidades farmacêuticas			-		-			-		-	-
Marca e especialidades			-		-		-	-		-	-
Hospitalizações médicas não programadas											
Intervenções											
Tratamento das complicações das doenças mais correntes.	4		1		1	1			1		
Paludismo (sob hospitalização)	4		1		1	1			1		
Infecções respiratórias graves	4		1		1	1			1		
Diarreia com desidratação	4		1		1	1			1		
Serviço de reanimação	4		1		1	1			1		
Outros	4		1		1	1			1		
Medicamentos											
Genéricos e especialidades farmacêuticas			-		-			-		-	-
Marca e especialidades			-		-		-	-		-	-
Hospitalizações programadas											
Intervenções											
Doença crónica	5		1		1	1	1	1			
Cura de hérnia simples	5		1		1	1	1	1			
Cirurgia de tireoide	5		1		1	1	1	1			
Histerectomia ou cirurgia de um fibroma	5		1		1	1	1	1			
Outros	5		1		1	1	1	1			
Medicamentos											
Genéricos e especialidades farmacêuticas			-		-			-		-	-
Marca e especialidades			-		-		-	-		-	-
Transporte / evacuação											
Todos	5		1		1		1	1			1
Especialidades											
Intervenções											
Oftalmologia	5		1		1	1			1		1
Catarata	6		1		1	1	1		1		1

Referencial dos serviços abrangidos pelo seguro de saúde	Exposição aos riscos associados ao seguro		Medidas de limitação dos riscos associados ao seguro de saúde								
			Período probatório	Franquia (Nota2)	Taxa moderadora	Limite	Acordo prévio	Referência obrigatória	Mecanismos de pagamento (tarifação condicionada)	Racionalização das prestações	Seleção dos prestadores
Prescrição de óculos	5		1			1			1		1
Extracção dentária	5		1		1	1			1		1
Cuidados dentários	5		1		1	1			1		1
Aparelhos Correção dentária	5		1			1	1		1		1
Outros	5		1		1	1			1		1
Medicamentos											
Genéricos e especialidades farmacêuticas			-		-			-		-	-
Marca e especialidades			-		-		-	-		-	-
Outros											
<i>Total</i>	X = 194	Y	46	33		22	17	21	31	6	18

Nota 1: os medicamentos serão contabilizados uma única vez no cálculo do indicador, a não ser que sejam sujeitos a medidas diferentes por categorias de serviços.

Nota 2: no caso dos serviços para os quais a franquia e a taxa moderadora limitam os riscos associados ao seguro de saúde, foi considerado ser apenas necessário aplicar, de cada vez, uma destas medidas.

G.3: Custos médios das prestações assumidas

Referência Volume 1, página 62.

Fontes de informação

- Fichas de base das prestações assumidas por prestador (quadro 4).
- Ficha de acompanhamento dos custos médios das prestações assumidas (quadro 7).
- Dados financeiros disponíveis junto dos prestadores.
- Inquéritos.

Método de cálculo

G.3.1: evolução dos custos médios das prestações assumidas

O indicador pode ser construído de duas formas:

a partir dos valores brutos dos custos médios das prestações assumidas, representadas num quadro ou em forma gráfica;

a partir das taxas de crescimento dos custos médios das diferentes prestações. A fórmula utilizada é então a seguinte:

$$\mathbf{G.3.1 = \frac{\text{Custo médio}_N - \text{Custo médio}_{N-1}}{\text{Custo médio}_{N-1}}}$$

A evolução dos custos médios pode ser analisada de diferentes formas:

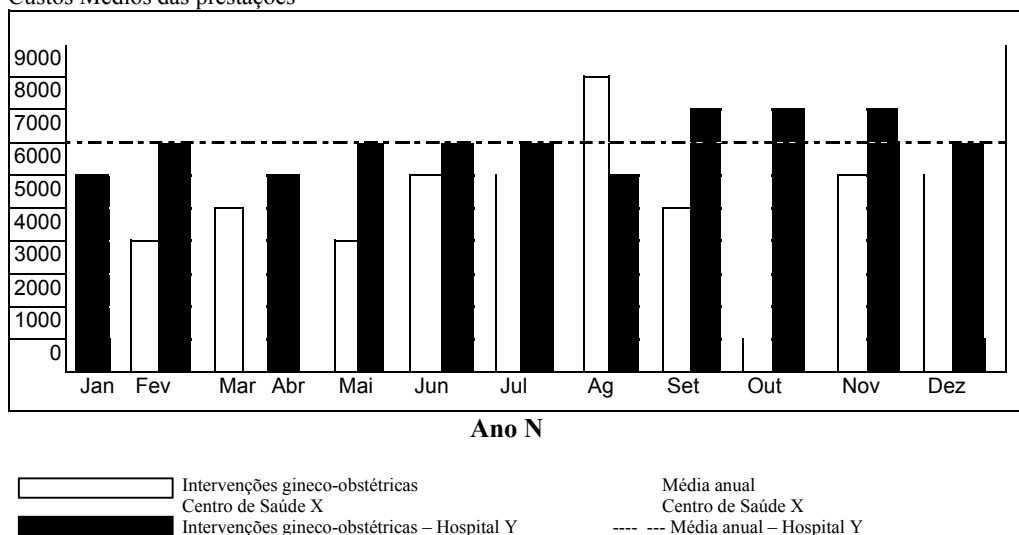
- análise, no tempo, da evolução do custo médio de uma prestação. A análise permite localizar e caracterizar um aumento dos custos: aumento reversível, progressão regular, etc.;
- comparação da evolução dos custos médios dos cuidados fornecidos por diferentes prestadores. Esta análise permite detectar os abusos de determinados prestadores ou uma modificação diferente das técnicas de tratamento por eles utilizadas.

Nos dois casos, podem ser estabelecidos gráficos. Para se tornar significativa, a comparação dos custos médios deverá ser realizada com base numa duração suficientemente longa.

Exemplo

O seguinte gráfico está elaborado com base em dados da ficha de acompanhamento dos custos médios de prestações assumidas, do SA de Kalto.

Custos Médios das prestações



Nota de análise: a análise do gráfico permite verificar uma relativa estabilidade dos custos das intervenções gineco-obstétricas praticadas pelo hospital Y. Em contrapartida, o mesmo não se verificou no centro de saúde X, onde os custos médios sofreram alterações durante o mês de Agosto. A análise deste desvio demonstrou que este centro de saúde não fez referência ao hospital de um caso complicado que necessitava de um tratamento dispendioso, mesmo apesar do esquema de referência criado com o SA. O acompanhamento contínuo realizado pelo SA permitiu identificar rapidamente este desvio e intervir junto do centro de saúde de forma a evitar que um caso idêntico se voltasse a verificar.

G.3.2: comparação dos custos médios dos serviços para os beneficiários e os não beneficiários.

Este indicador pode ser útil para a confirmação da existência de eventuais superprescrições. No entanto, nem sempre é possível obter as informações necessárias para o seu cálculo.

Para cada serviço (ou categoria de serviços) e para o mesmo período, é necessário dispor das seguintes informações:

- X = custo médio da prestação considerada (ou categoria).
- Y = co-pagamento (franquia, taxa moderadora, limite) assumido pelo beneficiário do SA para a prestação considerada. O co-pagamento é calculado com base na média dos co-pagamentos assumidos pelos beneficiários para a prestação considerada.
- Z = custo médio da mesma prestação facturada a um não beneficiário (partindo dos dados disponíveis junto do prestador ou através de inquéritos numa amostra representativa de não beneficiários).

