

“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 1: Metodologia



Departamento de Cooperação
Ministério do Trabalho e da Solidariedade De Portugal

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

Volume 1: Metodologia

O programa «Estratégias e Técnicas contra a Exclusão social e a Pobreza» (STEP) do Gabinete internacional do Trabalho é um instrumento com o objectivo de fazer aumentar a cobertura e a eficácia da protecção social no mundo.

De acordo 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. Com base nos princípios de equidade, eficiência e solidariedade, estes sistemas contribuem para a justiça e a coesão sociais.

Nas suas intervenções, o STEP associa diferentes tipos de actividades: acções concretas no terreno, apoio técnico à definição e à criação de políticas, produção de utensílios metodológicos e de obras de referência, pesquisa.

Programme STEP

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

O “Centre international de Développement et de Recherche” (CIDR), (Centro Internacional de Desenvolvimento e Pesquisa), 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;
- desenvolvimento local e o apoio à descentralização;
- os sistemas de saúde e a previdência social.

Para responder aos pedidos das populações ou dos intervenientes de desenvolvimento, aplica pesquisas-acções sobre temáticas inovadoras, elabora utensílios 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 “Direction du Développement et de la Coopération Suisse” (Direcção para o Desenvolvimento e a
Cooperação Suíça)

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

Volume 1: Metodologia



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 1 : Méthodologie”

Traduzida e reproduzida de acordo com autorização.

Copyright © Organização Internacional do Trabalho 2001

Edição Portuguesa Copyright © 2002 Ministério do Trabalho e da Solidariedade de Portugal

Primeira edição portuguesa: 2002

ISBN: 972-98623-6-2

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 de Portugal**

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

ISBN: 972-98623-6-2

Tiragem: 650 exemplares

Dep. Legal: 177 040/02

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 do 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 “Direction du Développement et de la Coopérelação” (Direcção do Desenvolvimento e da 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 autores e editores agradecem de forma calorosa a todas as pessoas pelos seus comentários e o 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

Introdução	1
Parte I: Definições e noções básicas	7
1 O acompanhamento e a avaliação.....	9
2 A adesão.....	10
2.1 A população da zona de intervenção.....	10
2.2 O público alvo.....	10
2.3 As categorias de beneficiários.....	11
2.4 As formas de adesão.....	12
2.5 Os tipos de adesão.....	12
3 Os riscos associados ao seguro de saúde.....	13
4 As receitas e despesas de um SA.....	13
4.1 As despesas.....	13
4.2 As receitas.....	14
5 Os relatório financeiro.....	15
5.1 A conta de resultados.....	16
5.1.1 Os encargos.....	17
5.1.2 Os produtos.....	17
5.1.3 O resultado.....	18
5.2 O balanço.....	18
5.2.1 O activo.....	18
5.2.2 O passivo.....	20
5.2.3 O resultado.....	20
Parte II: Elementos de acompanhamento	21
1 O acompanhamento administrativo e técnico do seguro de saúde.....	23
1.1 Os utensílios e documentos de gestão utilizados para o acompanhamento administrativo e técnico.....	24
1.1.1 O cartão de aderente.....	24
1.1.2 A ficha de adesão e de contribuição.....	24
1.1.3 O registo de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.....	25
1.1.4 A carta de garantia.....	25
1.1.5 O atestado de cuidados.....	26
1.1.6 A factura do prestador de cuidados de saúde.....	26
1.1.7 O registo das prestações tomadas.....	26

1.2	O acompanhamento das funções de gestão do seguro.....	27
1.2.1	A elaboração do contrato de seguro.....	27
1.2.2	A participação das contribuições e dos direitos de adesão.....	28
1.2.3	O tratamento dos pedidos de reembolso.....	31
1.2.4	A supervisão da carteira de riscos.....	32
2	O acompanhamento do orçamento e da tesouraria.....	39
2.1	O acompanhamento do orçamento.....	39
2.2	O acompanhamento da tesouraria.....	40
2	Síntese	42

Parte III:	Avaliação da viabilidade dos seguros de saúde	45
1	A avaliação da viabilidade administrativa.....	48
1.1	A avaliação do acompanhamento das adesões.....	48
1.2	A avaliação do acompanhamento da participação das contribuições e dos direitos de adesão.....	49
1.3	A avaliação do acompanhamento dos pedidos de tomada de seguros.....	49
1.4	A avaliação do acompanhamento da carteira de riscos.....	50
1.5	A avaliação do acompanhamento do registo contabilístico.....	51
1.6	A avaliação do acompanhamento orçamental e da tesouraria.....	51
1.7	A avaliação global do acompanhamento.....	51
2	A avaliação da viabilidade técnica.....	52
2.1	Os parâmetros da qualidade da carteira de riscos.....	52
2.1.1	Os parâmetros de análise das condições de adesão.....	53
2.1.2	Os parâmetros de análise da gestão de garantias.....	55
2.2	a avaliação da qualidade da carteira de riscos.....	60
3	A avaliação da viabilidade funcional.....	63
3.1	A dinâmica da adesão.....	63
3.2	A participação das contribuições.....	67
3.3	O prazo de reembolso dos aderentes e/ou de pagamento dos prestadores.....	67
4	A avaliação da viabilidade económica e financeira.....	68
4.1	A avaliação da situação financeira pelo método das relações.....	68
4.1.1	A liquidez do SA.....	69
4.1.2	O financiamento da actividade do SA.....	70
4.1.3	«O bom funcionamento financeiro» do SA.....	71
4.2	Elementos de análise da viabilidade financeira.....	72
4.2.1	Um exemplo de interpretação dos resultados.....	72
4.2.2	Os mecanismos de consolidação financeira do seguro de saúde.....	77
4.2.3	Os níveis de viabilidade financeira.....	78

4.3	A viabilidade económica.....	79
4.3.1	A noção de custos dissimulados.....	79
4.3.2	O cálculo do resultado económico.....	80
4.3.3	A avaliação da viabilidade económica.....	81
5	Síntese.....	81

Parte IV: Avaliação da viabilidade institucional do sistema de micro-seguros de saúde.....85

1	A repartição das tarefas e a gestão dos recursos humanos do sistema de micro-seguro de saúde.....	88
1.1	A distribuição das responsabilidades.....	88
1.1.1	Os órgãos e intervenientes implicados na administração e na gestão.....	89
1.1.2	A construção dos quadros de funções teóricas e reais.....	90
1.1.3	A análise dos quadros de funções.....	94
1.1.4	A apreciação do nível de autonomia organizacional do SA.....	95
1.2	Os recursos humanos.....	96
1.2.1	A administração dos funcionários.....	96
1.2.2	O desenvolvimento dos recursos humanos.....	97
2	Os elos entre seguro e as outras actividades conduzidas pela organização responsável.....	98
2.1	As inter-relações financeiras entre as actividades desenvolvidas pela organização responsável.....	98
2.2	As relações entre o seguro e as outras actividades desenvolvidas no campo da saúde.....	99
2.2.1	Os serviços financeiros no domínio da saúde.....	99
2.2.2	Os serviços não financeiros no domínio da saúde.....	100
2.3	A «saúde financeira» da organização responsável.....	101
3	As relações do sistema de micro-seguro com a oferta de cuidados de saúde.....	101
3.1	As relações funcionais.....	102
3.2	As relações institucionais.....	102
3.3	As relações contratuais.....	102
4	O quadro jurídico e regulamentar de funcionamento do sistema de micro-seguro.....	103
4.1	O quadro jurídico de criação do seguro.....	103
4.2	O respeito pelas obrigações estatutárias e regulamentares.....	104

Parte V:	Algumas indicações para a apreciação da eficácia, da eficiência e do impacto do sistema de micro-seguro de saúde.....	107
1	Alguns indicadores da eficácia do sistema de micro-seguro de saúde.....	109
1.1	Melhoria do acesso dos beneficiários aos cuidados de saúde.....	109
1.2	O acesso ao seguro do maior número de pessoas.....	111
2	Alguns indicadores da eficiência do sistema de micro-seguro de saúde.....	112
2	Algumas indicações relativas à apreciação do impacto do sistema de micro-seguro de saúde.....	113
3.1	Indicações para a apreciação do impacto sobre os beneficiários e o público alvo.....	113
3.1.1	O impacto sobre o acesso dos beneficiários e do público alvo aos cuidados de saúde.....	113
3.1.2	O impacto sobre o sentimento de insegurança dos beneficiários.....	115
3.1.3	O impacto na saúde dos beneficiários.....	115
3.1.4	O impacto nas despesas de saúde dos beneficiários.....	115
3.1.5	O impacto nas actividades económicas dos beneficiários.....	115
3.1.6	O impacto nas solidariedades.....	116
3.2	Indicações para a apreciação do impacto sobre a oferta dos cuidados.....	116
3.2.1	O impacto sobre a adequação entre o tipo de serviços propostos e as necessidades dos utentes.....	116
3.2.2	O impacto sobre a qualidade e o preço dos cuidados.....	117
3.2.3	O impacto sobre os rendimentos dos prestadores.....	117
3.2	Indicações para apreciação do impacto sobre a população da zona de intervenção.....	118
3.3.1	A cobertura da população.....	118
3.3.2	O impacto do SA sobre os não beneficiários.....	119
3.4	Indicações para a apreciação do impacto sobre a equidade.....	119
4	A pertinência do sistema de micro-seguros de saúde.....	120
	Bibliografia.....	123
<hr/>		
	Anexos.....	127
	Anexo 1: Descritivo sintético do sistema de micro-seguros de saúde.....	127
	Anexo 2: Glossário.....	135

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 sócio-demográficas 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 tomadas por prestador	34	18
Quadro 6	Ficha de acompanhamento da repartição do número e do custo das prestações tomadas	35	22
Quadro 7	Ficha de acompanhamento dos custos médios das prestações tomadas	37	24
Quadro 8	Ficha de acompanhamento das frequências dos 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 dos utensílios de gestão e de acompanhamento	42	30
Quadro 12	Referencial dos serviços cobertos por um SA	61	31
Quadro 13 ¹	Resumo dos indicadores de viabilidade financeira do seguro de saúde	78	—
Quadro 14 ¹	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 uma convenção com um prestador de cuidados	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 dos reembolsos	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 fidelidade	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 taxas de reserva	70	77
F.4	Relação das contribuições adquiridas/encargos	71	78
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 simulados)	81	84
Recursos humanos			
H.1	Utensílios 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	Gabinete 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 de Desenvolvimento e de 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	Direcção 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 panamericana 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 subvention”)
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

Introdução

Qual é a origem deste guia?

Durante os últimos decénios, a tendência crescente para a comparticipação dos custos dos serviços de saúde reforçou a necessidade de protecção da população face ao risco financeiro associado à doença.

Nos países africanos onde os regimes de segurança social já não cobrem mais de 10 por cento da população total, os sistemas de assistência social são praticamente inexistentes e a população do sector informal, a mais numerosa e a mais exposta, não beneficia geralmente de nenhuma protecção for a das redes de entajuda e de solidariedade. Estas estão cada vez menos em posição de proporcionar aos indivíduos uma segurança mínima face às despesas de saúde (pressão sobre os rendimentos das poupanças e enfraquecimento das redes sociais). Na Ásia e na América Latina, a cobertura pelos sistemas de protecção social, embora superior à cobertura observada no continente africano, continua a ser muito insuficiente; em muitos países, é inferior a 50 por cento. Uma grande parte das populações dos países em desenvolvimento encontra-se assim desprovida perante o «risco de doença».

Actualmente, os sistemas de protecção social são confrontados com fortes problemas financeiros. Muito raramente estes sistemas estão preparados para alargarem a sua cobertura até partes mais importantes da população. Foi por esta razão que assistimos, nestes últimos anos, mais particularmente em África e na Ásia, ao surgimento de sistemas de protecção criados por outros intervenientes que não os Estados: comunidades, ONG, sindicatos, etc. Alguns deles utilizam o seguro como mecanismo de partilha dos riscos. Estes sistemas, reagrupados segundo o tema de micro-seguros, apresentam características bastante diferentes. À escala mundial, são ainda em número muito reduzido, embora a quantidade destes sistemas esteja a aumentar rapidamente.

A ideia de realizar um guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de micro-seguros de saúde (SA) surgiu da avaliação:

- da insuficiência de utensílios utilizáveis pelos gestores dos SA e pelas estruturas de apoio para acompanhar e avaliar a viabilidade destes sistemas;
- da necessidade dos diferentes operadores para a troca das suas experiências e para recurso a informações comparáveis e de qualidade;
- da falta de elementos de apreciação destes sistemas por parte dos Estados e dos organismos de cooperação para definir as suas posições e as suas acções no que diz respeito a este sector.

Este Guia foi produzido de forma conjunta pelo programa «Estratégias e Técnicas contra a Exclusão social e a Pobreza» (STEP) do Sector da Protecção social do BIT e pelo Centro Internacional de Desenvolvimento e de Pesquisa (CIDR). Estas duas estruturas trabalham desde há vários anos no desenvolvimento dos conhecimentos em matéria de extensão da protecção social, em particular, através do apoio a iniciativas locais.

Quais os objectivos e as limitações deste guia?

Os objectivos

O guia possui dois objectivos:

Objectivo 1: Reforçar a capacidade dos gestores que farão o acompanhamento e a avaliação dos seus SA.

O guia ajuda os gestores a obter técnicas e utensílios que lhes permitam acompanhar as actividades da sua organização avaliando também o seu funcionamento. Esta avaliação não tem como único objectivo pronunciar-se sobre a viabilidade. Permite igualmente fazer evoluir as modalidades de organização e de funcionamento do SA, melhorar as relações entre estes e terceiros, aumentar internamente a mestria e a circulação da informação.

Objectivo 2: Reforçar a capacidade das estruturas de apoio técnico e financeiro na apreciação da viabilidade e do funcionamento do SA.

As estruturas de apoio, ao analisarem a viabilidade do SA com o qual trabalham, acabam por identificar de forma mais precisa as fraquezas e as necessidades. Este exercício permite igualmente a estas estruturas a avaliação do resultado das suas actividades anteriores e a definição mais eficaz das actividades a desenvolver. O guia propõe também a estas estruturas indicações para medir a eficácia, a eficiência e o impacto do SA.

Através da sua contribuição para a sistematização e a normalização da informação, o guia irá favorecer igualmente a criação de uma linguagem comum, fornecendo assim melhores condições de comunicação entre os diferentes intervenientes implicados na gestão e na promoção dos SA.

As limitações

O acompanhamento não está apresentado neste guia de forma exaustiva. Os elementos de acompanhamento retidos são aqueles directamente úteis para método de avaliação proposto.

O guia, para além do seguro de saúde, não avalia outro tipo de actividades. As organizações de previdência, mutualistas ou não mutualistas, conduzem frequentemente várias actividades: poupança/crédito, instalação e gestão de um centro de saúde ou de uma farmácia, educação, etc. Algumas destas actividades são mencionadas no guia mas não são avaliadas como tal.

O guia não apresenta uma análise da rentabilidade dos produtos de seguro por tipo de prestações. Propõe uma metodologia com vista a assegurar e a analisar a viabilidade dos SA e nomeadamente da carteira de riscos. Não tem por objectivo analisar se as garantias oferecidas são rentáveis ou não. Esta análise obrigaria à gestão e à aplicação dos métodos de contabilidade analítica o que se torna, actualmente, muito raro no seio dos SA.

A tutela ou os ministérios da saúde e as agências de cooperação conferem muitas vezes uma importância específica ao impacto do SA, no acesso dos mais desfavorecidos aos cuidados ou na melhoria da qualidade dos serviços. O guia fornece algumas indicações metodológicas para calcular um determinado impacto mas não propõe um método de análise neste domínio. Um estudo de impacto exige medidas mais profundas, que ultrapassam as indicações aqui propostas. É necessário o recuo em relação à acção e é suposto recolher os dados, (através de inquéritos) directamente junto dos serviços de saúde e da população.

A quem é dirigido este guia?

O guia dirige-se mais especificamente a dois tipos de utilizadores:

- Os gestores e os responsáveis de SA. Seguindo as suas tarefas e os seus níveis de conhecimento, os gestores e responsáveis estarão interessados por todo, ou parte do guia.
- As estruturas de apoio aos SA: ONG, centros de gestão, projectos, uniões ou coordenações de mutualidade, sindicatos, etc.

Este guia, através da sua contribuição na sistematização da informação e no conhecimento dos SA, permitirá igualmente à pesquisa científica e aos decisores contornar melhor a capacidade dos seus sistemas na redução da exclusão da protecção social.

Que sistemas de seguro de saúde estão contemplados no guia? De que forma a sua diversidade é considerada?

Este guia foi concebido, prioritariamente para as organizações locais que criem um seguro de saúde, como os sistemas mutualistas, os sistemas criados por prestadores de cuidados de saúde, etc.

O guia não está adaptado aos sistemas centralizados de seguros de saúde, como é o caso dos regimes de segurança social, que são geralmente caracterizados por uma obrigatoriedade de afiliação, uma cobertura nacional (ou por uma categoria socioprofissional no seu conjunto) e por uma gestão sob a responsabilidade de instâncias públicas ou para-públicas.

São sem dúvida necessárias adaptações para sistemas de adesão automática do tipo mutualidades de empresa, como é o caso dos institutos de previdência de doença no Senegal.

Embora não sendo essa a sua finalidade primária, o guia pode ser útil aos gestores de sistemas de pré-pagamento (plano poupança e/ou crédito-saúde, subscrição, etc.) ou a associações de entajuda.

De forma a ter em consideração a diversidade dos sistemas inseridos neste guia, estes são aqui considerados como constituídos por duas componentes:

- a) *o seguro de saúde enquanto instrumento financeiro* baseado na mutualização do risco entre os aderentes;
- b) *uma organização responsável pelo funcionamento deste seguro* segundo as modalidades e os objectivos que lhe dizem respeito.

O guia aborda inicialmente o acompanhamento e a avaliação do seguro de saúde (partes II e III). As modalidades de gestão do seguro de saúde são muito diversas. Segundo os SA, diferenciam-se em função dos objectivos desenvolvidos, do nível de implicação dos aderentes nas decisões, das fórmulas de adesão, e também do nível de solidariedade financeira entre aderentes. Apesar desta diversidade, considerou-se que os SA, assim que gerem um seguro de saúde, estão sujeitos a princípios de funcionamento em parte comuns. Efectivamente, como qualquer instrumento financeiro, o seguro de saúde deve respeitar as regras técnicas, financeiras e de gestão que lhe competem.

O seguro de saúde, sendo um instrumento financeiro, numa primeira análise, pode ser avaliado como tal, ou seja, independentemente da organização que assume a responsabilidade do seu

funcionamento. A experiência demonstra que uma gestão insuficiente dos factores de viabilidade do seguro de saúde pode rapidamente voltar a pôr em causa a própria existência de um SA.

Na parte IV, o guia aborda uma série de factores organizacionais e institucionais condicionando a viabilidade do SA e que são em grande medida dependentes da organização responsável pelo funcionamento do seguro. A diversidade das organizações é aqui considerada.

Podemos, em relação a este assunto, reagrupar os sistemas de micro-seguros de saúde, considerados neste guia, em duas categorias:

- *Os sistemas que assentam numa participação significativa dos segurados na gestão.* As mutualidades de saúde correspondem aos sistemas mais numerosos nesta categoria. Trata-se de organizações democráticas fundadas com base na entreatajuda e na solidariedade. São criadas e geridas por e para os seus membros.

Nas mutualidades, os membros participam na gestão através da eleição dos responsáveis e das assembleias gerais. As mutualidades são a propriedade colectiva dos seus membros; estes são simultaneamente «os seguradores e os segurados». Assim, não existe contrato formal na relação entre a mutualidade e os seus membros (não pode ser celebrado um contrato com a própria pessoa). Esta relação é regida por direitos e obrigações estabelecidos pelos estatutos e pelo regulamento interno.

As mutualidades defendem objectivos de promoção humana e objectivos sociais. Procuram a concretização destes objectivos, a viabilidade financeira e a competitividade face a outras formas de gestão do risco de doença.

Na África Ocidental, as mutualidades de Thiès, no Senegal, fazem parte das mais antigas criadas por trabalhadores independentes.

- *Os sistemas que não prevêem participação dos segurados na gestão.* Aqui encontramos, entre outros, a maioria dos sistemas geridos pelos prestadores de saúde. Na maior parte dos casos, os aderentes não são co-proprietários do sistema mas exclusivamente dos clientes. São os titulares de direito que não partilham o risco da gestão do instrumento financeiro.

O segurador celebra um contrato com os aderentes. O contrato é definido, limitado no tempo, renovável e revogável. É o contrato que concede direito às garantias. O segurador não é geralmente obrigado a aceitar todas as pessoas que pretendam associar-se.

Estes sistemas podem ser públicos, privados com ou sem fins lucrativos. Os sistemas de micro-seguros sem fins lucrativos, criados pelos hospitais, em África por exemplo, tem como principais objectivos facilitar o acesso aos serviços por ele propostos e aumentar e estabilizar as suas receitas. O seguro de Bwamanda (RDC) (Criel, 1998) faz parte dos sistemas de micro-seguros sem fins lucrativos mais antigos em África.