O indicador G.3.2 de comparação dos custos médios dos serviços para os beneficiários e não beneficiários, é obtido da seguinte forma:

$$G.3.2 = \frac{X + Y}{Z} \times 100$$

Uma taxa superior a 100 por cento indica uma possível sobreprescrição por parte dos prestadores. Para verificar se existe uma determinada sobreprescrição, são necessárias outras análises.

Exemplo

Com a intervenção do médico chefe, é possível calcular o custo médio de um parto simples para uma parturiente beneficiária e não beneficiária do SA. Para os beneficiários, o custo era de 5 000 FCFA, para os outros, de 3 000 FCFA no ano N. Questionada em relação a estas diferenças, a aldeã adiantou que poderia aplicar todos os cuidados necessários aos não beneficiários, um argumento não confirmado pela análise dos dossiers médicos efectuados pelo médico.

3 Indicadores de avaliação da viabilidade Funcional

M.1: Taxa de crescimento bruto

Referência Volume 1, página 64.

Fontes de informação

- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.
- Ficha de adesão e de contribuição.
- Ficha de acompanhamento do número de beneficiários (quadro 4).
- Lista dos beneficiários (ou dos excluídos).

Método de cálculo

Podem ser calculadas três taxas de crescimento bruto com base em períodos idênticos (meses/anos, por exemplo) segundo a disponibilidade dos dados, com a ajuda das seguintes fórmulas⁴:

M.1: a taxa de crescimento bruto

$$M.1 = \frac{\text{Aderentes}_N - \text{Aderentes}_{N-1}}{\text{Aderentes}_{N-1}} \cdot 100$$

M.1.1: a taxa de crescimento do número de beneficiários

$$M.1.1 = \frac{\text{Beneficiários}_N - \text{Beneficiários}_{N-1}}{\text{Beneficiários}_{N-1}} \cdot 100$$

M.1.2: a taxa de crescimento do número de pessoas a cargo

$$M.1.2 = \frac{\text{Pessoas a cargo}_N - \text{Pessoas a cargo}_{N-1}}{\text{Pessoas a cargo}_{N-1}} \cdot 100$$

Exemplo

As taxas de crescimento bruto do SA de Kalto nos anos N e N-1, calculadas a partir de dados do quadro 4, são os seguintes:

Taxa de crescimento bruto	No ano N-1	No ano N
Aderentes (M.1)	$[(238 - 148) / 148] \cdot 100 = + 60,8 \%$	$[(265 - 238) / 238] \cdot 100 = + 11,3 \%$
Beneficiários (M.1.1)	$[(1529 - 948) / 948] \cdot 100 = + 61,3 \%$	$[(1705 - 1529) / 1529] \cdot 100 = + 11,5 \%$
Pessoas a cargo (M.1.2)	$[(1291 - 800) / 800] \cdot 100 = + 61,4 \%$	$[(1440 - 1291) / 1291] \cdot 100 = + 11,5 \%$

M.2: Taxa de constância

Referência Volume 1, página 64.

Fontes de informação

- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.
- Ficha de adesão e de contribuição.

Método de cálculo

A taxa de constância corresponde à taxa de renovação das adesões e assim dos contratos assinados entre o SA e os aderentes.

A forma do contrato varia segundo o tipo de SA. No caso de um sistema de seguro comercial, o contrato será escrito e assinado pelo segurador e o segurado. No caso de uma mutualidade de saúde, trata-se de um contrato tácito cujos termos figuram no seio dos estatutos e do regulamento interno.

Em qualquer dos casos, o contrato é normalmente anual. Outros casos exemplificativos deverão se considerados para o cálculo da taxa de constância:

- *Para os SA com um período fixo de adesão*, o cálculo do indicador é efectuado no final do período de adesão e corresponde à relação entre o número total de aderentes no ano N-1.

$$M.2 = \frac{\text{Antigos membros}_{\text{Ano N}}}{\text{Membros}_{\text{Ano N-1}}} \cdot 100$$

Quando as contribuições são anuais, a renovação dos contratos corresponde igualmente à renovação das contribuições. Estamos, neste caso, perante uma taxa de constância ou de nova contribuição.

Quando as contribuições são fragmentadas por semana, mês, trimestre, etc., a nova contribuição corresponde ao pagamento regular das contribuições após cada pedido do SA. A constância e a nova contribuição devem assim ser distinguidas, sendo a segunda avaliada pela taxa de participação das contribuições.

- *Para os SA com um período de adesão aberto*, o cálculo do indicador efectua-se em duas partes:

✓O SA faz o cálculo mensal da taxa de renovação dos contratos assinados (ou renovados) no mesmo mês do ano anterior e aplicando a fórmula proposta anteriormente.

✓No final do ano, a taxa de constância corresponde à média das taxas calculadas mensalmente.

Exemplo

O exemplo seguinte ilustra o cálculo nos anos N e N-1, da taxa de constância num SA com um período fixo de adesão que apresenta, anualmente, as seguintes situações:

	N-2	N-1	N
Novos aderentes	100	250	160
Suspensões	-	10	20
<i>Total dos aderentes</i>	100	340	480

As taxas de constância nos anos N e N-1 são as seguintes:

No ano N-1: **M.2** = $[(340 - 250) / 100] \cdot 100 = \mathbf{90\%}$

No ano N: **M.2** = $[(480 - 160) / 340] \cdot 100 = \mathbf{94\%}$

O indicador poderia igualmente ser calculado da seguinte forma:

No ano N: **M.2** = $[(340 - 20) / 340] \cdot 100 = \mathbf{94\%}$

M.3: Taxa de crescimento interno

Referência Volume 1, página 66.

Fontes de informação

- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.
- Ficha de adesão e de contribuição.

Método de cálculo

O indicador avalia a taxa de crescimento dos aderentes provenientes de anteriores zonas de intervenção do SA. É calculado com a ajuda da seguinte fórmula:

$$M.3 = \frac{\text{Aderentes}_{\text{Ano N}} \text{ nas zonas onde operava o SA no Ano N-1} - \text{Aderentes}_{\text{Ano N-1}}}{\text{Aderentes}_{\text{Ano N-1}}} \cdot 100$$

Tal como para o indicador M.1, esta taxa pode ser calculada para os beneficiários e as pessoas a cargo substituindo, na fórmula, o número de aderente pelo número considerado.

Exemplo

A partir do registo das moradas dos aderentes registados nas ferramentas de acompanhamento do SA de Kalto, é possível repartir os aderentes contribuintes no ano N-1 segundo a sua origem.

Aderentes contribuintes	Ano N -2	Ano N -1
Antigas zonas	148	135
Novas zonas	0	103
Total	148	238

A taxa de crescimento interno no ano N-1 é:

$$M.3 = [(135-148) / 148] \cdot 100 = \mathbf{8,8 \%}$$

Nota de análise: M.3 é negativo enquanto a taxa de crescimento bruto (M.1) é positiva (+ 60,8 por cento). Assim, verifica-se que não houve crescimento do número de aderentes na antiga zona de intervenção e que o crescimento do número total de aderentes se deve à extensão geográfica.

M.4: Taxa de crescimento externo

Referência Volume 1, página 66.

Fontes de informação

- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.
- Ficha de adesão e de contribuição.

Método de cálculo

O indicador calcula a proporção de aderentes provenientes de novas zonas de intervenção do SA com a ajuda da seguinte fórmula:

$$M.4 = \frac{\text{Aderentes}_{\text{Ano N nas novas zonas de intervenção do SA}}}{\text{Aderentes}_{\text{Ano N-1}}} \times 100$$

Tal como para o indicador M.1, esta taxa pode ser calculada para os beneficiários e para as pessoas a cargo substituindo, na fórmula, o número de aderentes pelo número considerado.

Aderentes contribuintes	Ano N -2	Ano N -1
Antigas zonas	148	135
Novas zonas	0	103
Total	148	238

A taxa de crescimento externo do SA de Kalto durante o ano N-1 é:

$$M.4 = (103 / 148) \times 100 = 69,6 \%$$

Nota de análise: o indicador demonstra que para o ano N-1, o crescimento externo foi bastante importante na dinâmica da adesão.

M.5: Taxa de penetração

Referência Volume 1, página 66.

Fontes de informação

- Características da população da zona de intervenção e do público alvo (quadro 3).
- Ficha de acompanhamento do número de beneficiários (quadro 4).
- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.
- Ficha de adesão e de contribuição.
- Lista dos beneficiários (ou dos excluídos).

Método de cálculo

O indicador calcula a parte do público alvo que é beneficiária. O cálculo é efectuado com a ajuda da seguinte fórmula:

$$M.5 = \frac{\text{Beneficiários}_{\text{Ano N}}}{\text{Público alvo}_{\text{Ano N}}} \cdot 100$$

A taxa de penetração pode igualmente ser calculada por categoria de beneficiários e de membros do público alvo. As categorias podem ser, por exemplo, o sexo, a idade ou o rendimento.

Exemplo

As taxas de penetração do SA de Kalto durante os seus três primeiros anos de funcionamento são os seguintes:

	Número de beneficiários e efectivo do público alvo		
	Ano N -2	Ano N -1	Ano N
Beneficiários	948	1 529	1 705
Público alvo	10 000	10 200	10 300
Taxa de penetração	9,5%	15,0%	16,6%

M.6: Taxa de participação

Referência Volume 1, página 67.

Fontes de informação

- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.
- Ficha de adesão e de contribuição.

Método de cálculo

O indicador calcula a proporção de contribuições emitidas, efectivamente em caixa pelo SA, (numa determinada data). O cálculo é efectuado com a ajuda da seguinte fórmula:

$$\mathbf{M.6 = \frac{\text{Montante das contribuições recebidas} \times 100}{\text{Montante das contribuições emitidas}}}$$

Exemplo

A mutualidade de Kalikoro emitiu 1 300 000 FCFA de contribuições para o exercício N, no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro. Depositou efectivamente em caixa na data de vencimento 1 250 000 FCFA. A taxa de participação é igual a:

$$\mathbf{M.6 = (1\,250\,000 / 1\,300\,000) \times 100 = 96,2 \%}$$

M.7: Prazo médio de pagamento dos prestadores ou de reembolso dos aderentes

Referência Volume 1, página 67.

Fontes de informação

- CdR.
- Balanço.

Método de cálculo

As regras em vigor quanto às modalidades de reembolso dos aderentes ou de pagamento dos prestadores, (pagamento por terceiros) diferem tendo em conta o SA. São propostos dois indicadores:

M.7.1: prazo médio de pagamento dos prestadores

O indicador é calculado com base nas dívidas para com os prestadores que figuram no balanço, (quadro 2, célula 5.1) e o montante total das prestações que figuram na CdR (quadro 1, célula a).

$$M.7.1 = \frac{\text{Dívidas para com os prestadores} \times 365 \text{ dias}}{\text{Total das prestações}}$$

Este prazo médio de pagamento dos prestadores deve ser analisado em relação aos prazos acordados com o prestador ou, na sua ausência, segundo as práticas verificadas, em matéria de regulamento dos prestadores.

M.7.2: prazo médio de reembolso dos aderentes

O indicador é calculado com base nas dívidas para com os aderentes que figuram no balanço (quadro 2, célula 5,2) e o montante total das prestações assumidas que figuram na CdR (quadro 1, célula a).

$$M.7.2 = \frac{\text{Dívidas para com os aderentes} \times 365 \text{ dias}}{\text{Total das prestações}}$$

O valor do indicador deve ser relacionado com os prazos verificados em SA similares. É igualmente necessário obter informações sobre a eventual existência de queixas por parte dos aderentes neste domínio. Por fim, a evolução do indicador constitui uma informação interessante para a apreciação do funcionamento do SA.

Exemplo

Com base na própria CdR e no próprio balanço (quadro 1 e 2), o indicador de prazo médio de pagamento dos prestadores da mutualidade de Kalikoro, que pratica o sistema do pagamento por terceiros, é o seguinte:

$$\begin{aligned} M.7.1 &= (\text{célula 5.1}) / (\text{célula a}) \times 365 = \\ &= (150\,000 / 900\,000) \times 365 \text{ dias} = \mathbf{61 \text{ dias}} \end{aligned}$$

4 Indicadores de avaliação da viabilidade financeira

F.1: Relação de liquidez imediata

Referência Volume 1, página 69.

Fonte de informação

- Balanço.

Método de cálculo

Esta relação é calculada a partir dos activos circulantes directamente disponíveis, nomeadamente os montantes nas contas bancárias e em caixa (quadro 2, células 16.1 e 16.2) e as dívidas a curto prazo (quadro 2, célula 5). Os outros activos circulantes (créditos, existências e aplicações) não são considerados uma vez que não estão imediatamente disponíveis.

A relação de liquidez imediata é obtido com a ajuda da seguinte fórmula:

$$F.1 = \frac{\text{Depósitos em caixa} + \text{Depósitos em banco}}{\text{Dívidas a curto prazo}}$$

Exemplo

No caso da mutualidade de Kalikoro (quadro 2), a relação de liquidez imediata é igual a:

$$F.1 = (\text{célula 16}) / (\text{célula 5}) \text{ sendo } (390\ 000 + 100\ 000) / 150\ 000 = 3,3$$

Nota de análise: o valor elevado da relação significa que a mutualidade não terá problemas em suportar as suas dívidas a curto prazo, (por outro lado, é necessário um exame do plano de tesouraria uma vez que é possível que a mutualidade mantenha a liquidez em quantidade demasiado elevada).

F.2: Relação de capitais próprios

Referência Volume 1, página 70.

Fonte de informação

Balanço.

Método de cálculo

Esta relação é calculada a partir dos capitais próprios (quadro 2, células 1, 2, 3) e do conjunto das dívidas do SA (quadro 2, células 4 e 5).

A relação de capitais próprios é obtida com a ajuda da seguinte fórmula:

$$F.2 = \frac{\text{Capitais próprios} \cdot 100}{\text{Dívidas}}$$

Exemplo

No caso da mutualidade de Kalikoro (quadro 2), a relação de capitais próprios é igual a:

$$\begin{aligned} F.2 &= [(\text{células } 1+2 + 3) / (\text{células } 4 + 5)] \cdot 100 \\ &= [(300\ 000 + 90\ 000 + 150\ 000) / 150\ 000] \cdot 100 = \mathbf{360\ \%} \end{aligned}$$

A relação indica que a liquidez geral da mutualidade é bastante boa.

F.3: Relação de cobertura dos encargos ou taxa de reserva

Referência Volume 1, página 70.

**Fontes
de informação**

Balanço.
CdR.

**Método
de cálculo**

A relação é calculada a partir das reservas contabilísticas que figuram no balanço (quadro 2, célula 1) e os encargos em prestações do SA, que figuram na CdR (quadro 9, célula a). A relação é calculada após atribuição do resultado⁵.