As empresas comerciais de seguros seguem objectivos de rentabilidade financeira. Podem ser levadas a propor aos seus clientes contratos de seguros cujo custo se aproxima o mais possível do risco que estes fazem suportar ao segurador. Assim, as empresas propõem muitas vezes garantias diferentes segundo os aderentes uma vez que estão ajustadas aos riscos de um indivíduo ou de um grupo de segurados.

A distinção entre os diferentes sistemas não é formal. Os métodos de criação, as lógicas financeiras e provavelmente as condições de praticabilidade, variam de um sistema para outro².

Em resumo, o método proposto no guia apresenta um conjunto comum a todos os sistemas. É consagrado ao acompanhamento e à avaliação do instrumento financeiro que constitui o seguro (partes II e III) e um segundo conjunto (parte IV) onde são consideradas as diferenças entre as organizações com a responsabilidade do funcionamento do seguro.

De que forma é estruturado este guia?

O guia é composto por dois volumes. O primeiro é consagrado à apresentação da metodologia, o segundo às modalidades práticas de preenchimento dos quadros e de cálculo dos indicadores.

Estrutura do volume 1: Metodologia

O volume 1 é composto por cinco partes.

A parte I Apresenta as principais definições e noções básicas utilizadas no guia. Refere-se ao acompanhamento e à avaliação, às adesões, aos riscos associados ao seguros, às receitas e despesas bem como aos relatório financeiro. São apresentadas no glossário colocado no anexo do volume 1, definições complementares em relação às introduzidas nesta parte.

A parte II É destinada ao acompanhamento administrativo e técnico bem como ao acompanhamento do orçamento e da tesouraria. Os elementos de acompanhamento apresentados são aqueles directamente úteis à avaliação abordada nas partes III e IV. A apresentação do acompanhamento administrativo e técnico organizada junto das grandes funções de gestão do seguro são: a celebração do contrato, a comparticipação das contribuições e dos direitos de adesão, o tratamento dos pedidos de reembolso e a supervisão da carteira de riscos.

A parte III trata da avaliação da viabilidade do seguro de saúde considerado enquanto instrumento financeiro. O método proposto assenta na utilização de uma série de indicadores quantitativos e qualitativos. A avaliação da viabilidade é considerada sucessivamente no plano administrativo, técnico, funcional, financeiro e económico. Esta parte contém numerosas explicações de forma a facilitar a compreensão e a boa utilização dos indicadores propostos.

A parte IV Refere-se à avaliação da viabilidade institucional do sistema de micro- seguro. Esta parte é um complemento da anterior uma vez que salienta factores de viabilidade associados, em grande medida, à organização que assume a responsabilidade do funcionamento do seguro. São aqui examinados sucessivamente a repartição das tarefas e a gestão dos recursos humanos do SA, os elos e complementaridades entre o seguro e as outras

actividades conduzidas pela organização responsável, as ligações do SA com os prestadores de cuidados, o quadro jurídico e regulamentar de funcionamento do SA.

A parte V apresenta algumas indicações para a apreciação da eficácia, da eficiência e do impacto de um SA. No entanto, não fornece o conjunto dos elementos necessários à elaboração de verdadeiros métodos neste domínio. Fornece, de forma mais simples, marcas de orientação aos utilizadores que se possam interessar por este tipo de apreciação em complemento à avaliação da viabilidade do SA. Esta parte introduz igualmente a noção de pertinência.

Estrutura do volume 2: Indicações práticas

O volume 2 fornece indicações práticas e exemplos que facilitam a utilização dos quadros e dos indicadores apresentados no volume 1. Os quadros e os indicadores são reagrupados na primeira e segunda parte do volume 2, respectivamente. São apresentadas segundo a sua ordem de aparecimento no seio do volume 1.

Os índices situados no início do volume 1 e do volume 2 facilitam a pesquisa dos quadros e dos indicadores nos dois volumes.

Como utilizar este guia?

É conveniente que os utilizadores efectuem primeiro uma leitura completa do guia de forma a considerar a medida proposta no seu conjunto e a melhor compreender a utilidade das informações a recolher e os indicadores a produzir.

O acompanhamento e a avaliação de um SA são operações relativamente complexas. É assim preferível realizar estas operações em equipa afim de associar várias competências. Será talvez necessário o recurso a apoios exteriores para estabelecer, por exemplo, os relatórios financeiros ou para analisar os custos. Será necessário proceder de uma forma extremamente metódica e assegurando a total compreensão das indicações contidas no guia. É por esta razão que os utilizadores devem proceder a uma consulta frequente a este guia durante o acompanhamento ou a avaliação.

A avaliação será tanto mais frutuosa quanto maior tenha sido o número de intervenientes do SA a ela associados (responsáveis, gestores, prestadores nomeados, etc.). A sua participação desde a fase de recolha das informações, a transparência na metodologia desenvolvida, a sua contribuição para a análise dos dados, irão favorecer a sua apropriação das conclusões e a sua implicação nas actividades de pós-avaliação.

Segundo os seus objectivos e as suas necessidades, um utilizador poderá privilegiar em particular uma parte do guia, utilizando toda ou apenas alguns utensílios. Se o guia é utilizado para enriquecer outros métodos de avaliação terá já preenchido uma das suas missões. No entanto, é necessário observar a coerência global da avaliação, cujos resultados poderão ser completamente alterados por uma visão incompleta do SA.

Este guia perderia o seu interesse se fosse exclusivamente aplicado aos problemas que são solucionados e às situações que são claras. Pelo contrário, deverá ser considerado como uma ferramenta que destaca sistematicamente os problemas e as insuficiências. A ausência de informação em determinado domínio traduz ela própria uma informação importante para a gestão do SA. Demonstra a existência de uma «zona de sombra», podendo explicar assim qualquer dificuldade de funcionamento.

Parte I

Definições e noções básicas

Nesta primeira parte, são apresentadas definições e noções básicas que convém conhecer para utilizar as partes seguintes do guia. Estas definições e noções básicas referem-se:

- ao acompanhamento e à avaliação;
- às adesões;
- aos riscos associados ao seguro de saúde;
- às receitas e às despesas;
- aos relatórios financeiros.

1 O acompanhamento e a avaliação

É habitual fazer uma distinção entre o acompanhamento e a avaliação. Esta distinção nem sempre é clara quando aplicada na realidade. As duas técnicas estão de facto associadas e complementam-se utilizando muitos utensílios comuns.

O acompanhamento pode ser definido como uma actividade contínua que consiste em:

- acompanhar o bom desenvolvimento do programa de actividades previsto;
- fornecer, em devido tempo, os elementos de informação necessários a uma gestão saudável e a uma tomada de decisões eficaz.

Um bom acompanhamento é uma condição fundamental para o «sucesso» do SA. O sucesso pode ser definido para um SA como a capacidade de honrar de forma constante e duradoura os seus compromissos com os seus parceiros, em particular os beneficiários e os prestadores de cuidados.

Designa-se por «sistema de acompanhamento» o conjunto de procedimentos, utensílios, circuitos de informação e responsabilidades que permitem a colecta e o tratamento dos dados realizados no âmbito do acompanhamento.

A avaliação é uma actividade periódica. É o balanço da acção realizada, quer se trate de uma acção em curso, quer seja uma acção em fim de exercício³. Geralmente, a avaliação consiste em verificar se os objectivos estipulados são total ou parcialmente não atingidos. Deve procurar as razões das diferenças entre o nível de concretização dos objectivos e as previsões.

A avaliação pode incidir sobre o conjunto de uma estrutura (a avaliação de um projecto, por exemplo), sobre algumas das suas acções (por exemplo, a avaliação por parte de um ministério das acções em matéria de educação), ou algumas das suas características (como, por exemplo, a avaliação da viabilidade de uma empresa).

2 A adesão

A adesão ou afiliação⁴, de uma pessoa a um SA refere-se ao acto de esta se assegurar contra o risco financeiro associado a determinadas doenças. Pode tratar-se de uma adesão a uma mutualidade de saúde, a um seguro de saúde comercial ou a outros.

As noções básicas a seguir são aqui definidas:

- a população e o público alvo;
- as formas de adesão (individual, familiar ou de grupo);
- os tipos de adesão (voluntária, automática ou obrigatória);
- as categorias de beneficiários (aderente e pessoas a cargo, aderente contribuinte e não contribuinte).
-

Em matéria de adesão, as práticas observadas nos SA são muito variadas. Nas explicações e definições que seguem, apenas são referenciadas as práticas mais frequentes.

2.1 A população da zona de intervenção

A população da zona de intervenção corresponde à população total do território geográfico no qual opera o SA.

Dois casos podem ser apresentados para demonstrar de que forma o SA é a base territorial, (ou seja, que as suas actividades são circunscritas a determinada zona geográfica), ou a base sócio-profissional (ou seja, que as suas actividades são conduzidas em benefício de um grupo de indivíduos apresentando elos particulares: empregados de uma empresa, membros de um sindicato, etc.):

- *Para um SA com base territorial*, a população da zona de intervenção é o conjunto da população do território geográfico no qual opera o SA.
- *Para um SA com base socioprofissional*, a população da zona de intervenção é constituída pela população onde residem os membros da categoria socioprofissional para a qual dirige o SA. A zona de intervenção pode corresponder a uma ou várias localidades ou regiões, ou mesmo a um país.

O efectivo e as características da população podem ter uma incidência determinante nos custos, nas modalidades de gestão e na viabilidade de um SA. Por esta razão, é essencial conhecer as informações.

O SA não se destina geralmente ao conjunto da população da zona de intervenção, mas sim a uma parte desta zona, mais especificamente ao público alvo.

2.2 O público alvo

O **público alvo do SA** é constituído pelo conjunto dos indivíduos que tem a possibilidade de se tornar beneficiário do SA. Podem ser apresentados dois casos para analisar o SA com base territorial e com base socioprofissional:

- Para um SA com base territorial, o público alvo corresponde à parte da população da zona de intervenção do SA que tem a possibilidade de se tornar beneficiário. Quando o SA oferece a possibilidade de adesão a toda a população da zona de intervenção, o público alvo e a população da zona de intervenção unem-se.

Exemplo: No Bwamanda, na República Democrática do Congo, o público alvo é constituído pelo conjunto da população da zona abrangida pelo hospital.

No entanto, um SA pode impor restrições à adesão dos membros da população da zona de intervenção (por exemplo, no âmbito de um projecto). Neste caso, o público alvo e a população da zona de intervenção são distintas.

- Para um SA com base socioprofissional, o público alvo é constituído exclusivamente por membros da categoria socioprofissional que têm a possibilidade de aderir e, eventualmente, pelas pessoas que têm a cargo. Neste caso, o público alvo e a população da zona de intervenção do SA são diferenciados.

Exemplo: quando um SA é criado pelos assalariados de uma empresa, os indivíduos que dela fazem parte, não farão parte do público alvo, mesmo que vivam ou trabalhem na zona.

Contudo, um SA com base socioprofissional (ex. membros de uma cooperativa) poderá, ao longo dos anos, alargar o público alvo ao conjunto da população da zona de intervenção.

2.3 As categorias de beneficiários

Existem diferentes categorias de beneficiários. No seguimento do guia, serão utilizadas as seguintes definições.

O aderente, também designado por «**membro**», «**titular**» ou «**segurado**»⁵, é todo o indivíduo que «adere» ao SA, ou seja aquele que paga direitos de adesão (ou direitos de entrada), compromete-se a respeitar as cláusulas do contrato e/ou os textos que regem o funcionamento do SA (direitos e obrigações) e assim, a pagar, também, as contribuições (ou prémios). O aderente pode abrir o direito às prestações do SA a um determinado número de pessoas que dependem do próprio e designadas como «**pessoas a cargo**»; trata-se geralmente dos cônjuges e dos filhos até uma determinada idade, ou de qualquer pessoa dependente do aderente segundo as regras definidas pelo SA. Os aderentes e as pessoas a cargo constituem os «**beneficiários**» do SA.

Para beneficiar dos serviços do SA, entre outros, o pagamento dos direitos de adesão, o aderente deve cumprir o pagamento das contribuições. Todavia, alguns aderentes não o praticam. É assim feita uma distinção entre aderentes não contribuintes e aderentes contribuintes.

Os aderentes não contribuintes são os aderentes que pagaram os seus direitos de adesão, mas não pagaram as suas contribuições para o período considerado, nos prazos definidos pelos contratos (e/ou estatutos e regulamentos do SA). As despesas de saúde destes aderentes não podem ser tomadas pelo SA.

Na prática mutualista, observamos que determinados aderentes que tenham pago os seus direitos de adesão, não pagam as suas contribuições. Não são por isso considerados como excluídos da mutualidade.

Os aderentes contribuintes são aqueles que pagaram as suas contribuições para o período considerado. Têm direito às prestações do SA.

2.4 As formas de adesão

A base da adesão, ou seja a mais pequena unidade abaixo da qual não é possível aderir, pode variar consoante o SA, ou por vezes no próprio seio de um SA. São geralmente consideradas três formas de adesão possíveis tendo em conta que a base de adesão seja:

- **O indivíduo.** Cada pessoa adere individualmente sem obrigação de pertença a uma família ou a uma colectividade.
- **A família.** Todos os membros da família devem estar inscritos e pagar a sua contribuição. Os critérios que definem a família e a condição de «pessoa a cargo» são estipulados antecipadamente.

Exemplo: no início das suas actividades, o SA de Solano, no Equador (América Latina) dispunha de uma forma de adesão individual. Ou seja, só se inscreviam os membros da família com riscos de doença consideráveis. Os gestores do SA decidiram assim que todos os membros da família deveriam aderir para beneficiarem dos serviços do SA.

Um grupo de indivíduos, uma aldeia, uma empresa ou um agrupamento (quer os indivíduos possuam ou não elos familiares). Nestes casos, os membros do grupo, da aldeia ou da empresa devem aderir como grupo e não de forma individual.

2.5 Os tipos de adesão

Um indivíduo pode dispor de uma liberdade mais ou menos considerável na adesão a um SA. É fundamental analisar os diferentes tipos de adesão possíveis. Os três tipos de adesão são:

- **A adesão voluntária.** A adesão é voluntária quando o aderente potencial é livre de aderir ou não ao SA.
- **A adesão automática.** A adesão é automática quando o facto de pertencer ao grupo (cooperativa, aldeia, grupo sindical, grupo empresarial, etc.) conduz automaticamente à adesão no SA. A decisão de aderir ao SA é livremente tomada pelo grupo (e não de forma individual). Não é imposta pelo exterior.

Exemplo: uma organização mutualista no Benim está situada nas proximidades de um hospital. Durante os primeiros anos, mais de metade dos habitantes da aldeia aderiram voluntariamente. Reunida em assembleia geral, a aldeia decidiu que a partir do ano seguinte, todos os habitantes deveriam aderir à mutualidade. A adesão tornou-se automática para os habitantes da aldeia.

- **A adesão obrigatória.** A adesão é obrigatória quando indivíduos, famílias ou grupos podem ser induzidos a aderir sem que esta decisão tenha sido tomada por eles ou pelo seu grupo de pertença.

Exemplo: a adesão dos assalariados de uma empresa a um regime de segurança é o mais frequentemente obrigatório. Uma categoria socioprofissional pode ser colocada, pela lei, perante a obrigação de aderir a um SA, como é o caso dos professores no Líbano.

3 Os riscos associados ao seguro de saúde

Os riscos associados ao seguro de saúde são de três tipos:

- **O risco de super-prescrição** (ou risco de aumento dos custos). Trata-se do risco do aumento dos custos das prestações tomadas pelo SA devido a uma subida abusiva da quantidade ou do custo dos tratamentos dispensados pelos prestadores.

Os prestadores podem provocar um aumento dos custos dos cuidados tomadas prescrevendo cuidados inúteis, ou utilizando técnicas mais dispendiosas, sem oposição por parte do doente, sabendo este que o seguro cobre as despesas.

- **O risco de sobreconsumo.** O sobreconsumo designa o fenómeno segundo o qual os beneficiários do SA têm tendência a consumir abusivamente, ou de forma flagrante, os serviços tomados, de forma a «valorizar» ao máximo as contribuições pagas.

Exemplo: no Benim, um SA só se responsabiliza pelas hospitalizações num centro de saúde. No cálculo das contribuições, o SA contou com uma frequência de hospitalização de 0,05 casos por habitante e por ano (5 hospitalizações para 100 habitantes em média por ano). A partir do terceiro ano de funcionamento, as taxas observadas foram superiores a 0,1. Após elaboração de um inquérito, constatou-se que o chefe do centro estava sujeito a uma forte pressão por parte dos beneficiários que exigem ser hospitalizados de forma a serem cobertos pelo SA, sem que o seu estado de saúde o justificasse.

- **O risco de selecção adversa.** Corresponde à eventualidade de adesão ao SA das pessoas que apresentem um risco elevado de doença numa proporção muito superior em relação às pessoas que as representam no conjunto da população. O que quer dizer que, segundo as modalidades de adesão⁶ e as prestações que alcançou, o SA pode «atrair» uma população mais exposta aos riscos de doença («maus riscos») em relação à população em geral.

Exemplo: um SA propõe a cobertura dos partos. Calcula a frequência de partos na população como sendo de 4,5 por cento, (4,5 partos para 100 pessoas). Ao fim de um ano, o SA verifica que houve perdas consideráveis, 70 por cento dos aderentes são mulheres e a frequência de partos entre os seus aderentes é de 45 por cento. Este SA é submetido a uma importante selecção adversa.

4 As receitas e despesas de um SA

4.1 As despesas

As despesas são reagrupadas em cinco categorias:

- **As despesas relativas aos serviços cobertos.** Estas despesas correspondem nomeadamente ao reembolso das despesas de saúde dos beneficiários, ao pagamento dos prestadores de cuidados, ao depósito de subsídios, etc. A cobertura das prestações de saúde constitui a principal despesa do SA.

- **As despesas relativas aos serviços auxiliares em matéria de saúde.** Os serviços auxiliares em matéria de saúde dizem respeito a todos os serviços, à excepção do seguro de saúde, como sendo os serviços de educação na saúde ou de transporte de doentes. As despesas aqui consideradas estão relacionadas com os custos directamente associados a estes serviços.
- **As despesas de funcionamento.** Estas despesas, também designadas como despesas de gestão, referem-se à administração e à gestão do SA. Trata-se dos salários dos funcionários, dos custos de deslocação, dos alugueres, do mobiliário de escritório, etc.
- **As despesas de formação e de animação.** Estas despesas incluem nomeadamente a remuneração de formadores externos (ou de animadores), os custos de deslocação (associados à formação ou animação), o material didáctico, o aluguer das salas, o alojamento dos participantes, etc.
- **As outras despesas.** O SA efectua despesas que não são consideradas em nenhuma das categorias anteriores, como o depósito de custos de filiação para uma federação ou para um sistema de resseguro.

4.2 As receitas

As receitas são reagrupadas em cinco categorias:

- **As contribuições.** A contribuição⁷ corresponde a uma determinada quantia de dinheiro, depositada periodicamente no SA pelo aderente (ou por um terceiro em benefício do aderente), para ele próprio e eventualmente para as pessoas a seu cargo, para que possam assim beneficiar dos serviços do SA. A contribuição aplicada pelo SA pode ser:

✓ *condicionada ou associada aos rendimentos (ou ao salário) do aderente.*

✓ *familiar ou individual. São possíveis quatro casos:*

- é depositada uma contribuição única independentemente do número de pessoas a cargo;
- o aderente e as pessoas a cargo pagam a mesma contribuição;
- são aplicadas duas taxas de contribuições, com ou sem pessoas a cargo;
- as pessoas a cargo pagam uma contribuição inferior à do aderente;

✓ *dependente ou independente das características dos beneficiários. Três casos são possíveis:*

- a contribuição é fixa. É independente da categoria de beneficiários;
- a contribuição é variável segundo os riscos pessoais de saúde dos beneficiários (é a lógica comercial, ao contrário da lógica mutualista);
- a contribuição é variável segundo outras características dos beneficiários: idade, sexo, rendimentos, etc.

Com finalidade de registo contabilístico, salientam-se:

- ✓ **As contribuições emitidas** no decurso de um exercício, ou as contribuições designadas. São as 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 o período considerado). Correspondem à parte das contribuições emitidas destinadas à cobertura das prestações para o período correspondente ao exercício contabilístico considerado.

- **Os direitos de adesão.** O direito de adesão, também designado direito de entrada, de inscrição ou de admissão, é um montante depositado pelo aderente aquando da sua inscrição no SA. Pode ser substituído pela venda do cartão de aderente ou da carteira de adesão⁸, o que se torna mais simples ao nível contabilístico e melhor aceite pelos aderentes.

O direito de adesão é geralmente pago apenas uma vez. Duas excepções são no entanto possíveis:

✓ Quando o direito de adesão é substituído pela venda do cartão de aderente, sendo esta readquirida a cada renovação.

✓ Determinados SA prevêem a obrigatoriedade de novo pagamento do direito de adesão quando um indivíduo terminou de depositar as suas contribuições, durante um dado período, antes de retomar os seus depósitos.

O direito de adesão é um princípio não reembolsável.

Em certos SA, por exemplo aqueles com o estatuto de cooperativas, os aderentes devem participar na constituição do capital. A contribuição paga por um aderente é geralmente designada pela expressão «partes sociais». O aderente continua proprietário das partes sociais que depositou; pode recuperá-las quando termina a sua adesão.