A relação de cobertura dos encargos (em prestações) ou taxa de reserva obtida com a ajuda da seguinte fórmula:

$$F.3.1 = \frac{\text{Reservas}}{\text{Encargos em prestações}} \cdot 100 \text{ (em \%)}$$

$$F.3.2 = \frac{\text{Reservas}}{\text{Encargos em prestações}} \cdot 12 \text{ (em mês)}$$

Exemplo

No caso da mutualidade de Kalikoro (quadro 1 e 2) e partindo do princípio que a integridade do resultado é afectada às reservas, a taxa de reserva é igual a:

$$\begin{aligned} F.3.1 &= [(célula 1 + 2) / (célula a)] \cdot 100 = \\ &= [(300\ 000 + 90\ 000) / 900\ 000] \cdot 100 \\ &= 43,3 \% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} F.3.2 &= [(célula 1 + 2) / (célula a)] \cdot 12 = \\ &= [(300\ 000 + 90\ 000) / 900\ 000] \cdot 12 \\ &= 5,2 \text{ meses} \end{aligned}$$

F.4: Relação das contribuições adquiridas/encargos

Referência Volume 1, página 71.

Fonte de informação

CdR.

Método de cálculo

F.4.1: relação das contribuições adquiridas / encargos de exploração

Esta relação é calculada a partir do montante das contribuições adquiridas (quadro 1, célula f) e do montante dos encargos de exploração do exercício considerado, nomeadamente os encargos em prestações e outros encargos do SA (quadro 1, célula a + b).

$$F.4.1 = \frac{\text{Contribuições adquiridas}}{\text{Encargos de exploração}}$$

F.4.2: relação das contribuições adquiridas / encargos totais

Esta relação é calculada a partir do montante das contribuições adquiridas (quadro 1, célula f) e do montante total dos encargos do exercício (quadro 1, célula A).

$$F.4.2 = \frac{\text{Contribuições adquiridas}}{\text{Encargos totais}}$$

Exemplo

No caso da mutualidade de Kalikoro (quadro 1), as relações de contribuições adquiridas são iguais a:

$$\begin{aligned} F.4.1 &= (\text{célula f}) / (\text{células a} + \text{b}) = \\ &= 1\,200\,000 / (900\,000 + 365\,000) \\ &= \mathbf{0,95} \end{aligned}$$

Nota de análise: a mutualidade não pode cobrir na totalidade as suas prestações e os seus encargos de exploração.

$$F.4.2 = (\text{célula f}) / (\text{célula A}) = 1\,200\,000 / 1\,265\,000 = \mathbf{0,95}$$

Nota de análise: a mutualidade não serve para cobrir a totalidade dos encargos do exercício com as contribuições adquiridas.

Neste exemplo, os dois indicadores são idênticos na medida em que para o exercício considerado, a mutualidade apenas suportou os encargos de exploração. A relação F.4.2 deveria ser inferior a 0,95 se a mutualidade tivesse amortizado os equipamentos ou os edifícios, se tivesse suportado os encargos financeiros ou os encargos excepcionais.

F.5: Relação de sinistralidade

Referência Volume 1, página 71.

**Fonte
de informação**

CdR.

**Método
de cálculo**

A relação é calculada a partir das prestações assumidas (quadro 1, célula a) e das contribuições adquiridas para o exercício (quadro 1, célula f), que figuram na CdR. A relação de sinistralidade é obtida com a ajuda da seguinte fórmula:

$$F.5 = \frac{\text{Prestações totais}}{\text{Contribuições adquiridas}} \cdot 100$$

Exemplo No caso da mutualidade de Kalikoro (quadro 1), a relação de sinistralidade é igual a:

$$F.5 = (\text{célula a}) / (\text{célula f}) = (900\,000 / 1\,200\,000) \cdot 100 = 75 \%$$

Nota de análise: o valor da relação indica que uma boa parte das contribuições serve efectivamente para o financiamento das prestações. Este valor é satisfatório.

F.6: Relação dos custos de funcionamento bruto

Referência Volume 1, página 72.

Fonte de informação

CdR.

Método de cálculo

A relação é calculada com base nos “outros encargos de funcionamento” (quadro 1, célula b + c) e no total dos produtos do exercício de que dispõe o SA (quadro 1, célula X), que figuram na CdR.

A relação dos custos de funcionamento bruto é obtida com a ajuda da seguinte fórmula:

$$F.6 = \frac{\text{Outros encargos}}{\text{total Produtos}} \cdot 100$$

Exemplo

No caso da mutualidade de Kalikoro (quadro 1), a relação dos custos de funcionamento bruto é igual a:

$$F.6 = (\text{célula b + c}) / (\text{célula X}) = (365\ 000 / 1\ 355\ 000) \cdot 100 \\ = 26,9 \%$$

Nota de análise: a relação é elevada, mas perto de metade dos custos de funcionamento estão associados a actividades de formação e de promoção (200 000). Se o SA está na sua fase inicial, é normal que sejam efectuados esforços importantes de sensibilização e de formação. A evolução desta relação deve ser acompanhada.

5 Método de valorização dos custos dissimulados e cálculo dos resultados económicos

Referência Volume 1, página 79.

Fontes de informação

- Quadro de funções (quadro 15 e 15bis)-
- CdR.
- Balanço.

Identificação e valorização dos custos dissimulados

1. A identificação: Os avaliadores têm de identificar as actividades cujos custos não foram considerados na CdR e no balanço.

Exemplo: a mutualidade de Kalikoro em fase de lançamento, beneficiou do apoio de um projecto. As actividades seguintes foram realizadas sem que ela tivesse de suportar os custos:

- preenchimento dos cartões de aderentes. Esta actividade foi efectuada por animadores e um secretário, colocados à disposição da mutualidade.
- estabelecimento da CdR e do balanço da mutualidade. Esta actividade foi realizada pelo projecto.
- A organização de três sessões de formação para os responsáveis e gestores do SA. Esta actividade foi executada por uma ONG e financiada pelo projecto.

2. A valorização: para determinar o montante dos custos dissimulados, é calculado o custo das actividades que o SA deveria ter realizado para beneficiar dos mesmos serviços em relação a todos aqueles para quem os serviços foram fornecidos de forma gratuita.

- *Retomando o exemplo supramencionado, a valorização dos custos dissimulados para as diferentes actividades é a seguinte:*
- *preenchimento dos cartões de aderentes.* Verificou-se que, se a mutualidade tivesse contratado os serviços de um agente para o preenchimento dos cartões de aderente, teria gasto 20 000 FCFA.
- *estabelecimento da CdR e do balanço.* A mutualidade avaliou em 50 000 FCFA o custo de elaboração dos relatórios financeiros por um contabilista credenciado.
- *A organização e o financiamento de três sessões de formação.* O custo das sessões de formação foi calculado em 100 000 FCFA (deslocação, alojamento de 5 pessoas durante 4 dias).

Neste exemplo, os custos dissimulados representam no total:

$$20\ 000 + 50\ 000 + 100\ 000 = 170\ 000\ \text{FCFA}$$

***Cálculo
do resultado
económico***

1. A consideração dos custos dissimulados: após ter identificado os custos dissimulados, é necessário determinar aqueles que devem ser considerados para o cálculo do resultado económico do SA. Para isso, é necessário considerar a necessidade de reconduzir no futuro as actividades relacionadas, a perenidade das fontes externas de financiamento (projecto, instituição pública, comunidade, etc.), o grau desejado de autonomia do SA, etc. Será necessário relembrar que o objectivo principal da valorização dos custos dissimulados é o de incentivar a capacidade do SA em suportar o conjunto dos seus encargos.

2. O cálculo do resultado económico: o resultado económico corresponde ao resultado do exercício com diminuição dos custos dissimulados valorizados.

Exemplo: no caso da mutualidade de Kalikoro, o resultado do exercício é igual a + 90 000 FCFA. Quanto ao resultado económico é igual a:

$$90\ 000\ \text{FCFA} - 170\ 000\ \text{FCFA} = - 80\ 000\ \text{FCFA}$$

A mutualidade possuía um resultado económico negativo enquanto a sua CdR apresentava um resultado positivo (após subsídio). A mutualidade não está apta, em relação a este exercício, a suportar o conjunto dos encargos necessários ao seu funcionamento.

6 Indicadores de avaliação da viabilidade económica

V.1: Taxa de financiamento próprio

Referência Volume 1, página 81.

Fontes de informação

- CdR.
- Contabilização dos custos dissimulados.

Método de cálculo

A taxa de financiamento próprio avalia a capacidade do SA para financiar o conjunto dos seus encargos. É calculada a partir dos produtos “próprios” do SA, (total dos produtos antes do subsídio) para o exercício considerado (quadro 1, célula B), dos encargos totais que figuram na CdR do exercício (quadro 1, célula A) e dos custos valorizados.

O indicador é calculado com a ajuda da seguinte fórmula:

$$V.1 = \frac{\text{Total produtos antes do subsídio}}{\text{total encargos} + \text{custos dissimulados valorizados}} \cdot 100$$

Exemplo No caso da mutualidade de Kalikoro (quadro 1), a relação de financiamento próprio é igual a:

$$V.1 = \left\{ \frac{\text{célula B}}{(\text{célula A}) + (\text{custos dissimulados valorizados})} \right\} \cdot 100 \\ = [1\ 205\ 000 / (1\ 265\ 000 + 170\ 000)] \cdot 100 = \mathbf{84\ \%}$$

Nota de análise: esta relação indica que a mutualidade abrangeu 84 por cento dos seus encargos (custos dissimulados incluídos), com os o seus próprios produtos (subsídios não incluídos) durante o exercício considerado.

V.2: Relação das contribuições adquiridas/ (encargos + custos dissimulados)

Referência Volume 1, página 81.

Fontes de informação

CdR.
Contabilização dos custos dissimulados.

Método de cálculo

Esta relação é complementar à relação das contribuições adquiridas / encargos totais (F.4.2). Ao contrário deste último, são considerados os custos dissimulados.

A relação é calculada a partir do montante das contribuições adquiridas (quadro 1, célula f) e do montante dos encargos e custos dissimulados do exercício considerado (quadro 1, célula A + custos dissimulados valorizados).

$$V.2 = \frac{\text{Contribuições adquiridas}}{\text{Encargos totais} + \text{Custos dissimulados valorizados}}$$

Exemplo

No caso da mutualidade de Kalikoro (quadro 1), a relação é igual a:

$$V.2 = (\text{célula f}) / [(\text{célula A}) + (\text{custos dissimulados valorizados})] \\ = 1\,200\,000 / (1\,265\,000 + 170\,000) = \mathbf{0,84}$$

Nota de análise: a análise financeira demonstrou que a relação de contribuições adquiridas / encargos totais (F.4.2) era de 0,95. A mutualidade não serve para cobrir a totalidade dos encargos do exercício com a ajuda das contribuições.

Ao serem avaliados os custos dissimulados, verifica-se que a mutualidade estará muito menos em posição de abranger o conjunto dos seus encargos pelas contribuições. Esta situação é confirmada pelo valor da relação V.2 que é inferior à do indicador F.4.2. As duas relações indicam que o equilíbrio financeiro da mutualidade depende de recursos externos.

7 Indicadores de avaliação dos recursos humanos

H.1: Ferramentas de administração de pessoal

Referência Volume 1, página 97.

Fontes de informação

Ferramentas de administração de pessoal.

Método de cálculo

O indicador H.1 avalia a existência e a qualidade das ferramentas de administração do pessoal do SA. Foram apenas consideradas duas ferramentas para o cálculo do indicador: o manual das funções e o regulamento de trabalho. O mesmo princípio pode ser aplicado com ferramentas equivalentes.

Foram seleccionados oito elementos de informação em função da sua importância. É atribuído 1/8 de ponto sempre que um destes elementos é abrangido numa ferramenta. O resultado total multiplicado por 100 fornece o valor do indicador em percentagem.

Elementos de informação	Ponderação
O manual das funções contém os seguintes elementos:	
1. Os objectivos de cada função do SA	1/8
2. O grau de qualificação requerido para a função	1/8
3. A unidade (ou órgão) ao qual a função é associada	1/8
4. A descrição das tarefas relativas à função	1/8
O regulamento de trabalho contém os seguintes elementos:	
5. A duração diária de trabalho	1/8
6. O regulamento dos conflitos	1/8
7. Os direitos do pessoal	1/8
8. As obrigações do pessoal	1/8
Total	1

H.2: Investimento em formação

Referência Volume 1, página 98.

Fontes de informação

- CdR.
- Facturas dos organismos (ou pessoas) que tenham fornecido as formações.
- Custo estimado das formações (entregues por estruturas de apoio, projectos ou outros).

Método de cálculo

São propostos dois indicadores uma vez que determinadas formações são frequentemente financiadas por terceiros. Se o SA assegurou o financiamento da totalidade das formações, os dois indicadores confundem-se.

H.2.1: investimento bruto em formação

O primeiro indicador avalia o custo das formações em relação ao total dos “outros encargos de funcionamento” que este custo tenha ou não suportado directamente pelo SA. Para calcular este indicador, será assim necessário valorizar os custos dissimulados em matéria de formação (com base em facturas ou estimativas) e acrescentá-los aos encargos de formação que figuram na CdR.

O indicador H.2.1 é calculado, para o exercício considerado, através da seguinte fórmula:

$$\text{H.2.1} = \frac{\text{Custo total das formações}}{\text{Encargos totais de funcionamento}} \times 100$$

H.2.2: investimento bruto em formação

O segundo indicador é idêntico ao anterior mas considera apenas os custos das formações assumidas pelo SA (célula b5 – sem as despesas de promoção). Permite avaliar a parte dos encargos que o SA destina à formação.

O indicador H.2.2 é calculado, para o exercício considerado, através da seguinte fórmula:

$$\text{H.2.2} = \frac{\text{Despesas de formações}}{\text{Encargos totais de funcionamento}} \times 100$$

8 Indicadores de eficácia

E.1: Taxa de utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários

Referência Volume 1, página 109.

Fontes de informação

- Ficha de acompanhamento do número de beneficiários (quadro 4).
- Fichas de base das prestações assumidas por prestador (quadro 5).
- Ficha de acompanhamento das frequências de riscos (quadro 8).
- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.

Método de cálculo

O indicador pode ser calculado para um serviço de saúde coberto pelo SA ou para uma categoria de serviços, para um prestador ou para um conjunto de prestadores. Os dados do numerador e do denominador devem abranger o mesmo período e considerar os mesmos beneficiários. Esta precisão é importante quando o SA propõe diferentes “conjuntos” de garantias.