- **As doações e legados.** As doações e legados são gratificações ou subsídios do Estado ou de intervenientes externos, (programas de cooperação, ONG ou outras fontes), cedidos a título gratuito ao SA. As doações e legados podem ser efectuados em natureza ou em géneros.
- **Os serviços auxiliares.** Remunerados ou não remunerados, os serviços auxiliares constituem o conjunto de prestações oferecidas pelo SA, como complemento da cobertura dos cuidados de saúde. Podem ser úteis tanto para os aderentes como para os não aderentes constituindo assim uma fonte distinta de receitas quando são remunerados. Pode tratar-se por exemplo de serviços de transporte de doentes.
- **As outras receitas.** O SA pode ter outras receitas provenientes por exemplo:

✓ dos interesses sobre aplicações financeiras;
das prestações de serviços facturados a utilizadores externos (aluguer de salas ou de material, alojamento, etc.);

✓ de actividades promocionais geradoras de rendimentos (sorteios, galas culturais, etc.).

5 Os relatórios financeiros

A conta de resultados e o balanço têm uma importância fundamental nomeadamente no âmbito da análise da viabilidade financeira do SA. Uma apresentação sintética destes dois utensílios é assim fornecida em seguida. Limitar-se-á contudo à sua descrição, sob uma forma simplificada. A sua elaboração sai do âmbito deste guia não podendo assim ser considerada.

5.1 A conta de resultados

A conta de resultados (CdR) é o resumo dos encargos e dos produtos do SA ao longo de um determinado período, designado por «exercício» (geralmente um ano). Os encargos são os bens e serviços consumidos definitivamente e reassociados a um exercício. Os produtos constituem os recursos adquiridos em definitivo e reassociados neste mesmo período. A diferença entre os encargos e os produtos constitui o resultado do exercício. A CdR permite assim calcular o resultado do SA para um dado exercício. O quadro 1 descreve de forma simplificada uma CdR. Este contém de forma ordenada na coluna da esquerda, o conjunto dos encargos que deverão ser suportados pelo SA. Na coluna da direita, a CdR retoma o conjunto dos produtos registados. Os encargos e os produtos só são contabilizados para o exercício para o qual a CdR é estabelecida. Para equilibrar a CdR, o resultado é inscrito como produto se é negativo e como encargo no caso inverso.

Quadro 1: Apresentação simplificada da conta de resultados

Ver volume 2, página 3

Encargos		Produtos	
<i>Encargos em prestações</i>			
Reembolso aos aderentes	a1	Contribuições	(f)
Pagamento dos prestadores	a2		
<i>Sub-total prestações</i>	(a)	<i>Sub-total contribuições</i>	(f)
<i>Outros encargos</i>			
Salários ou indemnizações	b1	Direitos de adesão	(g)
Alugueres e encargos	b2	(ou de entrada)	
Custos de deslocação	b3		
Mobiliário de escritório	b4		
Custos de formação e de promoção	b5		
<i>Sub-total outros encargos</i>	(b)	<i>Sub-total contribuições + direitos de adesão</i>	(f + g)
<i>Amortização (doação)</i>	(c)		
<i>Encargos financeiros</i>	(d)	<i>Produtos financeiros</i>	(h)
<i>Encargos excepcionais</i>	(e)	<i>Produtos excepcionais</i>	(i)
<i>Total encargos</i>	A = a+b+c +d+e	<i>Total produtos antes dos subsídios</i>	B = f+g+h+i
Resultados antes do subsídio (excedente)	(Rb)* = B-A	Resultados antes do subsídio (défice)	(Rb) =B-A
		Subsídio de exploração***	(S)
Total encargos	A	Total produtos	C = B+S

Resultados depois do subsídio	(R)** = C-A	Resultados depois do subsídio	(R) = C-A
TOTAL	X	TOTAL	X

* Os resultados antes do subsídio (Rb) são retomados se $R_b > 0$ e em produtos se $R_b < 0$.

** Os resultados (R) são retomados se $R > 0$ e em produtos se $R < 0$.

*** O subsídio de uma exploração é habitualmente retomado nos produtos de exploração.

Nota: esta apresentação da CdR faz surgir mais facilmente os resultados antes e depois do subsídio.

5.1.1 Os encargos

Para simplificar a compreensão da CdR e a sua interpretação, os encargos foram classificados em cinco categorias:

- **Os encargos em prestações.** São constituídos pela soma dos montantes das facturas dos prestadores, e/ou pela soma dos pedidos de reembolso dos aderentes, cujo pagamento foi aceite pelo SA. Estes encargos estão indicados nos itens a1, reembolso dos aderentes, e a2, facturas dos prestadores. O registo contabilístico das prestações volta a ser considerado no volume 2.
- **Os outros encargos (b).** Estão repartidos em seis categorias:
 - ✓ os salários dos empregados e/ou as indemnizações dos aderentes do SA trabalhadores independentes, a quem é confiada uma tarefa (b1);
 - ✓ os alugueres e os encargos de locação (b2);
 - ✓ os custos de deslocação (b3);
 - ✓ o mobiliário de escritório (utensílios de gestão, cartas, cadernos, etc.) (b4);
 - ✓ os custos de formação e de promoção (b5).
- **As dotações às amortizações (c).** O SA pode investir, por exemplo ao adquirir um veículo ou um computador para efectuar o acompanhamento das suas actividades. Não se trata de um encargo destinado a um único exercício. Com efeito, este investimento servirá durante vários anos. É atribuída à CdR exclusivamente a parte da amortização do bem correspondente ao exercício.
- **Os encargos financeiros (d).** Trata-se nomeadamente dos juros de empréstimos, dos custos de gestão de contas bancárias e de outros custos financeiros directamente associados à actividade de seguros de saúde.
- **Os encargos extraordinários (e).** Foi reservada uma linha para os encargos do SA que não correspondem ao resultado da sua actividade comum.

5.1.2 Os produtos

A coluna da direita da CdR retoma o conjunto dos produtos realizados pelo SA durante o exercício. Por simplificação, os diferentes produtos do SA são repartidos em seis categorias:

- **As contribuições (f).** O registo das contribuições na CdR merece uma atenção particular e é apresentado no volume 2.
- **Os direitos de adesão (g).**

- **Os produtos financeiros (h).** Trata-se de todos os produtos resultantes das aplicações financeiras realizados pelo SA.
- **Os produtos excepcionais (i).** Trata-se de todos os produtos que não estão associados à actividade comum do SA.
- **Os subsídios de exploração (S).** Trata-se do conjunto dos subsídios de exploração do qual beneficiou o SA durante o exercício.

5.1.3 O resultado

O resultado é a diferença entre os produtos (C) e os encargos (A) para um mesmo exercício $[(R) = C - A]$. Se o resultado é positivo, isto significa que o SA realizou um excedente (benefício) para o exercício. Este é registado na coluna dos encargos (esquerda). No caso inverso, o SA foi deficitário. O resultado é registado na coluna dos produtos (direita).

Para a análise financeira, é útil fazer o cálculo de um resultado antes do subsídio de exploração $[(Rb) = B - A]$ e de um resultado após o subsídio, particularmente se este não é renovável.

5.2 O balanço

O balanço é a «fotografia» da situação do património em determinada data. Apresenta-se sob a forma de um quadro sintético de duas colunas. Nele, apresenta-se o emprego dos recursos do SA (o que ele «possui»), designado por «activo» (coluna da esquerda) e a origem dos recursos (coluna da direita), designada por «passivo».

O quadro 2 descreve de forma simplificada um balanço contabilístico. A apresentação do activo, e do balanço em geral, deve respeitar as formas precisas. Os valores do activo são classificados por ordem de liquidez crescente, onde a liquidez é definida como a facilidade de um bem ou de um crédito serem transformados sob forma monetária (disponível). Os valores menos líquidos são colocados no topo do activo, os mais líquidos na base.

Os valores do passivo (coluna da direita) são colocados por ordem de exigibilidade crescente. Os valores menos exigíveis são colocados no topo do passivo, os mais na base⁹.

5.2.1 O activo

Os elementos do activo podem ser reagrupados em duas categorias:

- **Os activos imobilizados.** São os recursos imobilizados (11) destinados a permanecer por muito tempo no SA. Englobam:
 - ✓ *As imobilizações incorpóreas (11.1).* São os elementos imateriais com uma contribuição económica, por exemplo: despesas de estabelecimento, direitos de arrendamento, patentes, fundos comerciais.
 - ✓ *As imobilizações corpóreas (11.2).* São os bens com um valor de revenda como é o caso de terrenos, edifícios, mobiliário ou viaturas.
- **Os activos circulantes:** são os elementos do activo que não são destinados a permanecer eternamente no SA. Incluem:

✓ *Os créditos a longo prazo* (12), ou seja aquelas cujo prazo é superior a um ano. As existências (13).

✓ *Os créditos a curto prazo* (14), ou seja aquelas cujo prazo é inferior a um ano.

✓ *As aplicações financeiras* (15).

✓ *As disponibilidades* (16), ou seja, depósitos em banco (16.1) e em caixa (16.2).

Uma última categoria de contas é constituída pelas contas de regularização (17). Em final de exercício, ao nível da CdR, só são contabilizados os encargos e produtos reassociados ao exercício. No entanto, a compreensão da informação em tempo real provoca oscilações cronológicas. O SA pode, por exemplo, registar ao longo de um exercício produtos relativos ao exercício seguinte. É desde logo conveniente fazer uma triagem (regularização) entre encargos e produtos. Na prática, não são suprimidos os registos de encargos ou produtos que não correspondam ao exercício embora o seu efeito seja neutralizado sobre o resultado utilizando contas designadas por «contas de regularização». Este processo é especialmente importante no que diz respeito à contabilização das contribuições e das dívidas junto dos prestadores (ver volume 2).

Quadro 2: Apresentação simplificada do balanço¹⁰

Ver volume 2, página 5

Aplicação dos recursos			Origem dos recursos		
Activo		(Nº)	Passivo		(Nº)
Activo imobilizado	Imobilizações:	11	Reservas	1	Capitais próprios
	✓ Imobilizações incorpóreas	11.1	Resultado (excedente/perda) do exercício	2	
	✓ Imobilizações corpóreas	11.2	Subsídios de investimento	3	
Activo circulante	Créditos a longo prazo	12	Dívidas a longo prazo	4	Dívidas
	Existências	13	Dívidas a curto prazo:	5	
	Créditos a curto prazo	14	✓ Prestadores	5.1	
	Aplicações financeiras	15	✓ Aderentes	5.2	
	Valores disponíveis:	16	✓ Outros fornecedores	5.3	
	✓ Contas bancárias	16.1			
	✓ Caixas	16.2			
Contas de regularização	17	Contas de regularização	6		
<i>Total do activo</i>		18	<i>Total do passivo</i>		7

5.2.2 O passivo

Os elementos do passivo podem ser reagrupados em três categorias:

- **Os capitais próprios:** são constituídos por reservas (1), pelo resultado (excedente/perda) do exercício (2) e pelos subsídios de investimento (3).

- **As dívidas:**

✓ **As dívidas a longo prazo** (4). O SA beneficiou de recurso a um empréstimo a longo prazo (vencimento a mais de um ano) para financiar determinados elementos de activo.

Os capitais próprios e as dívidas a longo prazo constituem os **capitais permanentes** do SA.

✓ **As dívidas a longo prazo** (5). À data da elaboração do balanço, o SA pode ter dívidas a pagar a curto prazo (vencimento a menos de um ano). As dívidas a curto prazo distinguem-se geralmente segundo se tratem de dívidas para com:

- os prestadores (5.1);
- os aderentes (5.2);
- os outros fornecedores (5.3).

5.2.3 O resultado

O **resultado** é considerado, no balanço, pela diferença entre o activo e o passivo. O montante do resultado indicado no balanço corresponde ao mesmo montante da CdR. Após inserção do resultado, o total do activo (18) e o total do passivo (7) são iguais. Fora de qualquer consideração legal, a atribuição do resultado depende da gestão financeira do SA (reservas, novo adiamento, etc.). No balanço aqui apresentado, o resultado não é ainda atribuído e surge numa conta específica (2).

Parte II

Elementos de acompanhamento

Como em qualquer empresa, os gestores do SA devem avaliar permanentemente o desenvolvimento das actividades e dispor das informações necessárias à tomada de decisões. Para isso, devem contar com um sistema de acompanhamento adaptado. Este é constituído por uma série de utensílios e de mecanismos. Esta parte descreve os utensílios a utilizar para:

- acompanhamento administrativo e técnico;
- acompanhamento do orçamento e da tesouraria.

Estes dois aspectos do acompanhamento foram privilegiados uma vez que eles favorecem directamente a evolução apresentada nas partes III e IV. Esta mesma articulação entre as partes do guia conduziu à instalação de determinados utensílios que servem ora de acompanhamento, ora de avaliação (por exemplo determinadas relações financeiras) na parte destinada à avaliação.

O acompanhamento contabilístico não é apresentado como tal. O procedimento contabilístico inclui de forma contínua controlos internos que servem para a verificação das escrituras e das somas efectuadas. Estes controlos dependem assim da contabilidade e não do acompanhamento. Em matéria de contabilidade, o acompanhamento limita-se assim a certificar-se de que o procedimento contabilístico seja respeitado. Isto é importante mas não exige uma particular descrição no âmbito deste guia.

Esta parte é especialmente destinada aos gestores dos SA. Apresenta igualmente um grande interesse para as estruturas de apoio e os avaliadores que aqui encontrarão os elementos de acompanhamento empregues durante a avaliação.

1 O acompanhamento administrativo e técnico dos seguros de saúde

Os gestores devem efectuar um acompanhamento administrativo e técnico regular essencialmente para:

- conhecer a todo o momento a identidade e o número dos aderentes e dos beneficiários;
- cobrar as contribuições devidas;
- estar apto a efectuar as verificações necessárias quanto aos direitos às prestações dos beneficiários e aos pagamentos das facturas dos prestadores;
- pagar as prestações aos beneficiários e/ou pagar aos prestadores;
- efectuar um acompanhamento da carteira de riscos.

Este último ponto merece uma explicação. Uma das características do seguro é o facto de o preço de custo (o custo) de um produto de seguro não ser previamente conhecido com precisão. Depende, em particular, do aparecimento de acontecimentos imprevisíveis, (doença neste caso) cuja frequência é apenas estimativa, da evolução do custo das prestações tomadas e do domínio dos riscos associados ao seguro de saúde (por exemplo o risco que os prestadores prescrevem dos cuidados em excesso).

O **acompanhamento da carteira de riscos** consiste em controlar a evolução destes diferentes parâmetros em relação ao preço de custo do produto de seguro. Este controlo é necessário para antecipar ou corrigir disfunções provenientes dos riscos associados ao seguro de saúde, nomeadamente a super-prescrição, o sobreconsumo e a selecção adversa. Permite igualmente

rever o montante da contribuição¹¹ em função da evolução dos custos médios das prestações tomadas pelo SA e das frequências de surgimento dos riscos entre os beneficiários.

Este capítulo tem por objectivo a descrição das principais utensílios de acompanhamento administrativo e técnico e das actividades a assegurar no âmbito deste acompanhamento. A medida consiste, nestes casos, na sucessiva apresentação de:

- *suportes e documentos de gestão úteis para o acompanhamento administrativo e técnico;*
- *actividades de acompanhamento e utensílios complementares correspondentes.*

1.1 Os utensílios e documentos de gestão utilizados para o acompanhamento administrativo técnico

Os utensílios de gestão utilizados pelos SA apresentam uma grande diversidade. Os utensílios descritos nesta secção são as mais frequentemente utilizadas.

Muito mais do que apenas reproduzir os utensílios tal como são aqui apresentados a título de exemplo, cabe aos gestores a criação dos utensílios de gestão adaptados às características do SA. Contudo, os gestores deverão certificar-se de que todos os elementos de informação requeridos para efectuar um bom acompanhamento e uma rigorosa avaliação sejam efectivamente inseridos nos utensílios que eles utilizam.

1.1.1 O cartão de aderente

O cartão de aderente constitui o «passaporte» do beneficiário. Este comprova que ele tem direito aos serviços do SA. Pode apresentar-se sobre diferentes formas:

- *Pode ser individual (um para cada beneficiário).* Nestes caso terá as informações (número de identificação, apelido, nomes, idade, morada, etc.) permitindo identificar com precisão o beneficiário. Contém geralmente uma indicação sobre o pagamento das contribuições (em dinheiro ou por cheque, data de pagamento).
- *Pode ser familiar.* Neste caso, conterà para além das informações sobre o aderente, outras relativas a cada uma das pessoas a cargo (cônjuges, filhos, etc.).

Existem ainda outros tipos de cartões. Por exemplo, um agrupamento poderá substituir o cartão de adesão por um «cartão de grupo» que cada doente (ou a sua família) deverá solicitar antes de recorrer aos cuidados, acompanhado de uma carta de garantia endereçada ao prestador, que mencione as informações relativas ao doente (apelido, nomes, idade, sexo, etc.).

Em determinados SA, o cartão serve também como caderneta de saúde. Neste caso, trata-se de uma caderneta com várias páginas em branco que os prestadores podem utilizar para inscrever as actas e as prescrições, o que se torna muito útil em termos de acompanhamento, mas contrário à ética médica, em virtude da confidencialidade das informações médicas. É conveniente uma separação das informações em dois documentos distintos.

1.1.2 A ficha de adesão e de contribuição

A ficha de adesão e de contribuição é uma ferramenta de gestão administrativa e de acompanhamento, utilizada ao nível do SA. Permite registar as operações de cada

aderente e das pessoas a cargo. A ficha permite um acompanhamento individual dos aderentes. Contém geralmente:

- as informações contidas no cartão de aderente (com um número de identificação idêntico);
- os montantes emitidos de direitos de adesão e de contribuições (e as datas de emissão);
- os montantes recebidos de direitos de adesão e de contribuições (e as datas de pagamento);
- os montantes a cobrar de vencimentos;
- os denominados dos documentos comprovativos de despesas;
- as datas de início e de cessação de reembolso.

A ficha deve ser periodicamente actualizada.

Em determinados SA, estas fichas não existem. As informações são neste caso directamente registadas (total ou parcialmente) nos registos de adesão, de pagamento das contribuições e nos direitos de adesão.

1.1.3 O registo de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão

O registo de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão é uma ferramenta de gestão administrativa e de acompanhamento que fornece uma visão global das adesões, do pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.

As informações contidas neste registo devem permitir igualmente a realização regular de um relatório sobre:

- número de beneficiários (aderentes e pessoas a cargo);
- número de novas adesões e de anulações durante o exercício de um ano;
- os direitos de adesão e das contribuições não pagas;
- a renovação das adesões.

Certos SA utilizam um duplo registo, sendo um relativo às adesões (número de beneficiários, características, etc.), e outro relativo aos pagamentos das contribuições e dos direitos de adesão. Este último é igualmente denominado «registo das contribuições».

1.1.4 A carta de garantia

A carta de garantia, ou autorização de reembolso, é um documento utilizado pelos SA que procura realizar um controlo dos direitos às prestações do SA antes que os beneficiários deixem de recorrer aos cuidados.

A carta de garantia contém as informações relativas ao doente que autorizam o prestador a cuidar do doente tendo em conta as condições previstas pela convenção assinada com o SA. As cartas de garantia são normalmente impressas previamente e reunidas numa carteira de cheques na posse do SA.

O beneficiário deverá apresentar-se ao SA para obter a carta de garantia. Em seguida, deverá apresentá-la ao prestador para ser tomada. A carta de garantia será anexa ao atestado de cuidados ou à factura emitida pelo prestador.

1.1.5 O atestado de cuidados

O atestado de cuidados, ou certificado de cuidados, é um documento entregue pelo prestador de cuidados ao doente que atesta que este foi tratado, indicando o montante que o SA deverá reembolsar. O doente recebe geralmente este documento quando abandona a equipa médica, no próprio dia, para o caso dos pequenos riscos e passado algum tempo, para os grandes riscos.

Este atestado de cuidados só é entregue após o pagamento pelo doente do co-pagamento a seu cargo (ver parte III, secção 2).

Este atestado contém as seguintes informações: o nome do prestador de cuidados, o nome do SA, as informações úteis contidas na caderneta de adesão (o número de identificação, o nome do beneficiário, o nome do aderente, etc.), o descritivo das consultas entregues ao doente, o montante facturado no SA, a data dos cuidados prestados (ou de internamento no hospital), o montante do co-pagamento pago pelo doente, a assinatura do prestador e do doente (ou eventualmente a sua impressão digital).

O atestado de cuidados é normalmente estabelecido em dois exemplares:

- Um para o prestador. Este irá utilizá-lo para estabelecer a factura destinada ao SA.
- Outro para o SA. Este exemplar é transmitido pelo doente aos gestores. Estes últimos poderão assim realizar um controlo e avaliar o montante da factura do prestador antes mesmo de a receber.

1.1.6 A factura do prestador de cuidados de saúde

A **factura** é estabelecida pelo prestador de cuidados segundo a frequência – na generalidade, mensal, ou trimestral – que mais convenha ao SA. Reagrupa o conjunto dos cuidados entregues aos beneficiários durante o período considerado.

A factura contém geralmente as seguintes informações: o nome do prestador e do SA, o período abrangido pela factura, o descritivo dos elementos facturados (ou seja, o número de identificação do beneficiário, a data de entrada e de saída ou de visita, o montante, etc.), a data de emissão da factura e eventualmente, segundo o acordo assinado com o SA, o prazo de pagamento.

A partir da sua recepção, as informações contidas na factura serão utilizadas de forma a realizar um controlo dos direitos às prestações, de verificação da correspondência dos cuidados prestados com os atestados (sempre que estes sejam utilizados), de salientar os consumos de cuidados e de efectuar sobre estes o acompanhamento.

1.1.7 O registo das prestações tomadas

O registo das prestações tomadas, ou registo de acompanhamento das prestações ou das «tomadas» de seguros, é um documento que inclui o conjunto das prestações tomadas pela categoria de consultas. É estabelecido na base das facturas dos prestadores, (ou dos pedidos de reembolso) e dos atestados de cuidados após a verificação dos direitos dos beneficiários.

É um documento essencial de acompanhamento uma vez que permite conhecer de forma precisa o consumo dos beneficiários e as despesas em prestações realizadas em seu proveito.

1.2 O acompanhamento das funções de gestão do seguro

Os utensílios e suportes descritos na secção anterior irão contribuir para a realização de um acompanhamento administrativo e técnico eficaz. Serão igualmente utilizados utensílios complementares. Estes utensílios bem como as actividades de acompanhamento são aqui apresentados, em função das quatro funções de gestão do seguro:

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

1.2.1 A produção do contrato de seguros¹²

A **produção do contrato** de seguros é constituída por todas as actividades que estabeleçam o elo entre o SA e o aderente. Estas são:

- a inscrição dos aderentes (inscrição nos registos /fichas de adesão);
- a aplicação da tabela de contribuição;
- estabelecimento do contrato e a sua assinatura;
- a elaboração da caderneta de adesão.

Aqui, a produção e o tratamento da informação são realizados com a ajuda dos cartões de aderente, das fichas de adesão e dos registos de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão.

Graças a esta ferramenta, os gestores deverão estar aptos a conhecer em qualquer altura:

- a identidade e o número de beneficiários inscritos (aderentes e pessoas a cargo);
- os períodos de reembolso dos beneficiários;
- os aderentes com atraso no pagamento das contribuições;
- os aderentes excluídos temporariamente ou em definitivo.

Se os gestores não dispõem dos utensílios correspondentes, deverão pelo menos construir periodicamente uma lista dos aderentes com base nas informações acima descritas.

De forma a apreciar a dinâmica da adesão, será igualmente conveniente que os gestores disponham de um bom conhecimento do público alvo. Efectivamente, o número de adesões depende em grande parte do efectivo e das características deste público.

Os gestores poderão criar uma ferramenta complementar de acompanhamento baseada no quadro 3 abaixo apresentado. Este quadro descreve:

- *O tamanho e a densidade da população da zona de intervenção do SA e do seu público alvo.* Esta informação é muito útil no âmbito da análise da viabilidade do SA. Existe de facto um elo entre o número de aderentes (em função do tamanho e das características do público alvo) e a viabilidade de um SA.

- *O nível de rendimento da população da zona de intervenção do SA e do seu público alvo.* Este elemento permite julgar numa primeira abordagem a capacidade contributiva do público alvo e do interesse que pode representar o SA. Em princípio, estas informações devem ser complementadas pela parte do orçamento familiar destinado à saúde.
- *O número médio de beneficiários por habitação.* É um elemento importante a conhecer para definir as diferentes categorias de beneficiários do SA e o modo de adesão adequado.

Quadro 3: Características sociodemográficas da população e do público alvo

Ver volume 2, página 12

	Dados	Ano de referência	Fonte dos dados
População da zona de intervenção do SA			
1. Efectivo (X)			
2. Densidade (Y)			
3. Rendimento anual médio			
Público alvo do SA			
4. Efectivo (P)			
5. Tamanho em percentagem da população da zona de intervenção			
6. Número médio de membros por habitação			
7. Rendimento anual médio			

Os gestores actualizarão este quadro logo que possam aceder a dados actualizados (não sendo a produção destes dados da competência do SA).

1.2.2 A comparticipação das contribuições e dos direitos de adesão

A segunda função de gestão do seguro estudada, está relacionada com as contribuições e os direitos de adesão. Um aderente pode aderir e ser inscrito sem estar actualizado quanto ao pagamento das suas contribuições. As actividades ligadas à comparticipação são:

- Recebimento em caixa das devidas quantias;
- acompanhamento dos recebimentos em caixa em caso de pagamento fraccionado;
- a comparticipação dos créditos;
- registo e a entrega dos documentos comprovativos das despesas (recibos, etc.).

Neste caso, a informação será colectada e sistematizada com a ajuda do registo de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão, das fichas de adesão e de contribuição (eventualmente) e dos documentos comprovativos das despesas (facturas, recibos, etc.).

Na medida em que o SA se compromete a reembolsar os beneficiários, os gestores devem conhecer de forma precisa o número daqueles que têm direito às prestações e as suas características. Para isso, é necessário distinguir, como indicado anteriormente, o número de aderentes inscritos relativo aos «aderentes contribuintes», ou seja aqueles que pagam as suas contribuições.

Deve ser construída uma ferramenta de acompanhamento: a ficha de acompanhamento do número de beneficiários. O objectivo desta ficha (quadro 4) é o de permitir uma análise relativa:

- à evolução do número de beneficiários, segundo as diferentes categorias e o tipo de adesão;
- ao nível da renovação das adesões. Caso se verifique que o facto de muitos aderentes não renovaram a sua adesão, os gestores deverão aqui procurar as causas e tomar medidas correctivas;
- a eventuais anomalias, nomeadamente no que diz respeito ao número médio de beneficiários por aderente contribuinte.

A ficha fornecida, como exemplo, propõe um acompanhamento mensal. A frequência é adaptada segundo a situação e as características do SA:

- Para os SA onde o período de adesão não é limitado no tempo (SA com um período de adesão aberto) e para os SA onde o pagamento da contribuição é fraccionado, é aconselhado o acompanhamento mensal.
- Para os SA onde o período de adesão é limitado no tempo (SA com um período fixo de adesão) e a pagamento único, a frequência pode ser espaçada. O acompanhamento continua a ser necessário dado que o número de beneficiários pode variar durante o ano (falecimentos, nascimentos, partidas, etc.).

A ficha pode ser preenchida manualmente na base dos registos de adesão e das fichas de adesão. É necessário salientar que no caso de SA com um período de adesão aberto (adesão ao longo de todo o ano), o acompanhamento do número de beneficiários será largamente facilitado pela utilização de sistemas informáticos.

O exemplo da ficha abaixo apresentado permite um acompanhamento mensal do número de beneficiários, para três anos. Os meios anuais permitirão uma comparação de um ano sobre o outro.

1.2.3 O tratamento dos pedidos de tomada de seguro

A terceira função de gestão de seguro ao fazer o objecto de um acompanhamento administrativo corresponde ao tratamento dos pedidos de tomada (tomada dos aderentes e/ou pagamento dos prestadores). Para uma boa gestão destes pedidos é necessário que quatro actividades sejam asseguradas pelo SA:

- a verificação dos direitos às prestações;
- a entrega dos cartões de garantia;
- controlo das facturas dos prestadores;
- ordem de pagamento do reembolso (e/ou do pagamento) e respectiva execução.

A entrega dos atestados de cuidados é uma actividade que deve ser realizada pelos prestadores de cuidados.

Neste caso, a informação é reunida e sistematizada com a ajuda de várias dos seguintes utensílios, segundo os casos:

- as cadernetas de adesão;
- os registos de adesão e de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão (e/ou fichas de adesão) ou eventualmente, uma lista dos beneficiários com direito às prestações (ou excluídos dos direitos);
- as facturas dos prestadores;
- as cartas de garantia;
- os atestados de cuidados;
- a lista das tarifas que servem de base à facturação dos prestadores;
- registo das prestações tomadas.

São fornecidas indicações complementares que dizem respeito a determinadas actividades que entram no tratamento dos pedidos de reembolso.

a) A verificação dos direitos às prestações e a entrega das cartas de garantia

O pedido de reembolso dos aderentes e/ou de pagamento dos prestadores deve ser controlado a dois níveis:

- *Ao nível do SA.* A actualização periódica dos registos e/ou das fichas de adesão permite o levantamento das cadernetas não válidas. As actividades a realizar são as seguintes:

✓ a actualização dos registos ou das fichas de adesão;

✓ o levantamento periódico dos cartões não válidos;

✓ a construção periódica eventual de uma lista de beneficiários com direito às prestações (ou de uma lista de beneficiários excluídos dos direitos).

O controlo antes do recurso aos cuidados exige que o aderente se apresente ao SA antes de se dirigir a um dos prestadores. O SA deverá certificar-se de que:

- ✓ o doente está bem inscrito na ficha de adesão de aderente;
- ✓ o aderente tem o pagamento das suas contribuições em dia.

Caso estas duas condições sejam preenchidas¹³, o SA fará a entrega de um carta de garantia e, eventualmente, irá orientar a pessoa para o prestador mais adequado.

- *Ao nível do prestador.* O controlo é efectuado com base nas cadernetas de adesão, cartas de garantia ou na ausência destes, com base numa lista de beneficiários com direito às prestações do SA (ou em casos excepcionais, com base numa lista de excluídos que tenham perdido o direito às prestações do SA). O prestador tem todo o interesse em efectuar este controlo caso dependa deste último o pagamento das suas facturas pelo SA.

b) O controlo das facturas dos prestadores

O segundo tipo de actividades a considerar pelos gestores no âmbito do acompanhamento dos pedidos de reembolso diz respeito ao controlo das facturas dos prestadores. O controlo pode assumir diferentes formas:

- a comparação entre as facturas dos prestadores, com pormenor sobre cuidados, e os atestados de cuidados passados aos beneficiários;
- controlo da aplicação de tarifa, utilizado para estabelecer as facturas do prestador.

Estas actividades devem ser complementadas por uma rigorosa classificação administrativa. São indispensáveis para evitar ou antecipar determinados abusos por parte dos prestadores de cuidados de saúde que iniciariam assim uma subida de preços. O controlo é bastante facilitado pela utilização de formulários pré-impressos, nomeadamente dos atestados de cuidados, das facturas normalizadas, etc.

b) A ordem de pagamento do reembolso (e/ou do pagamento) e a sua execução

Após a verificação dos direitos às prestações e do controlo das facturas dos prestadores, será necessário:

- autorizar o pagamento dos prestadores e/ou o reembolso dos cuidados aos aderentes;
- executar o pagamento e/ou o reembolso;
- controlar a execução com base em levantamentos bancários e/ou utensílios de contabilidade (documentos comprovativos das despesas, relatório de caixa, relatório de depósitos).

1.2.4 A supervisão da carteira de riscos

A **carteira de riscos** é o conjunto dos contratos, escritos ou não, em fase de validação. Cada contrato cobre uma ou várias pessoas contra uma determinada quantidade de riscos que correspondem aos serviços de saúde abrangidos. De forma a analisar a carteira, será antes de mais conveniente verificar as diferentes garantias oferecidas a cada beneficiário, correspondendo uma garantia a um determinado risco. Resumindo, uma carteira é constituída por um conjunto de contratos, compostos, por sua vez, por conjuntos de garantias ou riscos abrangidos.

Para poder acompanhar a carteira de riscos, é necessário dispor de um sistema de informação adequado. Os gestores devem dispor, no mínimo, de informações sobre o nome, o montante, a frequência e o custo médio das prestações tomadas. Para tal, os gestores devem utilizar diferentes tipos de utensílios (ou fichas de acompanhamento), com base nos abaixo apresentados. Este acompanhamento pode ser efectuado à mão numa amostra representativa da carteira caso esta tenha um volume considerável ou na totalidade da carteira, caso haja meios informáticos disponíveis.

As fichas de acompanhamento são utensílios que permitem acompanhar no tempo a evolução das prestações tomadas e de assinalar as anomalias. As causas destas anomalias são com frequência diversas estando a ser considerado o recurso a estudos complementares de forma a identificar as medidas correctivas a aplicar (estudos de custos, de relações com os prestadores, etc.).

São apresentadas¹⁴ quatro fichas de acompanhamento. Dizem respeito a:

- número e montante das prestações tomadas por prestador;
- repartição do número e dos custos das prestações tomadas;
- custos médios das prestações tomadas;
- frequências de riscos (ou de utilização dos serviços) dos beneficiários.

Neste caso, um dos objectivos do acompanhamento é o de nos certificarmos de que todas as garantias são tecnicamente viáveis (estabilidade dos custos e frequência ou evolução proporcionada). Em caso de anomalia, será conveniente estudar a melhor forma de aplicar medidas correctivas – criação de um co-pagamento, supressão de determinadas garantias, etc. – e, caso seja necessário, ajustar o cálculo das contribuições.

a) As fichas de base das prestações tomadas por prestador

Os gestores devem sintetizar, nos quadros de base por prestador, o número e o custo das prestações tomadas, classificadas por categoria. O quadro 5 ilustra fichas de base construídas pelo SA para três prestadores durante um determinado ano (acompanhamento mensal). A classificação por categoria dependerá dos serviços oferecidos pelo SA. Pode basear-se no referencial de serviços abrangidos utilizado no quadro 12.

b) A ficha de acompanhamento da repartição do número e dos custos das prestações tomadas

O quadro 6 é construído com base nas fichas precedentes. Permite consolidar os dados relativos ao número e ao montante das diferentes prestações tomadas e calcular a sua importância relativa.

Esta ficha pode ser preenchida com uma frequência inferior à anterior, por exemplo, a cada trimestre caso as fichas de base (quadro 5) sejam mensais. A ficha pode igualmente ser segmentada por prestador.

A ficha permite aos gestores a visão de uma ideia de conjunto quanto aos serviços mais utilizados pelos beneficiários e aos que representam os custos mais importantes para o SA. O conhecimento destes dois elementos é útil em particular para:

- ter em conta o pedido de serviços (necessidades) numa eventual alteração das garantias (tipo de serviços abrangidos e modalidades de reembolso);
- a definição de prioridades e de medidas que visam a reeducação dos custos.

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

Ver volume 2, página 22

Categoria dos serviços abrangidos Ano N2	Prestações tomadas (em número)	Prestações tomadas (em % do total)	Custo total das prestações tomadas (em UM)	Custo das prestações tomadas (e % do total)
Cuidados de ambulatório graves				
Medicamentos				
Intervenções cirúrgicas não programadas				
Intervenções gineco-obstétricas				
Hospitalizações médicas não programadas				
Hospitalizações programadas				
Especialidades				
Total				

c) A ficha de acompanhamento dos custos médios das prestações tomadas

Com base nas fichas apresentadas no quadro 5, trata-se de construir uma ficha de acompanhamento dos custos médios das prestações tomadas pelo SA.

A ficha permite:

- Verificar se os custos médios das prestações utilizados no cálculo das contribuições condizem com a realidade (em particular para os SA em fase inicial).
- Assinalar eventuais anomalias. Os gestores do SA devem procurar as causas de um aumento do custo médio. Podem ser levados a recorrer aos serviços de um médico conselheiro, nomeadamente para analisar as práticas e eventuais abusos dos prestadores de cuidados.

Esta ficha é particularmente útil quando as prestações não fazem parte de uma facturação condicionada, mas sim de uma facturação no acto médico (ver parte III, secção 2.1.2).

Com efeito, um aumento do custo médio de uma prestação não significa obrigatoriamente que exista super-prescrição. Este aumento pode, por exemplo, dever-se a:

- um aumento tarifário conhecido pelo SA;
- recurso a meios de diagnóstico ou de terapia mais especializados (compra de um aparelho para ecografias ou abertura de um serviço de reanimação por exemplo);
- caso surja uma epidemia com necessidade de um tratamento específico particularmente dispendioso.

Se foram detectadas anomalias, a comparação entre o custo médio de uma prestação para um beneficiário e um não beneficiário pode ser necessária para confirmar a existência de uma super-prescrição.

d) A ficha de acompanhamento das frequências de riscos (ou de utilização dos serviços) dos beneficiários

Com base nas fichas de base (quadro 5) e na ficha de acompanhamento do número de beneficiários (quadro 4), trata-se de construir uma ficha que permita acompanhar a frequência dos riscos nos beneficiários, ou seja, o número de vezes que estes utilizam os diferentes serviços abrangidos pelo SA. Os dados comparados em vários períodos (meses/anos) ou com base nas frequências de riscos da população total permitem verificar eventuais anomalias.

Esta ficha permite verificar se as frequências utilizadas no cálculo das contribuições são idênticas à realidade (em particular para os SA em fase inicial).

Esta ficha é igualmente útil para identificar abusos da parte de:

- beneficiários associados ao risco de sobreconsumo e/ou à selecção adversa. É o que acontece por exemplo quando o número das prestações de «maternidade» sofre um forte aumento ou é largamente superior ao que corresponde ao conjunto da população;
- prestadores. A título de exemplo, os prestadores podem pretender:

✓ amortizar a compra de um novo material dispendioso;

✓ transferir um paciente para um escalão superior devido a um acordo de tarifação prejudicial para o prestador.

2 O acompanhamento do orçamento e da tesouraria

Para uma boa gestão financeira do SA, é necessário prever e programar, com precisão, as receitas e as despesas que o SA terá de efectuar no futuro. Esta precisão concretiza-se através da elaboração do orçamento e do plano de tesouraria.

O acompanhamento do orçamento e da tesouraria é necessário para:

- prevenir qualquer desvio no equilíbrio entre receitas e despesas em curso de exercício;
- operar os ajustamentos oportunos nas previsões de receitas e de despesas de forma a assegurar o equilíbrio orçamental futuro;
- gerar de forma adequada a tesouraria, ou seja, colocar o SA em posição de suportar as despesas a curto prazo sem que tenha de conservar liquidez em excesso.

Este acompanhamento é particularmente importante em fase de arranque do SA, as previsões de receitas e de despesas continuam incertas uma vez que não podem ser realizadas com base numa experiência anterior.

Neste capítulo, a medida consiste em descrever as actividades de acompanhamento a realizar, com base em dois utensílios de gestão¹⁵, nomeadamente o orçamento e o plano de tesouraria.

2.1 O acompanhamento do orçamento

O orçamento constitui a tradução financeira de um programa de acções. É baseado numa previsão das despesas e das receitas necessárias para a realização das actividades do SA, sobre um determinado período (geralmente um exercício).

O orçamento deve ser equilibrado entre receitas e despesas. O seu estabelecimento implica a escolha, no início do exercício, e o respeito destes durante a execução das actividades. Através do orçamento, o SA conhece os limites que não devem ser ultrapassados nas despesas, tendo em conta as receitas previstas.

O acompanhamento do orçamento consiste em comparar as previsões efectuadas no início do exercício com as realizações em curso de exercício. Os desvios verificados entre previsões e realizações devem dar lugar a um ajustamento dos programas de actividades, ou até ao estabelecimento de um novo orçamento.

As actividades a realizar são no mínimo:

- estabelecimento do orçamento (geralmente em início de exercício);
- a comparação das realizações e das previsões (quadro 9);
- a aplicação de medidas correctivas (incluindo o estabelecimento caso necessário de um novo orçamento).

O quadro abaixo representa uma ficha de acompanhamento orçamental para um trimestre.

Quadro 9: Ficha de acompanhamento orçamental
Ver volume 2, página 28

Documentos	Previsões anuais	1º trimestre			
		Previsto em UM	Realizado em UM	Desvios em UM	Desvios em %
A – Receitas					
Contribuições					
Direitos de adesão					
Doações e legados					
Serviços auxiliares					
Outras receitas					
Total A					
B – Despesas					
Prestações de saúde					
Serviços auxiliares					
Custos de financiamento					
Custos de formação e de animação					
Outras despesas					
Total B					
Diferença A – B					

NB: UM = Unidade monetária

2.2 O acompanhamento da tesouraria

Os gestores devem igualmente acompanhar a tesouraria de forma a que o SA possa suportar os seus compromissos, em particular face aos beneficiários e aos prestadores, sem ter de manter uma liquidez demasiado elevada.

O plano de tesouraria é um quadro de previsão das entradas e saídas de fundos sobre um determinado período. É uma ferramenta essencial à gestão eficaz da tesouraria. Permite aos gestores:

- prever as disponibilidades (liquidez) que deverão ser conservadas pelo SA para fazer face, em qualquer altura, a estes compromissos imediatos;
- evitar a manutenção de disponibilidades em quantidades excessivas. Graças às previsões, somente os fundos que são utilizados em vencimentos breves serão conservados sob a forma de disponibilidades. Os fundos excedentários poderão ser colocados de forma a produzir juros e assim melhorar o resultado do exercício.

Em caso de uma falta de liquidez, o plano de tesouraria é também útil para negociar empréstimos ou prorrogações de prazos de pagamento junto dos credores.

O plano de tesouraria é construído sobre um período que vai de um a vários meses, ou até um ano, dependendo dos casos. Baseia-se numa previsão dos montantes e datas dos recebimentos e levantamentos a efectuar neste período.

O acompanhamento da tesouraria consiste em comparar as previsões de entrada e de saída de fundos com as realizações. Os desvios detectados entre previsões e realizações devem dar lugar a ajustamentos na gestão da tesouraria (por exemplo aplicações) e nos programas de actividades. Podem igualmente incitar o SA a recorrer a créditos não previstos inicialmente.

As actividades a realizar deverão ser, no mínimo:

- estabelecimento dos planos de tesouraria;
- a comparação entre realizações e previsões relativas aos depósitos em caixa e levantamentos (quadro 10);
- ajustamento eventual do plano de tesouraria e a aplicação de acções particulares (empréstimo, aplicações, etc.).