A fórmula de cálculo do indicador, para uma prestação Z (ou categoria), durante o período considerado, é a seguinte:

$$\text{E.1} = \frac{\text{Número de prestações Z assumidas}}{\text{Número médio de beneficiários do SA}} \times 100$$

Exemplo

Os quadros 4 e 5 relativos ao SA de Kalto indicam nomeadamente que:

- 50 hospitalizações médicas não programadas foram assumidas pelo SA.
- número de beneficiários médios do SA durante o mesmo período era de 1 705.

A taxa de utilização, das hospitalizações médicas não programadas, por parte dos beneficiários no ano N eleva-se a:

$$\text{E.1} = (50 / 1.705) \times 100 = \mathbf{2,9 \%}$$

E.2: Taxa de utilização comparada dos serviços de saúde

Referência Volume 1, página 110.

Fontes de informação

- Ficha de acompanhamento do número de beneficiários (quadro 4).
- Fichas de base das prestações assumidas por prestador (quadro 5).
- Ficha de acompanhamento das frequências de riscos (quadro 8).
- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.
- sistema de informação dos actos prestados ao nível dos prestadores.
- População de referência dos prestadores.

Método de cálculo

O indicador pode ser calculado para um serviço de saúde coberto pelo SA ou para uma categoria de serviços, para um prestador ou para um conjunto de prestadores. Os dados necessários para o cálculo do indicador podem ser obtidos junto do prestador, ou recorrendo a uma amostra representativa de pessoas não beneficiárias residentes na zona de intervenção do SA.

A fórmula de cálculo do indicador, para um serviço de saúde Z (ou categoria de serviços), durante o período considerado, é a seguinte:

$$E.2 = \frac{\text{Número de prestações Z concedidas aos beneficiários}}{\text{Número médio de beneficiários}} \div \frac{\text{Número de prestações Z concedidas aos não beneficiários}}{\text{Número médio de não beneficiários}}$$

Exemplo

Retomando o exemplo das hospitalizações não programadas assumidas pelo SA de Kalto:

- 50 hospitalizações médicas não programadas foram assumidas pelo SA.
- 2 400 hospitalizações médicas não programadas foram realizadas pelo hospital, junto da população da zona de intervenção, não beneficiária do SA.
- número de beneficiários médios do SA durante o mesmo período era de 1 705.
- efectivo da população da zona abrangida pelo hospital, para o período considerado é de 105 000 pessoas, sem contar com os beneficiários do SA.

Taxa de utilização pelos beneficiários =
 $(50 / 1\,705) \cdot 100 = \mathbf{2,9\%}$

Taxa de utilização pelos não beneficiários =
 $(2.400 / 105.000) \cdot 100 = \mathbf{2,3\%}$

Taxa de utilização comparada dos serviços de saúde:

$$\mathbf{E.2} = 2,9\% / 2,3\% = \mathbf{1,26}$$

Comparados com os não beneficiários, os beneficiários têm um recurso 1,26 vezes mais frequentemente às hospitalizações médicas não programadas.

E.3: Tempo de latência comparado

Referência Volume 1, página 110.

Fontes de informação

- Inquéritos junto dos prestadores de cuidados autorizados pelo SA.
- Inquéritos de domicílio específicos.
- Sondagens junto dos beneficiários do SA utilizando os serviços de saúde.

Método de cálculo

Este indicador pode ser impreciso na medida em que se baseia nas declarações das pessoas tratadas (quanto ao início da doença). Exige também que as datas de recurso aos cuidados sejam conhecidas, o que supõe que os prestadores tenham actualizado um documento que registe as visitas do conjunto dos pacientes.

O indicador calcula-se a partir das durações médias entre:

- A data de início da doença (X) com necessidade de cuidados consideráveis.
- A data de recurso aos serviços (Y) (consultas, hospitalização, etc.).

A fórmula de cálculo do indicador é a seguinte:

- considerando N beneficiários “inquiridos” durante o período em análise, é apresentado:

Tempo de latência para os beneficiários do SA

$$E.3.1 = \frac{n \sum (Y_i - X_i)}{N} \quad I=1$$

- considerando M não beneficiários “inquiridos” durante o período em análise, é apresentado:

Tempo de latência para os não beneficiários

$$1E.3.2 = \frac{n \sum (Y_i - X_i)}{M} \quad I=$$

O tempo de latência comparada obtido é:

$$E.3 = E.3.2 - E.3.1$$

Exemplo

Neste exemplo, são apenas considerados 4 beneficiários, para o período que decorre entre o dia 1 de Janeiro e o dia 31 de Dezembro.

Tempo de latência

para o beneficiário 1 = 20 de Março – 15 de Março = **5 dias**

para o beneficiário 2 = 25 de Outubro -12 de Outubro = **13 dias**

para o beneficiário 3 = 12 de Abril -11 de Abril = **1 dia**

para o beneficiário 4 = 12 de Junho -9 de Junho = **3 dias**

O tempo de latência dos beneficiários do SA (em média) é:

$$E.3.1 = (5 + 13 + 1 + 3) / 4 = \mathbf{5,5 \text{ dias}}$$

Da mesma forma, são considerados 5 não beneficiários para o mesmo período.

Tempo de latência

para o não beneficiário 1 = 30 de Março -22 de Março = **8 dias**

para o não beneficiário 2 = 15 de Junho -2 de Junho = **13 dias**

para o não beneficiário 3 = 12 de outubro – 1 de Outubro = **11 dias**

para o não beneficiário 4 = 17 de Setembro - 2 de Setembro = **15 dias**

para o não beneficiário 5 = 21 de Fevereiro -10 de Fevereiro = **11 dias**

O tempo de latência dos não beneficiários (em média) é:

$$E.3.2 = (8 + 13 + 11 + 15 + 11) / 5 = \mathbf{11,6 \text{ dias}}$$

O tempo de latência comparado é:

$$E.3 = 11,6 - 5,5 = \mathbf{6,1 \text{ dias}}$$

Os beneficiários esperam, em média, menos 6 dias em relação aos não beneficiários, antes de recorrerem aos cuidados de saúde.

E.4: Duração média comparada de uma hospitalização não programada

Referência Volume 1, página 110.

Fontes de informação

- Sistemas de informação dos prestadores de cuidados autorizados pelo SA.
- Atestados de cuidados.

Método de cálculo

O indicador deverá ser calculado com base numa amostra representativa de beneficiários e não beneficiários, provenientes de uma mesma zona e que tenham estado sujeitos a uma hospitalização não programada numa mesma estrutura sanitária. Os dados são procurados nos dossiers médicos dos doentes beneficiários e não beneficiários.

O indicador é calculado a partir das durações médias das hospitalizações não programadas, ou seja, a partir:

- da data de entrada no hospital (X);
- da data de saída do hospital (Y).

A fórmula de cálculo do indicador é a seguinte:

- considerando N beneficiários “inquiridos” durante o período em análise, é apresentado:

$$I=1E.4.1 = \frac{\sum_{i=1}^n (Y_i - X_i)}{N}$$

Duração média hospitalização beneficiários

- considerando M não beneficiários “inquiridos” durante o mesmo período, é apresentado:

$$I=1E.4.2 = \frac{\sum_{i=1}^m (Y_i - X_i)}{M}$$

Duração média hospitalização não segurados

A duração média comparada de uma hospitalização não programada é:

$$E.4 = E.4.2 - E.4.1$$

Exemplo

Neste exemplo, são apenas considerados 4 beneficiários e 5 não beneficiários. Todas estas pessoas são provenientes da mesma zona e foram hospitalizadas durante o período de dia 1 de Janeiro a dia 31 de Dezembro.

Para os beneficiários: (para as hospitalizações não programadas).

Duração de hospitalização

para o beneficiário 1 = 25 de Março -17 de Março = **8 dias**

para o beneficiário 2 = 25 de Dezembro -14 de Dezembro = **11 dias**

para o beneficiário 3 = 12 de Março -2 de Março = **10 dias**

para o beneficiário 4 = 11 de Julho -6 de Julho = **5 dias**

A duração média de uma hospitalização para os beneficiários é de:

$$(8 + 11 + 10 + 5) / 4 = \mathbf{8,5 \text{ dias}}$$

Para os não beneficiários: (para as hospitalizações não programadas).

Duração individual

para o não beneficiário 1 = 10 de Janeiro -2 de Janeiro = **8 dias**

para o não beneficiário 2 = 25 de Novembro -10 de Novembro = **15 dias**

para o não beneficiário 3 = 12 de Fevereiro -3 de Fevereiro = **9 dias**

para o não beneficiário 4 = 12 de Junho - 1 de Junho = **11 dias**

para o não beneficiário 5 = 15 de Agosto -3 de Agosto = **12 dias**

A duração média de uma hospitalização para os não beneficiários é de:

$$(8 + 15 + 9 + 11 + 12) / 5 = \mathbf{11 \text{ dias}}$$

$$\mathbf{E.4 = 11 - 8,5 = 2,5 \text{ dias.}}$$

Os beneficiários são hospitalizados em média menos 2,5 dias em relação aos não beneficiários.

E.5: Custo médio comparado de uma hospitalização programada

Referência Volume 1, página 111.

Fontes de informação

Ficha de acompanhamento dos custos médios das prestações assumidas (quadro 7).
Sistemas de informação dos prestadores de cuidados autorizados pelo SA.

Método de cálculo

O modo de cálculo do indicador E.5 é comparável com o do indicador E.4. Para obter E.5, é necessário substituir na fórmula de cálculo de E.4 as durações médias pelos custos médios das hospitalizações não programadas.

Os custos médios de hospitalização só podem ser comparados caso sejam aplicadas as mesmas tarifas aos beneficiários e aos não beneficiários.

E.C: Taxa de exclusão dos beneficiários

Referência Volume 1, página 111.

Fontes de informação

Inquéritos (sondagens) junto de uma amostra de domicílios beneficiários do SA e de domicílios não beneficiários.

Método de cálculo

O cálculo da taxa de exclusão dos beneficiários é realizado com base numa observação da morbidez local e numa comparação dos comportamentos de recurso dos beneficiários e dos não beneficiários.

Para isso, é necessário realizar um inquérito relativo a um período especialmente importante de forma a recensear um número suficiente de casos de doença.

As questões estão, nomeadamente, relacionadas com o tamanho das famílias, o número de casos de doença (independentemente dos casos), os recursos utilizados para cada caso e os motivos destes recursos (qualidade, proximidade, problemas de dinheiro, etc.).

Um inquérito deste género permite elaborar um quadro com:

- a morbidez local, que se calcula dividindo o número de novos casos de doença no domicílio durante o período (independentemente da gravidade), pelo número de pessoas no domicílio;
- a utilização dos diferentes prestadores e serviços de saúde locais;
- impacto do SA sobre a utilização destes prestadores e serviços;
- a taxa de exclusão eventual de beneficiários do SA dos serviços cobertos, bem como os motivos desta exclusão e a comparação com a situação dos não beneficiários.

Este tipo de inquérito pode ser realizado durante o estudo de exequibilidade do SA e constitui um estudo da situação inicial à qual poderiam ser comparadas as avaliações futuras, relativas aos beneficiários e aos não beneficiários.

Exemplo

Um SA cobre os serviços (consultas, pequenas intervenções, maternidade e farmácia) de um centro de saúde municipal (CSC), (sistema de pagamento por terceiros com taxa moderadora variável consoante os serviços).

Um inquérito realizado no seio da população alvo do SA (habitantes das aldeias abrangidos pelo CSC), durante uma avaliação, apresenta nomeadamente os seguintes resultados:

As taxas de morbidez observadas, projectadas para um ano, elevam-se a 1,2 casos de doença por ano e por pessoa no seio das famílias beneficiárias e a 1,3 no seio das famílias não beneficiárias.

- Os comportamentos de recurso observados estão resumidos no seguinte quadro:

Prestadores	Frequência de recurso aos prestadores	
	Famílias beneficiárias	Famílias não beneficiárias
Automedicação tradicional (1)	5%	15%
Automedicação moderna (2)	10%	50%
Medicina tradicional (3)	7%	7%
“Charlatões” (4)	-	35%
Prestadores privados (5)	-	3%
CSC	95%	25%
Hospital regional (consultas)	-	3%
Hospital regional (hospitalizações) (6)	4%	8%
Outros prestadores (7)	-	-
Número de recursos por doente	1,21	1,46

- (1) *Utilização da farmacopeia tradicional em casa.*
- (2) *Compra de medicação no mercado, em lojas e utilização de diversos medicamentos disponíveis em casa.*
- (3) *Curandeiros tradicionais.*
- (4) *“Dentistas não qualificados”, vendedores ambulantes e outros “prestadores” sem competência médica.*
- (5) *Cuidados de saúde modernos.*
- (6) *O hospital regional dispõe de um centro de saúde para os habitantes do município onde este se situa e recebe os habitantes dos outros municípios referidos pelos centros de saúde como o CSC, em hospitalização.*
- (7) *Outros CS municipais e prestadores fora da região.*

Nota de análise: com as taxas de morbidez comparáveis entre os beneficiários e os não beneficiários (respectivamente: 1,2 e 1,3 casos de doença por ano e por pessoa), o SA passou para o CSC 95 por cento dos doentes beneficiários enquanto apenas 25 por cento dos doentes não beneficiários o utilizaram.

22 por cento dos doentes beneficiários recorreram inicialmente à automedicação moderna e/ou tradicional e à medicina tradicional. Pode tratar-se de uma forma de exclusão temporária, mas os motivos avançados pelas famílias demonstram que estes preferem tentar, em primeiro lugar, tratar da doença, quando se está perante um caso benigno, na aldeia, para ganhar tempo ou evitar a deslocação até ao CSC. Muitos doentes continuam também a associar medicina moderna e medicina tradicional.

Os 5 por cento de doentes beneficiários (repartidos entre a automedicação tradicional e/ou moderna e a medicina tradicional), que não recorreram ao CSC encontram-se assim repartidos:

- 2 por cento por falta de dinheiro no momento da doença para pagar a taxa moderadora;
- 3 por cento considera os médicos tradicionais mais competentes para o tratamento da doença em questão.

A taxa de exclusão dos beneficiários, por razões financeiras, chegaria assim a 2 por cento. Para os não beneficiários e segundo as suas respostas, esta taxa atinge os 32 por cento.

4 por cento dos doentes beneficiários foram tratados num hospital regional (casos referidos pelo CSC), contra 8 por cento dos não beneficiários. Interrogados sobre este facto, o enfermeiro do CSC e o médico chefe do hospital explicaram que os beneficiários recorrem mais rapidamente e directamente ao CSC, existindo assim uma assunção rápida da doença, contrariamente ao que acontece com os não beneficiários. Estes últimos chegam frequentemente ao CSC em estado grave e necessitam de uma referência mais frequente em relação ao hospital.