O quadro abaixo apresentado representa uma ficha de acompanhamento do plano de tesouraria (para o mês de Janeiro).

Quadro 10: Ficha de acompanhamento do plano de tesouraria

Ver volume 2, página 29

Documentos	Previsões anuais	Janeiro			
		Previsto em UM	Realizado em UM	Desvios em UM	Desvios em %
A – Depósitos em caixa					
Relatório do mês anterior					
Direitos de adesão					
Doações e legados					
Serviços auxiliares					
Outras receitas					
<i>Total A</i>					
B – Levantamentos					
Prestações de saúde					
Serviços auxiliares					
Custos de financiamento					
Custos de formação e de animação					
Outras despesas					
<i>Total B</i>					
<i>Saldo a transferir</i>					

3 Síntese

4

Os diferentes utensílios e suportes necessários na gestão e no acompanhamento de um SA, estão apresentados no quadro abaixo indicado. A existência dos suportes, a sua utilização e a sua duração permitirão aos gestores identificar as funções submetidas e não submetidas.

Quadro 11: Lista dos utensílios de gestão e de acompanhamento

Ver volume 2, página 30

Lista dos utensílios	Disponíveis sim/não	Apreciação quanto à utilização da ferramenta
Os utensílios de gestão administrativa e técnica		
Cartão de aderente		
Ficha de adesão e de contribuição		
Registo de adesão, de pagamento das contribuições e dos direitos de adesão		
Lista dos beneficiários (ou dos excluídos)		
Classificação dos contratos		
Registo das prestações tomadas		
Atestado de cuidados		
Carta de garantia		
Factura dos prestadores		
Lista das tarifas praticadas pelos prestadores		
Os utensílios complementares de acompanhamento administrativo e técnico		
Quadro sobre as características sócio-demográficas da população e do público alvo		
Ficha de acompanhamento do número de beneficiários		
Ficha de base das prestações tomadas por prestador		
Ficha de acompanhamento da repartição do número e do custo das prestações		
Ficha de acompanhamento dos custos médios das prestações tomadas		
Ficha de acompanhamento das frequências de riscos		

Lista das utensílios	Disponíveis sim/não	Apreciação quanto à utilização da ferramenta
Os utensílios de gestão contabilística (para memória)		
Os utensílios de gestão financeira		
Orçamento		
Plano de tesouraria		
Os utensílios de acompanhamento financeiro		
Ficha de acompanhamento orçamental		
Ficha de acompanhamento do plano de tesouraria		

Parte III

Avaliação da viabilidade de seguros de saúde

Esta terceira parte é destinada às pessoas e estruturas que realizam uma avaliação. Pode tratar-se de estruturas de apoio, de avaliadores independentes ou de gestores de SA.

Esta parte contém inúmeras explicações, complementadas pelas indicações contidas no volume 2, que facilitam a compreensão e a boa utilização dos indicadores apresentados. Contudo, exige um nível de perícia técnica e de conhecimentos mais elevado do que o exigido para a utilização da parte sobre o acompanhamento.

Inúmeros factores, ou determinantes influenciam a viabilidade de um SA. Não será possível analisá-los a todos. Para preservar o carácter prático do guia e a sua acessibilidade, só foram considerados os determinantes principais. Estes têm um efeito directo, e a curto prazo, sobre a viabilidade do seguro de saúde. Assim, a viabilidade é avaliada a quatro níveis:

- *Administrativo*. Trata-se da avaliação da qualidade do acompanhamento do seguro de saúde.
- *Técnico*. Trata-se da avaliação da capacidade do SA em dominar os riscos associados ao seguro de saúde: o sobreconsumo, a selecção adversa e a super-prescrição. Analisa a qualidade da carteira de riscos.
- *Funcional*. Trata-se da avaliação da capacidade de respeitar o princípio de base do funcionamento do seguro, ou seja, fornecer as prestações em troca das contribuições.
- *Financeiro e económico*. Trata-se da avaliação da capacidade do seguro de saúde em cobrir permanentemente os encargos com os recursos.

A organização responsável pelo SA pode ter outras actividades ou fornecer outros serviços para além do próprio seguro de saúde: subsídios por incapacidade de trabalho, temporária ou definitiva, a gestão de um estabelecimento de cuidados aberto aos aderentes, ou aos não aderentes, acções com carácter económico para melhorar a liquidez dos aderentes, etc. Por esta razão é importante precisar que esta parte só trata do seguro de saúde. A quarta parte completará a avaliação da viabilidade do SA tendo em conta o contexto organizacional e institucional no qual o seguro é aplicado.

Neste caso, a medida consiste em fornecer uma série de indicadores quantitativos e qualitativos para cada um dos quatro níveis de análise. Determinadas informações úteis para a construção destes indicadores foram já apresentadas na parte anterior, (fichas de acompanhamento e utensílios de gestão). Se outros elementos forem necessários, serão indicados à medida que forem surgindo.

Neste primeiro volume, os indicadores são apresentados em quadros numerados (T1, T2, G1, G2, F1, etc.). Os métodos de cálculo dos indicadores são apresentados pormenorizadamente no volume 2, com uma numeração idêntica.

A verificação de um indicador pouco ou nada satisfatório, não implica a inviabilidade do seguro de saúde. A viabilidade de um sistema é considerada pela duração e requer com muita frequência uma autonomia de gestão. A automatização da gestão necessita de tempo e implica várias etapas. Os indicadores foram seleccionados para ajudar os gestores de SA a identificar quais as medidas a tomar, para reforçar o seu instrumento financeiro e progredir para esta autonomia.

No âmbito da redução de uma relação de avaliação destinada a ser difundida, é aconselhada a introdução do mesmo por intermédio de uma ficha com um descritivo sintético do SA analisado, (um exemplo de ficha é fornecido em anexo). Esta ficha auxiliará o leitor a compreender e a analisar as informações contidas na relação de avaliação.

1 A avaliação da viabilidade administrativa

Esta secção tem como objectivo a apreciação do acompanhamento criado pelos gestores do SA. Esta avaliação permitirá nomeadamente destacar determinadas carências de gestão e medir a «viabilidade administrativa» do SA.

É proposto aos avaliadores a apreciação da qualidade do acompanhamento referindo-se às funções de gestão do seguro e analisando a utilização dos principais utensílios empregues neste âmbito.

As primeiras funções consideradas são aquelas que foram abordadas na secção do acompanhamento administrativo e técnico:

- a adesão (a produção do contrato de seguro);
- a participação das contribuições e dos direitos de adesão;
- tratamento dos pedidos de tomada de seguro;
- a supervisão da carteira de riscos.

Para além destas funções, são igualmente consideradas a contabilidade, bem como a gestão do orçamento e da tesouraria.

A avaliação da viabilidade administrativa é efectuada com base em indicadores com componentes binárias. Os resultados dos diferentes indicadores são obtidos por soma aritmética simples dos diferentes elementos que compõem o indicador. Por esta razão, é importante considerar os resultados obtidos. Por exemplo, um resultado de 4/4 para um indicador, não significa que o SA seja duas vezes mais eficaz em relação a um indicador com um resultado de 2/4. O resultado obtido deve ser interpretado como uma «unidade de medida», que aumenta gradualmente até um ponto óptimo e não como um «valor aritmético».

1.1 A avaliação do acompanhamento das adesões

Um indicador permite avaliar a forma como os gestores efectuam o acompanhamento das adesões.

Indicador T.1: Acompanhamento das adesões

Ver volume 2, página 45

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

O SA deve possuir os utensílios que permitam o acompanhamento das adesões, (fichas de adesão e/ou registo de adesão). Para ajuda a estes utensílios, o SA pode dispor das principais informações relativas aos seus beneficiários: nome e/ou número de identificação do aderente, datas de início e conclusão de reembolso, etc. O indicador mede a existência e a qualidade dos utensílios de gestão e de acompanhamento criados pelos gestores.

Indicador T.1.2: Utilização dos utensílios de gestão e de acompanhamento das adesões

Este indicador mede a utilização feita pelo SA dos utensílios relativos às adesões. Para efectuar um bom acompanhamento neste domínio, é conveniente actualizar regularmente os dados e, a partir destes, extrair as informações relativas nomeadamente ao número de beneficiários com direito à cobertura do SA, ao número de pessoas excluídas temporária ou definitivamente, ao número médio de beneficiários por aderente contribuinte.

1.2 A avaliação do acompanhamento da comparticipação das contribuições e dos direitos de adesão

A comparticipação das contribuições é particularmente importante para o SA uma vez que este constitui a principal fonte de receitas. O indicador T.2 permite apreciar a qualidade do acompanhamento desta comparticipação.

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

Ver volume 2, página 47

Este indicador mede a existência e a qualidade dos utensílios utilizados para acompanhar a comparticipação das contribuições e dos direitos de adesão. Com efeito, para efectuar este acompanhamento, o SA deve utilizar utensílios específicos (fichas de contribuição e/ou registo dos pagamentos das contribuições) permitindo dispor das principais informações neste domínio: montante dos direitos de adesão, montante das contribuições emitidas, montante das contribuições recebidas, etc. O cálculo do indicador é diferenciado. As contribuições podem ser pagas uma só vez ou em fracções pagas ao longo do exercício.

Este indicador é particularmente útil:

- caso seja possível a inscrição em diferentes períodos do ano;
- caso a contribuição possa ser paga em várias vezes;
- caso o período abrangido pela contribuição não corresponda ao período do exercício contabilístico.

1.3 A avaliação do acompanhamento dos pedidos de seguro

O acompanhamento dos pedidos é uma função de gestão importante uma vez que garante aos beneficiários os seus direitos às prestações. Para o SA, a gestão dos pedidos de tomada assenta em três actividades principais:

- a verificação dos direitos às prestações;
- controlo das facturas dos prestadores;
- a ordem de pagamento do reembolso (e/ou do pagamento) e a sua execução.

De forma a simplificar, a avaliação abordará aqui apenas a verificação dos direitos às prestações.

Indicador T.3: Controlo dos direitos às prestações*Ver volume 2, página 49*

Este indicador analisa a existência de procedimentos de controlo dos direitos às prestações, tanto ao nível das prestações como ao nível do SA. Poderá ajudar o gestor de um SA a saber se os controlos devem ser reforçados.

1.4 A avaliação do acompanhamento da carteira de riscos

O acompanhamento da carteira de riscos é uma importante operação de gestão técnica na medida em que permite detectar as anomalias de funcionamento sendo assim possível tomar as medidas correctivas necessárias. São propostos dois indicadores. O primeiro (T.4) permite avaliar se foram criados os utensílios indispensáveis para o acompanhamento dos seguros (as fichas de base), avaliando igualmente a sua qualidade. O segundo indicador (T.5) aprecia em que medida os gestores constroem utensílios de análise (fichas de acompanhamento) que permitam acompanhar a carteira de riscos com uma certa regularidade.

Indicador T.4: Acompanhamento das tomadas de seguro*Ver volume 2, página 51*

Indicador T.4.1: Acompanhamento por prestação e por prestador Este indicador verifica a existência dos utensílios de acompanhamento das prestações tomadas e a qualidade da informação que contém. O indicador aplica-se no caso onde o acompanhamento por prestador é realizado. Está relacionado com o quadro 5.

Indicador T.4.2: Sistema de informação sobre as prestações tomadas

Este indicador é comparável ao anterior. Refere-se à existência de dados consolidados, (todos os prestadores reunidos), relativos ao acompanhamento das tomadas. Está relacionado com o quadro 6.

O indicador T.4 é particularmente importante na medida em que analisa a existência e a qualidade do sistema de informação relativo à carteira de riscos. O indicador T.5 permite avaliar se é efectuado um acompanhamento relativo a esta carteira.

Indicador T.5: Acompanhamento da carteira de riscos*Ver volume 2, página 53*

Este indicador permite comprovar a criação de uma supervisão da carteira de riscos com a ajuda de utensílios adaptados. Avalia se as fichas de acompanhamento que indicam as frequências e os custos médios das prestações tomadas por prestador, estão disponíveis e se são regularmente actualizadas.

O indicador de acompanhamento da carteira completa o indicador do acompanhamento das tomadas (indicador T.4). Considera a periodicidade da actualização dos dados e da análise da carteira.

1.5 A avaliação do acompanhamento do registo contabilístico

Como qualquer empresa, o SA deve dispor de uma contabilidade. No âmbito desta avaliação, supõem-se que esta contabilidade exista. O indicador utilizado analisa o registo contabilístico.

Indicador T.6: Acompanhamento do registo contabilístico

Ver volume 2, página 54

Este indicador permite apreciar as três actividades principais do acompanhamento do registo contabilístico:

- a colecta e a classificação das informações contabilísticas;
- controlo do registo contabilístico;
- controlo da CdR e do balanço.

O indicador proposto permite avaliar se são realizadas as operações de base indispensáveis ao registo contabilístico. Trata-se de um indicador sintético simples (com seis elementos binários). Compete aos avaliadores a execução de uma avaliação mais qualitativa, tendo em vista a contabilidade e qualidade do acompanhamento contabilístico.

1.6 A avaliação do acompanhamento orçamental e da tesouraria

O acompanhamento orçamental e da tesouraria é um exercício importante na medida em que permite:

- antecipar eventuais desvios financeiros;
- formular novas hipóteses de receitas e de despesas;
- tomar medidas correctivas.

É assim necessário apreciar a qualidade deste acompanhamento.

Indicador T.7: Acompanhamento financeiro

Ver volume 2, página 55

Este indicador avalia em que medida os gestores criaram um sistema que permite prever e acompanhar os fluxos financeiros. Para construir o indicador, é necessário ter em consideração a disponibilidade dos utensílios de acompanhamento orçamental e de tesouraria e a actualização regular da informação que eles contêm.

1.7 A avaliação global do acompanhamento

Em forma de conclusão sobre a apreciação do acompanhamento realizado pelos gestores, um indicador sintético permite destacar as funções de acompanhamento que são controladas e as que deveriam ser aperfeiçoadas.

O indicador T.8 de «qualidade global do acompanhamento» é construído com base nos indicadores anteriores. No cálculo deste indicador, todas as funções de acompanhamento (adesões, participação, pedidos de seguro, supervisão da carteira, acompanhamento contabilístico e acompanhamento financeiro) são considerados de igual importância para assegurar a viabilidade do SA.

Este indicador reagrupa os diferentes elementos permitindo apreciar a qualidade do acompanhamento.

Um resultado fraco do indicador deverá levar os avaliadores e os gestores do SA a estudar a oportunidade de introduzir, ou melhorar, os utensílios de gestão e de acompanhamento bem como os procedimentos existentes. Como nos casos anteriores, o valor deste indicador deve ser interpretado como um resultado que deve apontar para um ponto ótimo e não apenas como um valor aritmético.

2A avaliação da viabilidade técnica

A avaliação da viabilidade técnica aborda a análise da qualidade da carteira de riscos do SA; o que conduz à avaliação, em particular, do grau de controlo pelo SA dos três riscos inerentes ao seguro de saúde:

- a selecção adversa (ou anti-selecção);
- sobreconsumo;
- a super-prescrição.

É importante precisar aqui a terminologia utilizada. O termo «riscos» utilizado na expressão «carteira de riscos» faz referência às garantias a fornecer aos aderentes em virtude do seu contrato de adesão. O termo «riscos» utilizado na expressão «riscos associados aos seguros de saúde» significa que o SA está exposto a consequências negativas associadas ao exercício do trabalho de segurador, ou seja, à selecção adversa, ao sobreconsumo e à super-prescrição.

Neste capítulo, a medida consiste, numa primeira análise, em apresentar onze parâmetros que são os que mais influenciam a qualidade da carteira de riscos.

Numa segunda análise, com base na análise dos parâmetros, será analisada a fase de avaliação propriamente dita. Esta é fundamental tanto para os avaliadores como para os gestores. Mesmo se o SA tomou as medidas adequadas de forma a limitar a selecção adversa, o sobreconsumo e a super-prescrição, é útil que forneça os meios para verificação da sua eficácia. Os indicadores de avaliação da gestão da carteira de riscos devem permitir responder a esta questão¹⁷.

2.1 Os parâmetros da qualidade da carteira de riscos

Os quatro primeiros parâmetros referem-se às condições de adesão ao SA. Medem essencialmente a influência das condições de adesão sobre o risco de selecção adversa. Estes parâmetros são:

- as modalidades (formas e tipos) de adesão (parâmetro a.1);

- período de adesão (parâmetro a.2);
- a existência de um período experimental ou de estágio (parâmetro a.3);
- número médio de beneficiários por aderente contribuinte e o respeito da unidade de base de adesão (parâmetro a.4).

O segundo tipo de parâmetros está relacionado com a gestão das garantias e permite julgar a capacidade do SA em superar o sobreconsumo e a super-prescrição. Os sete parâmetros de gestão das garantias analisadas são:

- tipo de serviços de saúde oferecidos (parâmetro b.1);
- a existência de co-pagamentos (parâmetro b.2);
- acordo prévio ou a autorização de tomada (parâmetro b.3);
- a referência obrigatória (parâmetro b.4);
- os mecanismos de pagamento dos prestadores (parâmetro b.5);
- a racionalização das prestações (parâmetro b.6);
- a selecção dos prestadores (parâmetro b.7).

2.1.1 Os parâmetros de análise das condições de adesão

a)Parâmetro a.1: as modalidades de adesão

As modalidades de adesão, (formas e tipos) são diferentes segundo os SA ou mesmo no seio de um SA. A unidade de adesão (ver parte I, secção 2.4) pode ser o indivíduo, a família e/ou um grupo de indivíduos (aldeia, empresa, grupo, etc.). O tipo de adesão (ver parte I, secção 2.5) pode ser voluntário, automático e/ou obrigatório.

Um SA tornar-se-á mais viável se as modalidades de adesão não o expuserem ao risco de selecção adversa. O risco de selecção adversa tornar-se-á mais limitado se a adesão comportar um determinado grau de obrigação – adesão automática ou obrigatória em vez de voluntária - e uma base de adesão alargada - adesão familiar em vez de individual. Nos SA mutualistas, as modalidades de adesão expressam o nível de entreajuda e de solidariedade pretendido pelos aderentes. Nem sempre é possível agir sobre elas. No entanto, quando a situação financeira de um SA de adesão voluntária por indivíduo está em risco, nomeadamente devido a uma selecção adversa considerável, novas modalidades de adesão podem ser estudadas. Os aderentes podem aceitar alterações na medida em que a viabilidade do SA delas depende.

b)Parâmetro a.2: o período de adesão

O segundo parâmetro, com uma influência sobre os riscos associados ao seguro de saúde, em particular a selecção adversa, é o período de adesão em vigor no SA. Se em cada ano, a adesão só é possível durante um período limitado, (SA com um período concreto de adesão), o risco de selecção adversa é diminuído. Com efeito, os aderentes potenciais ao não poderem escolher o período ao qual aderem, produzem um risco menos elevado do que se o fizessem no momento em que ficam doentes. A gestão é igualmente simplificada uma vez que, por um lado, o esforço necessário à colecta das contribuições pode ser concentrado sobre um período reduzido e, por outro lado, o trabalho de acompanhamento das adesões e de controlo das tomadas é menos pesado. Esta solução é bem aceite em meios rurais, quando corresponde a um pagamento no momento das colheitas. Torna menos necessária a aplicação de um período

probatório. Notar-se-á, no entanto, que mesmo que o período de adesão seja fechado, os SA podem ter recurso a um pagamento fraccionado da contribuição.

Outros SA oferecem a possibilidade de aderir em qualquer altura do ano (SA com um período livre de adesão) o que torna maior o risco de selecção adversa e a gestão mais complexa.

A escolha do período de adesão será estabelecida tendo em conta as características do público alvo e as capacidades em matéria de gestão. Por outro lado, um SA fica mais exposto ao risco de selecção adversa quando o período de adesão é aberto.

c)Parâmetro a.3: o período probatório

O período probatório, igualmente designado por período de observação ou de espera, ou período de estágio, corresponde ao período durante o qual um novo aderente que pagou as suas contribuições não tem ainda direito aos serviços do SA.

O período probatório é instituído com vista a limitar a selecção adversa e, em certa medida, a permitir ao SA a constituição de um fundo de maneo. Este período é necessário para evitar que determinadas pessoas se associem no período exacto em que têm necessidade (é o caso por exemplo da adesão por previsão de parto), para depois se descomprometerem uma vez cumprida a sua necessidade.

A duração deste período não está normalizada. Depende essencialmente do tipo de serviços oferecidos pelo SA e do grau de aceitação dos aderentes. Um período probatório demasiado longo pode, com efeito, levar a um desinteresse do público alvo pelo SA.

Geralmente, o período probatório vai de um mês (no caso das prestações de ambulatório) a vários meses no âmbito das prestações «previsíveis ou programadas», (partos) ou de custos elevados, (doenças crónicas).