Esta utilização mais fraca dos serviços de saúde secundários pelos beneficiários não traduz um fenómeno de exclusão mas antes uma utilização mais rápida e eficaz do nível primário.

9 Indicador de eficiência

C.1: Produtos financeiros

Referência Volume 1, página 112.

Fonte de informação
CdR.

Método de cálculo A relação produtos financeiros / produtos totais é calculada a partir dos produtos financeiros dos SA (quadro 1, célula h) e do total dos produtos do exercício (quadro 1, célula X), que figuram na CdR.

O indicador é calculado com a ajuda da seguinte fórmula:

$$C.1 = \frac{\text{Produtos financeiros}}{\text{Total produtos}} \cdot 100$$

Exemplo No caso da mutualidade de Kalikoro (quadro 1), o indicador é igual a:

$$C.1 = (\text{célula h}) / (\text{célula X}) = (5.000 / 1\,355\,000) \cdot 100 = \mathbf{0,37\%}$$

10 Indicadores de Impacto

I.1: Parte das prestações assumidas pelo SA

Referência Volume 1, página 117.

Fontes de informação

- Sistemas de informação dos prestadores.
- Fichas de base das prestações assumidas por prestador (quadro 5).
- Registos de pagamento das prestações.

Método

de cálculo A fórmula de cálculo do indicador, para cada serviço oferecido, para um determinado período, é a seguinte:

$$I.1 = \frac{\text{Número de prestações } Z \text{ assumidas}}{\text{Número total de prestações } Z \text{ realizadas por prestador } Y} \times 100$$

Este indicador é útil para o cálculo de:

- prestações mais vulgarmente assumidas pelo SA;
- prestações mais utilizadas pelos beneficiários;

Exemplo

Um hospital efectuou, durante o período considerado, 200 prestações (2ª coluna), tendo sido 122 assumidas pelo SA (3ª coluna). O indicador I.1 é calculado para cada prestação na 4ª coluna.

Categoria dos serviços	Número de prestações efectuadas pelo prestador Y = A	Número de prestações assumidas pelo SA = B	Indicador I.1 = B/A
Hospitalizações não programadas	80	50	62,5%
Intervenções cirúrgicas	45	25	55,5%
Intervenções ginecológicas	55	35	63,6%
Cuidados de ambulatório	20	12	60,0%
Total	200	122	61,0%

I.2: Contributo financeiro do SA aos prestadores de cuidados de saúde

Referência Volume 1, página 117.

Fontes de informação

- Contabilidade dos prestadores de cuidados autorizados pelo SA.
- Ferramentas contabilísticas do SA.
- Fichas de base das prestações assumidas por prestador (quadro 5).
- Registos de pagamento das prestações.

Método de cálculo

Este indicador será útil caso o SA pratique o sistema do pagamento por terceiros. O objectivo é conhecer a incidência financeira do SA nas receitas totais de determinado prestador (ou conjunto de prestadores).

Para cada prestador (ou conjunto de prestadores) e para o mesmo período, é necessário dispor dos seguintes dados:

- X = montante total dos pagamentos efectuados pelo SA ao prestador.
- Y = receitas recebidas por prestador com base nos co-pagamentos efectuados pelos beneficiários do SA. Esta informação deverá ser procurada junto da contabilidade do prestador.
- Z = receitas totais dos prestadores durante o período considerado. Esta informação deverá ser procurada junto do prestador.

O indicador é calculado com a ajuda da seguinte fórmula:

$$I.2 = \frac{X + Y}{Z} \cdot 100$$

I.3: Taxa de cobertura

Referência Volume 1, página 118.

Fontes de informação

- Ferramentas de gestão e de acompanhamento dos beneficiários do SA e da população (quadro 3 e 4).
- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.
- Ficha de adesão e de contribuição.
- Lista dos beneficiários (ou dos excluídos).
- Estudos sociodemográficos aplicados a nível local.

Método de cálculo

A taxa de cobertura da população é calculada da mesma forma que a taxa de penetração (M.5), considerando a população total da zona de intervenção e não o público alvo, como referência (denominador). Este indicador avalia a proporção de beneficiários no seio da população total da zona de intervenção do SA.

$$I.3 = \frac{\text{Beneficiários}_{\text{Ano N}}}{\text{População zona}_{\text{Ano N}}} \times 100$$

Exemplo Este exemplo retoma os dados utilizados para a construção da taxa de penetração (M.5) do SA de Kalto:

948	1529	1705
10 000	10 200	10 300
150 000	152 000	153 000
9,5 %	15,0 %	16,6 %
0,6 %	1,0 %	1,1 %

	Ano N -2	Ano N -1	Ano N
Número total de beneficiários	948	1529	1705
Público alvo	10 000	10 200	10 300
População total da zona	150 000	152 000	153 000
Taxa de penetração	9,5%	15,0%	16,6%
Taxa de cobertura da população	0,6%	1,0%	1,1%

Nota de análise: este exemplo demonstra que, apesar de uma taxa de penetração de 16,6 por cento, o “peso” do SA é muito fraco na população da sua zona de intervenção (1,1 por cento).

II.4: Repartição dos beneficiários por categoria

Referência Volume 1, página 119.

Fontes de informação

- Registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.
- Ficha de adesão e de contribuição.
- Estudos sociodemográficos aplicados a nível local.
- Inquéritos específicos das famílias, mencionando as informações por categoria.

Método de cálculo

O indicador avalia e compara, por um lado, a parte relativa de determinadas categorias de pessoas, no seio do conjunto dos beneficiários e por outro lado, na população da zona de intervenção.

O quadro seguinte apresenta uma forma de repartição dos beneficiários e da população da zona de intervenção por categorias. Outras categorias podem ser consideradas, por exemplo, baseadas nos rendimentos, na distância da habitação do centro de saúde (ou do SA), ou na profissão.

	População da zona de intervenção		Beneficiários do SA		Análise dos desvios por categoria
	Número	Repartição em %	Número	Repartição em %	%
Total					
Masculino					
Feminino					
0 – 5 anos					
5 -15 anos					
15 -45 anos					
45 anos ou mais					

Exemplo

O quadro seguinte apresenta um exemplo de repartição comparada dos beneficiários do SA de Kalto e dos membros da população da zona de intervenção em categorias constituídas com base nas idades e sexo.

	População da zona de intervenção A		Beneficiários do SA B		Análise dos desvios por categoria B - A
	Número	%	Número	%	%
Total	153 000	100	1 705	100	-
Masculino	75 000	49	887	52	+ 3
Feminino	78 000	51	818	48	- 3
0 -5 anos	15 300	10	188	11	+ 1
5 -15 anos	38 250	25	409	24	- 1
15 -45 anos	68 850	45	682	40	- 5
45 anos ou mais	30 600	20	426	25	+ 5

Nota de análise: os desvios de repartição, segundo as categorias seleccionadas, entre os beneficiários e membros da população da zona de intervenção são relativamente fracos. É necessário salientar, no entanto, que a categoria daqueles com mais de 45 anos atinge elevados níveis de representação no seio dos beneficiários.

Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
Secteur de la Protection sociale
Bureau international du Travail
4, route des Morillons
CH – 1211 Genève 22, Suisse
Tél: (41 22) 799 65 44
Fax: (41 22) 799 66 44
e-mail: step@ilo.org
INTERNET: www.ilo.org/step

Centre International de Développement et de Recherche
B.P. 1 – 60350 Autrêches, France
Tél: (33 3) 44 42 71 40
Fax: (33 3) 44 42 94 52
E-mail: cidr@compuserve.com