Por outro lado, a introdução de um período probatório está igualmente associada a outras características do SA. Quando o período de adesão está limitado no tempo e o SA só cobre as doenças não previsíveis, o período probatório é menos necessário. Quando a adesão é aberta (é possível aderir em qualquer período do ano) e/ou no caso de cobertura de cuidados previsíveis (por exemplo partos), a ausência de período probatório é um factor que pode colocar em causa a viabilidade do sistema.

d)Parâmetro a.4: o número médio de beneficiários por aderente contribuinte e o respeito da unidade de base de adesão

Quando a adesão abre o direito às prestações de pessoas a cargo e a contribuição não é directamente proporcional ao número de beneficiários, existe o risco de o aderente contribuinte procurar inscrever o maior número possível de pessoas a cargo. Neste caso, um SA será mais viável se limitar o número de beneficiários por aderente contribuinte.

No caso contrário, quando a contribuição é estabelecida por pessoa, existe o risco considerável de que o aderente procure actuar em função de uma selecção no seio dos aderentes da sua família, contribuindo apenas para aqueles cujo risco de doença lhe pareça mais elevado. Este caso exemplificativo favorece o desenvolvimento do fenómeno de selecção adversa e de fraudes quanto à identidade dos beneficiários.

O número médio de beneficiários por aderente contribuinte é um dado importante no cálculo do montante da contribuição. O seu crescimento arrisca-se a provocar um aumento dos custos, podendo justificar uma revisão relativamente ao aumento da contribuição, a criação de medidas

que visam a reduzir a cobertura das pessoas a cargo ou a análise da unidade de base da adesão (por exemplo a família).

2.1.2 Os parâmetros de análise da gestão das garantias

O segundo tipo influenciando, a carteira de riscos, refere-se à gestão das garantias. Este tem como primeiro objectivo o domínio sobre o sobreconsumo, a super-prescrição e numa medida menor a selecção adversa (em particular o parâmetro «tipos de serviços de saúde disponibilizados »).

a)Parâmetro b.1: o tipo de serviços de saúde disponibilizados

Segundo o tipo de serviços de saúde disponibilizados, o SA está mais ou menos exposto ao sobreconsumo e à selecção adversa. Distinguem-se quatro categorias de serviços em função da sua exposição a estes riscos:

- Categoria 1: Os serviços de saúde não submetidos ao risco de sobreconsumo e de selecção adversa. Trata-se nomeadamente das intervenções médico-cirúrgicas graves. Devem ser tratadas com urgência. Podem facilmente ser controladas.
- Categoria 2: Os serviços de saúde parcialmente submetidos ao risco de sobreconsumo e de selecção adversa. Trata-se especificamente dos cuidados de ambulatório.
- Categoria 3: Os serviços de saúde largamente submetidos ao risco de sobreconsumo e de selecção adversa. Trata-se nomeadamente:

→das intervenções cirúrgicas programadas como a remoção de uma hérnia simples ou uma cirurgia de tiroideia;

→das doenças crónicas como a tuberculose ou o sida que necessitem de medicamentos dispendiosos durante um período prolongado.

Os gestores e avaliadores poderão classificar os serviços de saúde disponibilizados pelo SA, em função destas três categorias. Quanto mais o SA cobre um número considerável de serviços das categorias 2 e 3, mais o controlo dos consumos deve ser rigoroso.

Em função da análise das prestações tomadas, o SA pode ser levado a tomar medidas correctivas para limitar os riscos. As seguintes medidas limitam particularmente o sobreconsumo:

- os co-pagamentos (parâmetro b.2);
- acordo prévio (parâmetro b.3);
- a referência obrigatória (parâmetro b.4).

Os factores sobre os quais é possível actuar para limitar a selecção adversa são os seguintes:

- as modalidades de adesões (parâmetro a.1);
- período de adesão (parâmetro a.2);
- período probatório (parâmetro a.3);
- número de beneficiários por aderente contribuinte e o respeito pela unidade de base de adesão (parâmetro a.4).

b) Parâmetro b.2: a existência de co-pagamentos

O **co-pagamento** é um mecanismo de partilha dos riscos e dos custos entre o segurado e o segurador. Existem diferentes formas de co-pagamentos em vigor nos SA:

A **franquia** é um montante fixo¹⁹ assumido pelo segurado para os serviços oferecidos pelo SA. Os montantes superiores a esta soma estabelecida à priori são tomados, na íntegra ou parcialmente, pelo SA. A franquia é geralmente estabelecida por prestação abrangida²⁰.

A **taxa moderadora** é uma percentagem²¹ do custo dos cuidados que permanece a cargo do segurado para os serviços oferecidos pelo SA.

O **limite de indemnizações** é um montante²² (ou um número de prestações por ano) estabelecido à priori, para além do qual o custo dos cuidados permanece a cargo do segurado para os serviços oferecidos pelo SA.

O quadro seguinte apresenta para diferentes categorias de serviços de saúde, os co-pagamentos utilizados com maior frequência nos SA.

	Cuidados de ambulatório	Cuidados hospitalares	Medicamentos	Cuidados especializados
Franquia	Por visita	Por visita ou internamento	Por artigo ou receita	Por artigo ou receita
Taxa moderadora	Em percentagem de custos	Em percentagem de custos	Em percentagem do preço	Em percentagem do preço
Limite	Nível estabelecido pelo SA	Nível estabelecido pelo SA	Nível estabelecido pelo SA	Nível estabelecido pelo SA

Fonte: Cichon e al., 1999

O co-pagamento pode representar um factor técnico importante na redução dos efeitos:

- do sobreconsumo (taxa moderadora e limite de indemnizações) quando um SA toma as prestações das categorias 2 ou 3. Deve salientar-se que a aplicação de uma franquia pode, consoante o nível da mesma, ter, ao contrário do efeito esperado, uma repercussão negativa na limitação do sobreconsumo;
- da sobreprescrição (limite de indemnizações).

No entanto, a introdução de co-pagamentos pode ter consequências negativas na dinâmica da afiliação. Os gestores deverão preocupar-se em posicionar correctamente os co-pagamentos para obter o efeito positivo sobre os riscos sem que o carácter atractivo das garantias seja posto em causa.

c) Parâmetro b.3: o acordo prévio ou a autorização de tomada

O **acordo prévio** é um mecanismo segundo o qual o segurado ou o prestador deve obter, para que a cobertura se exerça, uma autorização de tomada do SA, antes de serem dispensados os cuidados.

Este terceiro parâmetro de apreciação da gestão das garantias tem como objectivo limitar o sobreconsumo e a super-prescrição. Este mecanismo de acordos é particularmente interessante para manter a viabilidade de um SA no âmbito de prestações dispendiosas. O SA deverá apelar a um médico conselheiro para que analise estes pedidos que exigem competências médicas.

d) Parâmetro b.4: a referência obrigatória

A **referência obrigatória** consiste em obrigar os beneficiários a consultarem um prestador de um escalão determinado antes de poder recorrer a um prestador do escalão superior (por exemplo do médico de clínica geral até ao especialista).

Este mecanismo de orientação dos beneficiários é um factor que favorece a viabilidade de um SA, uma vez que limita em específico o risco de sobreconsumo. Na medida em que a liberdade de escolha do prestador é reduzida, a referência obrigatória nem sempre é bem aceite pelos aderentes. Trata-se igualmente de um mecanismo difícil de implementar em SA já em funcionamento.

e) Parâmetro b.5: os mecanismos de pagamento dos prestadores

Os **mecanismos de pagamento dos prestadores** de cuidados correspondem às diferentes modalidades utilizadas pelo segurador para «comprar» os serviços médicos dos prestadores. Estes serviços podem ser fornecidos quer por prestadores exteriores, quer através das próprias instalações sanitárias do segurador²³. A lista seguinte²⁴ apresenta os principais mecanismos de pagamento utilizados pelos SA segundo uma ordem decrescente de aumento da tarificação.

- **pagamento ao acto** consiste em pagar ao prestador por cada acto prestado e coberto pelo SA.
- **pagamento por caso** (ou pagamento por diagnóstico) é um modo de tarificação condicionado. O prestador compromete-se em relação a um montante fixo, correspondente a todo ou parte dos actos a fornecer para uma determinada prestação com base numa lista de diagnósticos que correspondem aos actos a fornecer para o tratamento específico de diferentes doenças. O pagamento é parcial²⁵ se determinados actos são facturados para além do pagamento. É global²⁶ se o prestador só factura um pagamento para uma determinada prestação.

- **A tarificação por dias de hospitalização** é utilizada pelos seguradores que possam cobrir as prestações hospitalares. Consiste no pagamento de uma quantia diária ao prestador quer através de um pacote completo de prestações fornecidas, ou através de um pacote reduzido de prestações, completado por uma facturação por acto suplementar.
- **A capitação** é um método de pagamento que consiste em pagar uma quantia ao prestador não por caso de doença mas por pessoas abrangidas pelo SA durante um determinado período. O pagamento pode ser diferenciado por categoria de beneficiários (por sexo, idade, seguindo os riscos de morbidez, etc.). Este método é especialmente empregue para os cuidados de saúde primários.

Cada mecanismo de pagamento dos prestadores dispõe do seu pacote de vantagens e de inconvenientes na gestão dos riscos associados ao seguro de saúde. Para além disso, os diferentes métodos conduzirão os prestadores a controlarem mais ou menos os custos e a qualidade dos serviços prestados.

O quadro seguinte descreve os efeitos dos diferentes mecanismos de pagamento sobre os riscos associados ao seguro de saúde e sobre a qualidade dos cuidados prestados.

	Sobreconsumo	Seleção adversa	Super-prescrição	Qualidade dos serviços
Pagamento ao acto	+	0	+	+
Pagamento por caso (quantia por caso)	0	0	-	-
Tarificação por dia (quantia por dia)	0	0	-	-
Capitação (quantia por aderente)	0 ²⁷	0	-	-

«+» aumenta o risco (ou qualidade); «-» diminui o risco (ou qualidade); «0» indiferente.

A escolha do mecanismo de pagamento pode ter uma influência considerável na viabilidade do SA na medida em que os custos serão igualmente partilhados entre este, (e assim os aderentes) e os prestadores.

Os mecanismos de pagamento a uma taxa fixa (por caso, tarificação por dia ou capitação) são técnicas que permitem fazer suportar aos prestadores uma parte dos riscos financeiros associados à doença. Para além disso, estes mecanismos limitam a sobreprescrição na medida em que qualquer aumento das receitas (medicamentos, actos diagnósticos ou outros) contido no pagamento estará a cargo dos prestadores.

Pelo contrário, o pagamento a uma taxa fixa pode levar os prestadores a limitar a qualidade dos cuidados fornecidos, devido a problemas de rentabilidade. O SA deverá criar controlos de qualidade dos cuidados prestados por intermédio de médicos conselheiros o que provoca custos suplementares. O impacto sobre a qualidade dos cuidados estará igualmente condicionado pela existência de uma concorrência entre prestadores.

No plano administrativo, quanto mais a tarificação se manifestar, (da prestação ao acto até à capitação), mais difícil será para os gestores de um SA controlar os cuidados estabelecidos. A tarificação condicionada facilita o controlo pelos não profissionais. Por outro lado, simplifica as operações contabilísticas e o pagamento ou o reembolso das prestações.

Em conclusão, sob reserva de controlo da qualidade dos serviços oferecidos, a aplicação de uma tarificação condicionada pelo prestador pode ser considerada como um factor de viabilidade de um SA.

f) Parâmetro b.6: a racionalização das prestações

A **racionalização das prestações** é um mecanismo instalado entre um SA e prestadores de cuidados para controlar os encargos do SA. Este mecanismo pode «normalizar» os actos médicos efectuados pelo prestador, e «regular» o preço dos actos.

Este sexto parâmetro de análise da gestão da carteira de riscos analisa a limitação dos abusos cometidos pelos prestadores. Estes procuram geralmente maximizar o seu lucro e satisfazer o seu paciente. Como ilustra o seguinte quadro, segundo o modo de pagamento adoptado pelo SA, o prestador pode ser levado nomeadamente a: aumentar as suas prescrições (actos, medicamentos, cuidados, etc.), a atrair o maior número possível de pacientes (através de negociações com os beneficiários do SA), a pedir-lhes que regressem mais vezes, a fazer uma utilização inútil de equipamento dispendioso para amortizar mais rapidamente os seus custos, etc.

	Pagamento ao acto	Pagamento condicionado
Número de prescrições	+	-
Número de pacientes	+	+
Frequência das prestações	+	-
Frequência de utilização dos equipamentos	+	+

«+» aumenta (o número ou a frequência); «-» diminui (o número ou a frequência).

As medidas de racionalização das prestações de forma a limitar os abusos existentes. Dizem respeito ao controlo das quantidades de cuidados (actos efectuados) e dos preços praticados pelos prestadores. Estas medidas de racionalização podem ser:

- **A convenção entre o SA e o prestador.** Esta convenção pode limitar os cuidados assumidos ou as condições mediante as quais eles serão cobertos. Pode igualmente prever as modalidades de renegociação das tarifas, definir os procedimentos de auditoria médica e financeira do prestador por um agente mandatado pelo SA, etc.
- **Os protocolos terapêuticos.** Os protocolos terapêuticos são procedimentos normalizados de tratamento. Um protocolo terapêutico definido, por tipo de patologia, os actos de diagnóstico, (laboratório, radiologia ou outros), os cuidados médicos, e os medicamentos a prescrever. Se são acompanhados, permitem tratar o doente a um bom preço. Existem protocolos terapêuticos que permitem calcular mais facilmente o custo das prestações.

Não é possível, nem para o gestor do SA, nem para o doente (em virtude da assimetria de informação²⁸) saber se todos os cuidados administrados são justificados pelo estado de saúde deste último. O tratamento de uma doença não é no entanto único na medida em que nem todos os médicos têm os mesmos sistemas. O SA pode apelar aos serviços de um médico conselheiro cujo papel será o de avaliar, em função das «regras da arte», se o estado do doente necessita de cuidados específicos. O seu trabalho será largamente facilitado caso existam protocolos terapêuticos.

g)Parâmetro b.7: a selecção dos prestadores

A **selecção dos prestadores** é um mecanismo através do qual um SA selecciona um número determinado de prestadores com condições de oferta de serviços e para um conjunto definido de beneficiários.

O SA pode ter interesse em assegurar os serviços de prestadores seleccionados negociando com eles as tarifas, as condições de tomada, a qualidade dos serviços, os modos de pagamento, etc. Neste âmbito, Neste âmbito, a aplicação de concorrência aos prestadores pode ser um factor favorável de negociação.

Os beneficiários do SA podem estar interessados por este tipo de sistemas beneficiando de tarifas preferenciais junto dos prestadores seleccionados e de condições vantajosas por parte do SA (por exemplo a redução dos co-pagamentos). Os prestadores encontram aqui um grande interesse uma vez que pode proporcionar-lhes uma clientela mais frequente.

2.2 A evolução da qualidade da carteira de riscos

Esta segunda fase consiste em medir a qualidade da carteira de riscos do SA. Após a análise dos parâmetros que influenciam os riscos associados ao seguro de saúde, trata-se, de alguma forma, da avaliação da eficácia das medidas que os limitam.

São propostos três indicadores. Eles analisam:

- as modalidades de adesão (G.1);
- a qualidade da carteira de riscos (G.2);
- os custos médios das prestações tomadas (G.3).

Indicador G.1: Modalidades de adesão	<i>Ver volume 2, página 57</i>
---	--------------------------------

Este indicador mede a exposição do SA ao risco de selecção adversa associado às modalidades de adesão (formas e tipos). A adesão voluntária por indivíduo abrange o risco máximo de selecção adversa. Inversamente, a adesão obrigatória por grupo minimiza o risco de selecção adversa.

Com a ajuda deste primeiro indicador (G.1), é possível evidenciar se o SA está submetido a um risco de selecção adversa (resultado positivo). Os gestores e responsáveis do SA poderão procurar os meios de limitar modificando caso seja necessário as modalidades de adesão.

Indicador G.2: Qualidade da carteira de riscos*Ver volume 2, página 59*

A qualidade da carteira de riscos do SA depende do tipo de prestações tomadas e das disposições adoptadas pelo SA para limitar a selecção adversa, a sobreconsumo e a sobreprescrição. O indicador mede o número de prestações expostas a um, ou outro risco, para os quais é aplicada uma medida de gestão apropriada.

Se é evidenciado o facto do SA estar submetido a um dos riscos associados ao seguro de saúde (resultado fraco tendo em conta o resultado máximo do SA), os responsáveis deverão elaborar a instauração de medidas que limitem estes riscos. No entanto, a instauração de tais medidas deverá ser elaborada tendo em conta os efeitos conexos (dinâmica de afiliação, qualidade dos cuidados, valores de solidariedade, etc.).

O terceiro indicador (G.3) é uma medida do grau de gestão do risco de sobreprescrição. É estabelecido na base dos custos médios das prestações tomadas pelo SA. Permite identificar uma eventual escalada dos custos que convirá analisar (aumento das tarifas, modificação dos comportamentos terapêuticos, etc.).

Indicador G.3: Custos médios das prestações tomadas*Ver volume 2, página 63****G.3.1: Evolução dos custos médios das prestações tomadas***

Este indicador permite analisar a evolução (numa base gráfica ou a partir da taxa de crescimento) dos custos médios das prestações tomadas. A análise da evolução dos custos é frequentemente mais significativa do que o seu nível para assinalar um fenómeno de sobreprescrição. A construção periódica deste indicador, (e a sua representação gráfica) permite avaliar rapidamente um aumento dos custos médios e de a caracterizar (aumento reversível, progressão regular, etc.).

G.3.2: Comparação dos custos médios dos serviços para os beneficiários e os não beneficiários³⁰

Este indicador completa o anterior. Com efeito, uma evolução controlada dos custos médios das prestações do SA quando comparada com a evolução dos não beneficiários pode salientar desvios que é conveniente analisar.

A existência de uma estabilidade dos custos médios das prestações (em relação à inflação) é um indicador de boa gestão da carteira de riscos.

No entanto, a constatação de um custo excessivo não traduz obrigatoriamente uma prescrição abusiva. É possível que o prestador esteja disposto a administrar aos beneficiários cuidados segundo o protocolo previsto, uma vez que não o poderá fazer em relação aos não aderentes devido à sua fraca liquidez. De forma isolada, a análise dos documentos médicos por um médico conselheiro permitirá distinguir os cuidados úteis e a super-prescrição.

3 A avaliação da viabilidade funcional

A avaliação da viabilidade funcional consiste em analisar o SA, apenas do ponto de vista funcional, ou seja, enquanto instrumento que colecta contribuições e que atribui uma cobertura das despesas de saúde dos seus beneficiários. Trata-se da avaliação do «bom funcionamento do seguro de saúde».

A avaliação incidirá nos seguintes indicadores:

- Ao nível da colecta das contribuições. Trata-se de analisar:
 - ✓ a capacidade para constituir e de manter uma «clientela», por intermédio do exame da dinâmica de afiliação;
 - ✓ a capacidade em participar nas contribuições.
- Ao nível das prestações assumidas pelo SA. Trata-se de avaliar com que eficácia o SA paga aos prestadores (ou toma aos aderentes).

3.1 A dinâmica de adesão

O primeiro tipo de indicadores de avaliação funcional do SA baseia-se em parte nas fichas de acompanhamento (ver quadros 3 e 4).

Para medir a dinâmica de afiliação, são propostos cinco indicadores de base:

- a taxa de crescimento bruto (M.1);
- a taxa de constância (M.2);
- a taxa de crescimento interno (M.3);
- a taxa de crescimento externo (M.4);
- a taxa de penetração (M.5).

Para a avaliação, o número de aderentes e de beneficiários no primeiro ano de funcionamento não é muito significativo. Depende, em parte, da duração e da intensidade do período preparatório antes do lançamento da colecta das contribuições. A adesão a um SA representa, para muitas pessoas desfavorecidas, uma novidade que necessita de uma aprendizagem, razão pela qual é igualmente importante conhecer a evolução do número de beneficiários, bem como é importante saber a data exacta do seu aparecimento.

Indicador M.1: Taxa de crescimento bruto*Ver volume 2, página 66*

Este indicador mede o acréscimo do tamanho do SA num determinado período, normalmente um ano. Para o ano N, é calculado a partir do número total de aderentes por ano N-1.

Este indicador pode ser complementado ao calcular a taxa de crescimento total dos beneficiários (M.1.1) e a taxa de crescimento do número de pessoas a cargo (M.1.2).

Este indicador permite verificar se o SA está em crescimento (taxa positiva), em fase de estabilização (taxa próxima de 0) ou em decréscimo (taxa negativa).

O número de aderentes e a sua evolução são elementos importantes para um SA. De um ponto de vista de seguro, um número considerável de aderentes permite:

- economias de escala;
- uma melhor repartição do risco (redução da incerteza quanto à frequência de realização dos riscos);
- uma menor vulnerabilidade face aos casos imprevistos.

A evolução do número de aderentes traduz-se a este nível num indicador importante a considerar. Pelo contrário, em determinados SA, a viabilidade está dependente da coesão social entre aderentes. Uma evolução demasiado importante ou brutal do número de aderentes, em particular quando não pertencem ao mesmo grupo social, pode reduzir esta coesão e comprometer a viabilidade do SA.

Mesmo que exista um elo entre a viabilidade de um SA e o número total de aderentes e beneficiários, não é possível determinar em absoluto o número de aderentes e beneficiários requeridos para assegurar esta viabilidade.

Uma taxa de crescimento bruto nem sempre fornece todas as informações na dinâmica de afiliação. Pode acontecer que os aderentes «testem» o sistema. São observados «movimentos» internos: algumas pessoas não renovam a sua adesão enquanto outras adoptam este sistema.

Para salientar o julgamento sobre a dinâmica de afiliação, convém então analisar se os aderentes continuam a contribuir e se novas pessoas aderem ao SA. Os indicadores seguintes permitirão analisar estas diferentes tendências.

Indicador M.2: Taxa de constância*Ver volume 2, página 68*

Este indicador constitui mede o interesse dos aderentes em relação ao SA. É igual à percentagem de antigos aderentes que renovaram o seu contrato.

O primeiro indicador (M.1) forneceu uma indicação sobre o crescimento bruto dos aderentes SA. Este segundo indicador (M.2) ilustra a «fidelidade» dos aderentes para o SA.

Mesmo existindo uma taxa de crescimento positivo, é conveniente calcular a taxa de fidelidade uma vez que esta condiciona a margem de progressão do SA e pode revelar situações «dissimuladas».

Conforme ilustra o quadro seguinte, o crescimento de um SA pode ser o resultado várias situações:

Situações	Taxa de crescimento bruto	Taxa de constância	Novos aderentes
Situação 1	+++	Elevada (>80 %)	Numerosos
Situação 2	+/-	Elevada (>80 %)	Numerosos
Situação 3	+/-	Fraca (< 70 %)	Pouco numerosos
Situação 4	-	Fraca (< 70 %)	Pouco numerosos

O quadro mostra quatro situações com diferentes consequências para o SA:

- *Situação 1:* a taxa de crescimento bruto é elevada em virtude de uma taxa de fidelidade igualmente elevada e da chegada de novos aderentes. É a melhor solução para o SA.
- *Situação 2:* a taxa de crescimento bruto positiva ou estável deve-se a uma elevada taxa de constância mas a uma fraca chegada de novos aderentes. Esta situação tem diferentes interpretações segundo a antiguidade do SA e o nível de adesão do público alvo. Para os jovens SA, é testemunho de uma constância considerável mas de uma fraca capacidade de nova afiliação. Para os SA mais antigos, pode corresponder ao resultado de uma «saturação» do número de aderentes na zona de intervenção.
- *Situação 3:* a taxa de crescimento bruto positiva ou estável deve-se a uma fraca taxa de fidelidade mas a uma chegada considerável de novos aderentes. As novas adesões são em maior número que as desistências. Trata-se de uma situação «enganadora» à qual os gestores devem estar particularmente sensíveis uma vez que denuncia um fraco interesse dos aderentes em relação ao SA. Caso esta situação se mantenha, o SA pode ver a sua existência posta em causa.
- *Situação 4:* a taxa de crescimento bruto negativa é consequência da fraca taxa de constância e da chegada de um número reduzido de novos aderentes. É uma situação crítica uma vez que o SA não tem nem a capacidade de manter a sua «clientela», nem de atrair novos aderentes.

Em conclusão, se a taxa de fidelidade é fraca, é fundamental conhecer as causas, nomeadamente ao nível dos serviços, das condições de afiliação, do cálculo da contribuição, da capacidade financeira dos aderentes, da organização do SA, etc. Seja como for, as situações 3 e 4 podem significar que o público alvo experimente o sistema mas que uma forte proporção não seja suficientemente satisfatória para renovar a sua adesão. Pode igualmente ser interpretado como uma fase de aprendizagem da previdência.

O número total de aderentes e a sua comparação de um ano para o outro, pode igualmente esconder outros aspectos, associados à extensão da zona de intervenção do SA e desde logo ao aumento do público alvo. Os indicadores de taxa de crescimento interno (M.3) e externo (M.4) permitem dar conta destes elementos. Um último indicador, a taxa de penetração (M.5), permite completar a análise da dinâmica de afiliação do SA.

Exemplo: ao alargar o campo geográfico de intervenção, um SA pode aumentar o número total de beneficiários de um ano para o outro. Assim, é possível que o número

de beneficiários abrangidos diminua nas primeiras zonas de intervenção do SA, traduzindo uma insatisfação e um fraco atractivo para os antigos aderentes.

Indicador M.3: Taxa de crescimento interno

Ver volume 2, página 70

Este indicador mede a evolução do número de aderentes nas zonas antigas de implantação do SA. De um ano para o outro, a taxa de crescimento interno é calculada da mesma forma que a taxa de crescimento bruto considerando apenas as zonas onde o SA é implementado há já mais de um ano, (ou onde esteve já em funcionamento durante um exercício).

Este terceiro indicador permite igualmente revelar as situações «enganosas» na interpretação da taxa de crescimento bruto do número de beneficiários. O crescimento global deve ser analisado tendo como referência duas situações possíveis:

- *Situação 1:* o SA não modificou a sua zona de intervenção. O seu público alvo continuou a ser o mesmo de um ano para o outro. A taxa de crescimento bruto é assim idêntica à taxa de crescimento interno. Ao utilizarmos o quadro 4 (ver parte II, secção 1.2.2), podemos analisar a parte dos antigos e dos novos aderentes contribuintes ou beneficiários na composição do número total de aderentes.
- *Situação 2:* o SA alargou a sua zona de intervenção entre o ano N e o ano N-1. Neste caso, o SA pode registar um crescimento do número de beneficiários pelo simples facto do aumento do tamanho do seu público alvo. O crescimento do número de beneficiários pode assim ser «enganoso» na medida em que este pode ser devido à extensão da cobertura geográfica. Neste caso é conveniente fazer a distinção entre o crescimento interno do SA e o crescimento externo provocado pela abertura a um novo público alvo.

Indicador M.4: Taxa de crescimento externo

Ver volume 2, página 71

Este indicador mede a evolução do número de novos aderentes contribuintes, provenientes de novas zonas de intervenção do SA (onde o SA propõe pela primeira vez a sua intervenção). A taxa de crescimento externo é igual à percentagem de novos aderentes no ano N provenientes de novas zonas (ou públicos) em relação ao número total de aderentes do ano N-1.

Indicador M.5: Taxa de penetração

Ver volume 2, página 72

Este indicador é calculado tendo em conta o número total de beneficiários do SA e o número de pessoas que fazem parte do público alvo. Mede o interesse do público alvo em relação ao SA. Podem ser calculadas diferentes taxas de penetração, distinguindo diferentes categorias de beneficiários (por idade, sexo, rendimentos, profissão, etc.).

Este último indicador é igualmente importante para analisar a dinâmica de afiliação. Permite aos gestores medir a capacidade do SA para a constituição de uma clientela e as suas possibilidades de crescimento. Completa e específica os indicadores anteriores.

3.2 A comparticipação das contribuições

A capacidade do SA em comparticipar nas contribuições que emitiu (ou nomeou) é o segundo elemento de avaliação em relação ao bom funcionamento de um SA, retido para apreciação da sua viabilidade funcional.

Indicador M.6: Taxa de comparticipação

Ver volume 2, página 73

Este indicador é semelhante à relação entre as contribuições recebidas e as contribuições emitidas.

A taxa de comparticipação das contribuições é um indicador importante do bom funcionamento do SA. O objectivo é a obtenção de uma taxa de comparticipação próxima dos 100 por cento. Uma fraca taxa de comparticipação é muito prejudicial para o bom funcionamento do SA.

As causas de uma fraca taxa de comparticipação podem ser internas: qualidade da carteira, sobreavaliação da contribuição, má gestão do comparticipação, etc. Podem também ser externas: irregularidade dos rendimentos dos aderentes, afastamento geográfico, catástrofe natural, etc. Os gestores e os avaliadores deverão, com base neste indicador, identificar as causas do fraco comparticipação e tomar as medidas necessárias.

3.3 O prazo de reembolso dos aderentes e/ou de pagamento dos prestadores

O último elemento analisado para avaliar a viabilidade funcional do SA é a sua capacidade de pagar aos prestadores ou reembolsar os seus aderentes nos prazos previstos. O prazo médio de pagamento ou de reembolso pode variar segundo os meses do ano. É calculado com a ajuda das facturas dos prestadores ou dos pedidos de reembolso dos aderentes no momento da avaliação.

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

Ver volume 2, página 74

Este indicador permite avaliar a situação de liquidez do SA e o bom funcionamento dos procedimentos de gestão. Este mede o prazo separando a data de emissão das facturas pelo prestador, (M.7.1) ou dos pedidos de reembolso dos aderentes (M.7.2) e a data em na qual foi efectuado o pagamento. Pode comparar-se ao prazo de pagamento acordado com o prestador ou ao prazo de reembolso que figura no regulamento interno.

Um prazo de pagamento demasiado longo pode ser considerado pelos aderentes e pelo prestador como uma incapacidade do SA em fazer face aos seus compromissos. As consequências podem ser múltiplas, nomeadamente uma redução da qualidade dos cuidados fornecidos, uma falta de confiança por parte dos prestadores e dos aderentes e subsequentemente uma diminuição da reafiliação no SA.

4 A avaliação da viabilidade económica e financeira

A viabilidade económica e financeira é uma das maiores preocupações dos gestores e das estruturas de apoio uma vez que condiciona directamente a autonomia e a sobrevivência do SA. Pode ser considerada como a capacidade de cobrir de forma duradoura os encargos com os produtos e suportar os compromissos financeiros dentro dos prazos estabelecidos.

A avaliação financeira e económica de um SA é uma operação complexa que necessita das competências em contabilidade e em análise financeira bem como da utilização de utensílios específicos. A medida proposta, neste capítulo, está dividida em três etapas³¹:

- **A avaliação da situação financeira através do método dos rácios**³². Serão descritos indicadores construídos com base na CdR e no balanço.
- **A apresentação de diferentes elementos de análise da viabilidade financeira** com a ajuda:
 - ✓de um exemplo de interpretação dos resultados;
 - ✓de uma descrição de mecanismos de consolidação financeira;
 - ✓do cálculo dos níveis de viabilidade financeira.

A avaliação da viabilidade económica.

4.1 A avaliação da situação financeira pelo método dos rácios

A avaliação da situação financeira apoia-se nos utensílios de gestão contabilística e financeira. Trata-se de passar à análise propriamente dita respondendo a três questões fundamentais:

- O SA tem capacidade de liquidez? Dito de outra forma, estará apto a suportar os seus compromissos?
- As contribuições permitirão financiar a actividade?
- As contribuições são utilizadas essencialmente no pagamento das prestações?

A avaliação da situação financeira baseia-se na CdR e no balanço. Estes dois utensílios constituem o mínimo indispensável para efectuar uma tal avaliação. Graças à CdR e ao balanço, tornar-se-á possível:

- Caracterizar a situação do SA utilizando os dados de base indispensáveis para os cálculos dos indicadores de viabilidade financeira;
- comparar a situação financeira de um ano para o outro (e/ou de um SA para outro).

A realização de um excedente de exploração é já um resultado considerável sobretudo na fase inicial de um SA. É uma condição necessária mas não é suficiente para se poder pronunciar sobre a viabilidade considerada a longo prazo.

É proposto igualmente um conjunto de relações. Só são mencionados as relações consideradas como mais pertinentes para avaliar a viabilidade financeira de um SA:

- a relação de liquidez imediata (F.1);
- a relação de capitais próprios (F.2);
- a relação de cobertura dos encargos a partir da taxa de reserva (F.3);
- a relação das contribuições adquiridas / encargos (F.4);
- a relação de sinistralidade (F.5);
- a relação de custos de funcionamento bruto (F.6).

Um rácio corresponde a uma razão entre dois dados numerados. Para que tenha interesse, terá de existir uma relação entre as duas grandezas escolhidas, o numerador e o denominador. Um rácio não tem sentido quando considerado em absoluto. Deve ser comparado com qualquer coisa. São possíveis dois tipos de análise:

- *A análise das tendências*, que consiste em comparar os rácios em diferentes datas para avaliar a evolução da situação financeira do SA.
- *A comparação dos rácios de um SA com os rácios de outros SA*. Dado que existe uma grande falta de informação neste campo, será proposta aos avaliadores a utilização de «normas pré-definidas» que permitam caracterizar a situação do SA.

Os avaliadores e os gestores irão provavelmente verificar que o SA não atinge os valores desejáveis para todos os rácios. Estes valores correspondem aos objectivos a atingir. A avaliação dos rácios é tão importante quanto os seus valores num dado momento.

4.1.1 A liquidez do SA

Um SA permite partilhar os riscos entre os aderentes e aumentar a sua liquidez individual. Continua a ser necessário que o SA esteja em posição de suportar os seus compromissos financeiros (reembolsos dos aderentes, pagamento dos prestadores e outros fornecedores). Caso contrário, é muito provável que a própria existência do SA seja posta em causa.

São apresentados três rácios de solvência. Estes avaliam a capacidade do SA em fazer face aos seus compromissos a curto, médio e a longo prazo. No balanço encontram-se os dados necessários para o cálculo dos dois primeiros rácios (F.1 e F.2). O recurso à CdR é igualmente necessário para o cálculo do terceiro rácio (F.3).

Indicador F.1: Rácio de liquidez imediata

Ver volume 2, página 75

Este rácio avalia a liquidez do SA a curto prazo comparando as disponibilidades com as dívidas exigíveis a curto prazo. Quanto mais elevado é o rácio mais importante se torna a liquidez. Um rácio superior a 1 é considerada como satisfatória.

A relação de liquidez imediata permite saber se o SA pode pagar aos seus fornecedores dentro dos prazos estabelecidos. Caso não o possa fazer, poder-se-á pensar que a sua credibilidade ficará fragilizada, o que poderá trazer consequências sobre a sua viabilidade.

A independência e a credibilidade financeiras do SA podem igualmente ser avaliadas face a terceiros, medindo a sua capacidade de honrar o conjunto dos seus compromissos sem pedir empréstimos. Para isso, é utilizada a relação de capitais próprios (ou de liquidez).

Indicador F.2: Racio de capitais próprios*Ver volume2, página 76*

Este racio indica a capacidade do SA em honrar a totalidade das suas dívidas (a curto e a longo prazo) sem recorrer ao empréstimo. Compara as dívidas que o SA possa ter contraído, dívidas estas que não são todas imediatamente exigíveis, com os capitais próprios do SA. Para ser considerado como “líquido” o SA deverá ter um racio de capitais próprios superior a 100 %.

Em circunstâncias excepcionais (catástrofes, epidemias, etc.), o SA pode ter recurso às suas reservas para manter os seus compromissos face aos seus fornecedores e aos seus aderentes. É ainda necessário que as suas reservas sejam suficientes. O racio de cobertura dos encargos permite em parte responder a esta questão.

Indicador F.3: Racio de cobertura dos encargos (em prestações) ou taxa de reserva*Ver volume 2, página 77*

Esta relação avalia o grau de autonomia financeira do SA. Faz a ligação entre as suas reservas contabilísticas e os encargos mensais em prestações.

Não é fácil determinar com precisão o nível óptimo da taxa de reserva a respeito da actividade do SA. Pode ser imposto pelo legislador para proteger os beneficiários. Na ausência de disposições legais, será mais prudente apontar para uma taxa de 50 a 75 por cento. Isto significa que as reservas deveriam cobrir de 6 a 9 meses de prestações.

O crescimento do valor do racio traduz uma menor dependência relativamente ao financiamento externo. Inversamente, uma diminuição do valor indica uma maior vulnerabilidade do SA. Estes três indicadores fornecem os primeiros elementos de resposta quanto à viabilidade financeira de um SA.

4.1.2 O financiamento da actividade do SA

Em princípio, um SA deve cobrir os seus encargos com a ajuda das contribuições que ele recebe. É fundamental saber do que se trata na realidade. O indicador F.4 construído com base na CdR permite responder a esta questão.

Indicador F.4: Racio das contribuições adquiridas / encargos*Ver volume 2, página 78*

Este racio permite verificar em que medida o financiamento da actividade resulta das contribuições. Podem ser calculados dois racios segundo os encargos considerados:

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

Este racio deveria ser superior ou igual a 1.

F.4.2: Racio das contribuições adquiridas / encargos totais

Um racio superior ou igual a 1 indica que o SA está a desfazer-se dos excedentes e está em posição de investir.

Estes racios permitem julgar o nível de cobertura dos encargos por intermédio das contribuições. Em caso de «cobertura» insuficiente, o SA pode suportar a médio prazo dificuldades na manutenção dos seus compromissos, em particular se as outras fontes de financiamento (empréstimos, fundos de garantia, subsídios) são limitadas.

4.1.3 O «bom funcionamento financeiro» do SA

O seguro de saúde é vantajoso para os aderentes se uma parte importante das contribuições for utilizada no pagamento das prestações e caso os custos de funcionamento sejam baixos.

É conveniente, desde o primeiro momento, avaliar se o SA distribui da melhor forma os seus recursos (especialmente as contribuições recebidas) no pagamento das prestações. É o objectivo do terceiro elemento de apreciação da viabilidade financeira de um SA.

Para este efeito, são apresentados dois racios com a ajuda da CdR. Estes permitirão avaliar, por outro lado, se a contribuição foi posicionada de forma correcta³³.

Indicador F.5: Racio de sinistralidade*Ver volume 2, página 79*

Este racio avalia a parte das contribuições que foi utilizada no reembolso ou no pagamento das prestações. Calcula-se na ordem de 75% o racio de sinistralidade para um SA eficaz. Não se trata de uma norma fixa, mas antes de um ponto de referência indicativo que a experiência poderá confirmar.

Se este racio é demasiado fraco, os aderentes podem sentir-se no direito de questionar o porquê desta contribuição. Quanto mais fraco é o racio, mais difícil será verificar qual a utilidade de um SA. Mas se este racio for demasiado elevado, o SA pode estar em dificuldades. A sua margem bruta pode tornar-se demasiado fraca para cobrir os seus outros encargos (excluindo prestações) e constituir reservas.

O «bom andamento financeiro» de um SA mede-se igualmente pelo nível dos custos de funcionamento.

Indicador F.6: Racio dos custos de funcionamento bruto*Ver volume 2, página 80*

Este racio mede a parte dos recursos financeiros do SA utilizada para o seu funcionamento. Admite-se que um racio inferior ou igual a 15% seja de um nível apropriada.

É conveniente que este racio seja o mais baixo possível. A experiência demonstra no entanto que os SA, ao trabalharem em meio rural com os encargos de funcionamento elevados, raramente conseguem mantê-los abaixo do nível de 15 por cento.

4.2 Elementos de análise da viabilidade financeira

A construção dos indicadores anteriores é uma operação mecânica. Em contrapartida, a análise e a interpretação dos resultados é um exercício mais complexo. Nesta secção, os elementos de análise dos resultados – obtidos com base na CdR, no balanço e nos indicadores – são fornecidos de forma a reforçar a capacidade dos gestores e avaliadores na interpretação da situação financeira do SA.

Três elementos são propostos nesta secção:

- um exemplo de interpretação dos resultados, baseado na análise dos raios e do resultado do SA durante o exercício (excedente ou défice);
- uma descrição de mecanismos de consolidação possíveis para reforçar a capacidade do SA para fazer face aos imprevistos;
- uma apresentação sintética de níveis de viabilidade que fornece «pontos de referência» para julgar a situação financeira do SA.

4.2.1 Um exemplo de interpretação dos resultados

A interpretação é realizada partindo do resultado do exercício. Dois casos exemplificativos são apresentados considerando que este resultado representa um défice ou um excedente. As análises abaixo apresentadas não são exaustivas e podem ser completadas por outros elementos desenvolvidos nas secções seguintes, como a verificação dos custos dissimulados (ver parte III, secção 4.4.1).

a)Primeiro caso exemplificativo: o resultado é um défice

Os avaliadores identificam, graças aos relatório financeiro, a existência de um défice (perda). O ponto de partida da reflexão passa por compreender porque é que os encargos excederam os produtos. As causas podem ser muito diversas na medida em que os produtos podem ter estado anormalmente fracos ou os encargos particularmente elevados (despesas de cuidados, custos de gestão, etc.).

De forma a compreender a natureza deste défice, serão analisados, num primeiro tempo, os produtos (etapa 1) e num segundo tempo os encargos (etapa 2).

Etapa 1 – Análise dos produtos

Em princípio, os principais recursos são as contribuições e os direitos de adesão. A análise dos produtos incidirá particularmente nas contribuições. Para compreender porque é que a colecta das contribuições (produtos) foi insuficiente, é necessário distinguir duas situações.

→ *A taxa de participação (M.6) é satisfatória*

Neste caso, as contribuições orçamentadas foram avaliadas de forma exagerada. As razões do défice devem ser procuradas prioritariamente na dinâmica de filiação do SA, em particular através da análise das taxas de crescimento (M.1) e da taxa de constância (M.2).

Os gestores deverão procurar as causas que colocaram obstáculos às adesões: garantias inadaptadas, desconfiança face ao SA, duração de reembolso demasiado longa, política de promoção do SA ineficiente, etc.

Independentemente da causa, os produtos estruturalmente fracos constituem um importante sinal de perigo para o SA.

→ *A taxa de participação não é satisfatória.*

Uma entrada reduzida de contribuições num dado momento pode resultar da dificuldade do SA em participar nas contribuições dos seus aderentes. Uma fraca taxa de participação não influencia de forma directa o resultado de exploração. As contribuições adquiridas para o exercício considerado, correspondem a produtos que figuram na CdR, quer o SA as tenha efectivamente recebido ou não. As contribuições não recebidas constam do balanço como créditos a cobrar.³⁴

No entanto, uma fraca taxa de participação pode ter conduzido a:

- custos de participação suplementares;
- custos financeiros (recurso ao empréstimo);
- uma redução dos produtos financeiros, na medida em que o SA foi obrigado a reduzir as suas aplicações para suportar as despesas.

É, pois, importante considerar a taxa de participação. As soluções que devem ser aplicadas caso esta taxa seja fraca são, por exemplo:

- a melhoria do acompanhamento da participação;
- a verificação dos direitos às prestações. Caso o controlo a este nível seja deficiente, o pagamento das contribuições deixa de ser uma condição de acesso às prestações o que pode levar determinados aderentes a não efectuar os pagamentos necessários;
- a suspensão dos direitos em caso de não pagamento das contribuições (segundo as regras estabelecidas pelo SA). Se esta suspensão não é efectiva, podem ser observadas as mesmas dificuldades descritas no ponto anterior.

Etapa 2 – Análise dos encargos

A segunda etapa da análise do défice consiste em rever os encargos suportados pelo SA. Os principais encargos correspondem à cobertura das despesas de saúde e aos custos de funcionamento.

→ *Análise das prestações tomadas pelo SA*

É conveniente que as prestações sejam abrangidas pelas contribuições adquiridas, desde que estas últimas sirvam também para cobrir os custos de funcionamento. A relação entre as prestações pagas e as contribuições adquiridas é a sinistralidade (F.5).

É geralmente admitido que um rácio de sinistralidade normal seja da ordem de 75 por cento. Também em termos de necessidades de análise, são aqui apresentados dois casos:

* *Caso 1: sinistralidade superior a 100 por cento.*

AS prestações pagas ultrapassam o montante total das contribuições que devem igualmente servir para suportar os custos de funcionamento. O SA está face a um défice técnico e a única actividade de seguro de saúde para o corrente exercício não é viável uma vez que é estruturalmente deficitária. É conveniente seguir a análise de forma a explicar este desequilíbrio. As fichas de acompanhamento da carteira de riscos serão, neste caso, úteis para a análise (ver parte II, secção 1.2.4).

Uma taxa de sinistralidade superior a 100 por cento pode ser o resultado de:

- *um consumo demasiado elevado de forma conjuntural.* Pode ser o resultado de uma epidemia ou de algumas prestações particularmente dispendiosas. Podem ser criadas medidas para limitar os seus efeitos, nomeadamente através de mecanismos de consolidação financeira (reservas, resseguro, fundos de garantia);
- *um consumo estruturalmente pouco elevado.* Pode tratar-se de um «subposicionamento» da contribuição ou de um sobreconsumo crónico. Este pode estar associado aos mecanismos de adesão (adesão individual não limitada no tempo que favorece a selecção adversa), às prestações tomadas (os cuidados de ambulatório favorecem o sobreconsumo), à ausência de controlo (fraudes e empréstimos de cartões que favorecem a super-prescrição), etc.

O melhor método para conhecer as origens do défice técnico diz respeito à análise da evolução das frequências de utilização dos serviços pelos beneficiários e a evolução dos custos médios das prestações tomadas pelo SA.

- *A análise das frequências de utilização dos serviços.* Uma sobrecarga de utilização dos serviços verificada durante determinados meses do ano, e que não tenha acontecido nos anos anteriores, pode dever-se a uma epidemia. Será conveniente verificar esta situação em conjunto com o pessoal de saúde. Se não for este o caso, é possível que a sobrecarga de utilização seja fraudulenta, tendo os beneficiários aproveitado uma deficiência no controlo: acordos entre os beneficiários e o pessoal auxiliar, empréstimos de cartões, etc.

Caso os consumos apresentem perfis idênticos a anos anteriores, é conveniente eliminar a hipótese de um acontecimento isolado. O défice parece assim associado a causas mais estruturais. É possível que o SA seja confrontado com a selecção adversa e/ou com o sobreconsumo.

Neste caso, a análise da qualidade da carteira de riscos (ver parte III, secção 2.2) permite analisar os primeiros elementos de resposta. Se é evidenciado o facto do SA estar confrontado com determinados riscos ligados ao seguro, deverão ser criadas medidas para os limitar de forma a restabelecer o equilíbrio financeiro. Estas medidas poderão ser: a criação de co-pagamentos, a aplicação de um período probatório, a instauração de mecanismos de acordo prévio ou de referência obrigatória, e/ou a revisão das condições de adesão.

Para além da análise da carteira de riscos, as características dos beneficiários podem oferecer um outro elemento interessante para análise (ver quadro 4). Trata-se de decompor a estrutura dos beneficiários por sexo, idade, profissão, etc. Será possível destacar uma eventual selecção adversa pela presença de categorias de beneficiários com elevada representação em relação à população total.

Exemplo: *uma maioria de mulheres grávidas e de crianças para um SA abrangendo o ambulatório e os partos, ou uma proporção considerável de trabalhadores com elevados riscos profissionais ou de pessoas idosas, são sinais de selecção adversa.*

Poderão ser criadas modificações nas modalidades de adesão para restabelecer o equilíbrio financeiro.

- *A análise dos custos médios das prestações.* A primeira questão que deverá ser colocada é saber se os custos médios foram correctamente estimados no cálculo da contribuição (em particular para os SA em fase inicial). É de facto possível que o défice de exploração seja devido a uma subavaliação dos custos médios das prestações. Neste caso, deverá ser realizado um ajuste das contribuições.

O segundo nível de análise analisa a evolução dos custos médios:

✓Um forte aumento dos custos médios das prestações em relação ao período anterior pode dever-se a um aumento dos custos ou a uma tendência para a sobreprescrição.

✓Se os custos médios estão estáveis ou a diminuir, o défice verificado estará necessariamente associado a um aumento do consumo dos beneficiários.

É assim importante, ao nível da análise, tomar medidas visando a limitação dos riscos relacionados com o seguro de saúde. Estas medidas são desenvolvidas na parte III, secção 2. Elas serão indispensáveis para o restabelecimento do equilíbrio financeiro do SA.

**Caso 2: sinistralidade elevada (entre 90 por cento e 100 por cento).*

O segundo caso de análise refere-se a um SA em défice apresentando uma taxa de sinistralidade elevada. Esta forte sinistralidade implica necessariamente recursos menores para cobrir os outros encargos. Mesmo quando existe uma margem técnica, esta pode ser insuficiente e poderá explicar o défice do exercício. Os avaliadores poderão proceder ao mesmo tipo de análise acima apresentada (caso 1) para conhecerem as origens do défice.

** Caso 3: sinistralidade normal (cerca de 75 por cento).*

O último caso de análise diz respeito a um SA em défice apresentando uma sinistralidade «normal». Isto significa que o SA dispõe de uma margem significativa uma vez pagas todas as prestações de doença. O défice não está provavelmente associado aos encargos com prestações. Será assim conveniente analisar os outros encargos do SA, ou seja, os encargos relacionados com o funcionamento.

➔Análise dos encargos de funcionamento

O défice pode estar associado a encargos demasiado importantes para assegurar o funcionamento do SA (aluguer, subcontratação, despesas de reuniões, despesas de transportes, salários e indemnizações, aquisição de material, etc.). A análise deve ser considerada independentemente da sinistralidade do SA.

Uma análise dos encargos de funcionamento suportados por um SA (como qualquer entidade financeira) é um exercício complexo. É muitas vezes o resultado de uma avaliação integral. É por esta razão que o guia se limita à apresentação de três elementos de análise.

- *A evolução absoluta dos encargos de funcionamento.* O exercício consiste em analisar o montante total dos encargos de funcionamento sobre a duração. Um nível anormalmente elevado destes encargos em relação aos exercícios anteriores pode estar na origem do défice verificado. Os avaliadores deverão determinar a sua origem. Um aumento não controlado destes encargos pode colocar em causa a viabilidade do SA. Caso seja necessário, deverão ser aplicadas medidas de gestão dos encargos.
- *A evolução relativa dos encargos de funcionamento.* O exercício consiste em analisar a evolução do rácio dos custos de funcionamento bruto. Um rácio superior a 15 por cento (por convenção), significa que o SA tem encargos de funcionamento superiores

ao normal. Isto pode estar na origem do défice. Os gestores devem disponibilizar os meios visando a redução destes encargos.

Uma análise mais pormenorizada consiste em medir o rácio entre os encargos de funcionamento e as contribuições adquiridas. Caso este rácio seja superior a 25 por cento, serão considerados dois casos:

→O SA está numa fase inicial e o número de aderentes é ainda reduzido, os encargos fixos são assim repartidos por um número reduzido de pessoas.

→O SA está em fase de «cruzeiro» e tem numerosos aderentes. Neste caso os encargos de funcionamento são estruturalmente demasiado elevados. Para o restabelecimento do equilíbrio financeiro do SA, deverão ser encontradas medidas de limitação dos encargos de funcionamento.

- *A estrutura dos encargos de funcionamento.* A análise respeita à diferenciação entre os encargos fixos e variáveis. Permite aos gestores calcular as suas «margens de manobra» com vista a restabelecer o equilíbrio financeiro do SA. O recurso a uma diminuição dos encargos fixos (subcontratação, locação, etc.) poderá ser considerado.

b) Segundo caso exemplificativo: o resultado é um excedente

Os avaliadores identificam, graças aos relatórios financeiros, a existência de um excedente. Será necessário, antes de mais, certificar-se quanto à natureza deste resultado excluindo os subsídios eventualmente recebidos pelo SA (ver parte I, secção 5.1). Esta certificação permite ter uma imagem mais precisa da situação financeira do SA. Um resultado positivo extra subsídio significa que o SA produziu um excedente exclusivamente com as suas actividades. Se o SA recebe subsídios, é conveniente em todos os casos questionar a perenidade destes durante uma análise financeira.

Em caso de excedente (em particular para vários anos consecutivos) são possíveis diversas gratificações. Estas gratificações devem ser estudadas com prudência relativamente ao seu efeito sobre o funcionamento futuro do SA. A título de exemplo, são apresentados quatro tipos de gratificações:

- *A atribuição das reservas* (ver secção seguinte). Esta medida é particularmente válida para os jovens SA. A atribuição será diferente consoante o nível das reservas existentes(F.3):
 - ✓ Uma taxa de reserva superior a 75 por cento (ou seja 9 meses de prestações): o SA dispõe em princípio de uma segurança suficiente. No entanto, para os SA em rápido desenvolvimento (crescimento do número de beneficiários), é aconselhada a atribuição de metade do excedente às reservas.
 - ✓ Uma taxa de reserva inferior a 50 por cento (6 meses de prestações do exercício concluído): aconselha-se a afectação do excedente às reservas de forma a aumentar esta taxa para se aproximar dos 75 por cento.
- *A melhoria das condições de tomada de seguro:* taxa de cobertura, acréscimo das garantias, aumento do número de prestadores autorizados, etc.
- *O investimento que permite uma melhoria da gestão do SA:* formação dos funcionários, aquisição de material informático, etc.
- *A extensão da zona de intervenção do SA:* investimento em novas instalações, campanhas de promoção incentivas, etc.

4.2.2 Os mecanismos de consolidação financeira do seguro de saúde

O segundo elemento de análise financeira relaciona-se com os mecanismos de consolidação financeira que permitem de fazer face aos imprevistos. Um SA tem obrigatoriamente de respeitar os contratos que assinou com os seus aderentes, os prestadores e outros fornecedores. Deve dispor de fundos suficientes para fazer face às suas obrigações. Ora, se ele pode gerir os seus encargos de funcionamento, não pode controlar na totalidade as prestações que toma. Em caso de catástrofe (epidemia, catástrofe natural) ou outros acontecimentos extraordinários e imprevisíveis, um SA pode ser levado a cobrir muito mais prestações do que as inicialmente previstas. Para responder a este tipo de situação, existem diferentes mecanismos de protecção: as reservas, os empréstimos e o resseguro.

a)As reservas

As reservas são capitais próprios constituídos pelo SA para fazer face a situações imprevistas. O seu montante é habitualmente objecto de disposições legais. A taxa de reserva (F.3) fornece uma indicação do nível de reservas e da capacidade do SA para fazer face a acontecimentos imprevistos durante o período correspondente. Contudo, trata-se de um nível de auto-protecção que pode ser insuficiente em caso de catástrofe.

b)Os empréstimos

Os empréstimos podem ser subscritos junto da clássica rede bancária, mas as garantias exigidas e as despesas financeiras a suportar podem tornar difícil esta solução. Poderão ser concedidos empréstimos ao SA através de um fundo de garantia.

Um fundo de garantia é um fundo ao qual o SA pode recorrer em caso de dificuldades financeiras. É geralmente alimentado por vários SA que o gerem de forma colectiva. Com mais frequência, o fundo de garantia intervém concedendo um empréstimo ao sistema que o solicita. As condições de recurso ao fundo de garantia são normalmente bem definidas. A intervenção pode estar condicionada a modificações no funcionamento do SA e à aplicação de um «plano de reparação».

Um SA, ou uma rede de SA, que adira a um fundo de garantia é mais sólido e viável. No entanto, o recurso a este tipo de mecanismos está condicionado pelo nível de desenvolvimento de sistemas de seguro de saúde na região ou país de implementação do SA. Existe um terceiro mecanismo de consolidação, o resseguro.

c)O resseguro

O resseguro é um mecanismo segundo o qual um SA subscrive um contrato de seguro junto de uma outra empresa seguradora. Trata-se do seguro do segurador. É um seguro de segundo grau que liga um segurador directamente a um ressegurador. Este mecanismo permite uma diversificação dos riscos e a sua repartição numa base mais alargada.

Na prática, se um SA se pretende ressegurar, é necessário que exista um ressegurador no mesmo mercado, o que nem sempre acontece. No entanto, diferentes SA podem criar em conjunto uma estrutura que oferece serviços de resseguro ou de co-seguro (partilha de determinados riscos). Este mecanismo permite repartir os riscos entre os SA.

4.2.3 Os níveis de viabilidade financeira

Esta secção fornece, em forma de conclusão, um quadro de resumo das relações de análise financeira do SA. Referindo-se à «norma» normalmente admitida para cada indicador, os gestores poderão avaliar o nível de viabilidade financeira do SA. Conforme já referido anteriormente, a constatação de resultados inadequados é frequente em fase de lançamento. A evolução dos resultados de um ano para o outro é tão importante quanto o seu nível num determinado período.

Quadro 13: Síntese dos indicadores de viabilidade financeira do seguro de saúde

Ref.	Indicadores	Resultado SA	Norma	Observações
F.1	Relação de liquidez imediata		> 1	O SA pode suportar as dívidas a curto prazo
F.2	Relação de capitais próprios		>100 %	O SA pode honrar as suas obrigações
F.3	Relação de cobertura dos encargos ou taxa de reserva		50 %-75 %(6-9 meses)	A solidez financeira do SA é satisfatória na ausência de imprevistos
F.4.1	Relação das contribuições adquiridas/encargos de exploração		>1	O SA está apto a cobrir os seus encargos de exploração através das contribuições
F.4.2	Relação das contribuições adquiridas/encargos totais		>1	O SA pode livrar-se dos excedentes, constituir reservas ou amortizar
F.5	Relação de sinistralidade		cerca de 75 %	O SA justifica a sua função de segurador concedendo uma parte substancial das contribuições no pagamento das prestações
F.6	Relação de custos de funcionamento bruto		< 15 %	O SA consome uma parte razoável dos seus recursos para o seu funcionamento
	Mecanismos de consolidação (fundos de garantia, resseguro)			O SA pode fazer face a situações imprevistas ou excepcionais

4.3 A viabilidade económica

O objectivo desta secção é fornecer elementos metodológicos para avaliar a viabilidade económica de um SA. Tratar-se-á, em complemento dos aspectos estudados anteriormente, de ter em consideração recursos que não são contabilizados pelo SA – denominados «custos dissimulados» – mas que são necessários ao seu funcionamento.

Serão sucessivamente abordados:

- a noção de custos dissimulados;
- cálculo do resultado económico de um SA;
- a avaliação da viabilidade económica de um SA.

4.3.1 A noção de custos dissimulados

De um ponto de vista estritamente económico, um custo define-se como o valor dos recursos consumidos para produzir um bem ou um serviço. Segundo esta definição, todos os recursos consumidos para o funcionamento da actividade de seguro de saúde devem ser considerados na no cálculo dos custos.

Os custos dissimulados correspondem a recursos colocados à disposição do SA sem que este tenha de suportar os seus encargos financeiros. Estes recursos são efectivamente consumidos no âmbito da sua actividade mas não são contabilizados.

Exemplo: na Bolívia, em 1996, a ONG «Instituto politécnico Tomas Katari (IPTK)» lançou, com base numa das suas actividades existentes, «a saúde para todos», um projecto complementar de seguro de saúde. Durante a fase de lançamento, o responsável e o administrador do projecto «saúde para todos» dedicou uma parte significativa do seu tempo à gestão do seguro de saúde IPTK. Os seus salários, suportados pela ONG, não foram suportados pelo seguro de saúde. Assim, representam recursos utilizados pelo SA para funcionar (OIT-STEP, OPS, 1999).

São distinguidas três categorias de custos dissimulados em função da natureza destes últimos, da sua importância e da dificuldade no seu cálculo:

- *Os bens e serviços colocados à disposição do SA e não contabilizados no seu orçamento:*

✓*Os bens.* Trata-se nomeadamente de disponibilizar um escritório ou um local, de doações em género (material de gestão, mobiliário de escritório, etc.), de investimentos financiados por recursos externos e em relação aos quais o SA não assume qualquer amortização (edifícios, equipamentos informáticos, viaturas), etc.

✓*Os serviços.* Trata-se por exemplo da preparação dos relatórios financeiros do SA por uma estrutura de apoio, do financiamento de sessões de formação contínua por um operador externo, de suportar os custos de deslocação dos gestores do SA por uma ONG, etc.

- *Os recursos sob a forma de trabalho colocados à disposição do SA e não contabilizados. Pode tratar-se nomeadamente de:*

✓*Disponibilização de pessoal remunerado* (para a gestão, a administração, a promoção, etc.). É o caso por exemplo de um agente de uma estrutura de apoio que participa na gestão do SA na sua fase inicial, da ajuda que pode conceder um município ou a organização responsável ao nomear um colaborador para ajudar o SA (trabalhos contabilísticos, colecta de contribuições), etc.

✓*Disponibilização de pessoal em regime de voluntariado.* Em fase inicial, um SA pode beneficiar da participação voluntária de diferentes intervenientes. O voluntariado faz parte integrante, por exemplo, da cultura mutualista. No entanto, a experiência demonstra que determinadas funções de gestão não podem ser permanentemente asseguradas desta forma. Por entre as tarefas de administração e de gestão, cabe identificar aquelas que podem ser realizadas voluntariamente ao longo do tempo (participação no conselho de administração, no conselho de supervisão, etc.) e aquelas cuja remuneração será definida posteriormente. Neste caso, aconselha-se, utilizando o método proposto no volume 2, o cálculo dos custos correspondentes e a apreciação da capacidade do SA para o seu financiamento.

- As vantagens concedidas ao SA e não contabilizadas no seu orçamento:

✓*As vantagens financeiras.* Trata-se nomeadamente de uma redução tarifária considerável a título provisório e para um período limitado estabelecido pelo hospital. O SA deverá considerar as «economias» realizadas como custos dissimulados que deve assumir assim que o período de vantagem terminar.

✓*Os outros privilégios.* Trata-se nomeadamente de vantagens das quais beneficia um SA pelo seu estatuto. A passagem de um SA a uma autonomia estatutária pode trazer custos que deverão ser considerados (por exemplo redução sobre custos de material).

4.3.2 O cálculo do resultado económico

O resultado económico é igual ao resultado que figura na CdR menos os custos dissimulados valorizados, ou seja, aqueles que devem, efectivamente, ser considerados.

A primeira secção permitiu definir a noção de custos dissimulados. Se estes são consideráveis e os recursos que os financiam não são permanentes, a viabilidade futura do SA pode ser posta em causa. Os gestores e avaliadores deverão:

- *Identificar os custos dissimulados.* O quadro de funções (ver parte IV, secção 1.1.2) que descreve as funções asseguradas no seio de um SA é um instrumento que facilita a identificação dos custos dissimulados associados ao trabalho e aos exercícios. É particularmente útil para os SA que beneficiam do apoio de um projecto em fase inicial ou para aqueles que possuem determinadas tarefas delegadas e asseguradas por terceiros (prestadores de cuidados de saúde, municípios, organizações responsáveis, etc.).
- *Valorizar os custos dissimulados* (calcular o seu valor). Para cada recurso utilizado e não contabilizado pelo SA, é necessário questionar se o seu custo deverá ou não ser utilizado. São essencialmente os custos que não poderão ser assumidos permanentemente pelo exterior que deverão ser considerados. Não se trata assim de valorizar os custos não suportados pelo SA. No volume 2 é proposto um método de valorização dos custos dissimulados.
- *Calcular o resultado económico do SA.* A consideração destes custos suplementares pelo SA diminui o seu resultado. Se o resultado do exercício é positivo, enquanto o resultado económico é negativo, a viabilidade do SA está dependente dos recursos externos que venha receber.

A capacidade de um SA em suportar os custos dissimulados determina a sua viabilidade de um ponto de vista económico.

4.3.3 A avaliação da viabilidade económica

A viabilidade económica de um SA é medida por dois indicadores: a taxa de financiamento próprio e o relação das contribuições adquiridas sobre os encargos mais os custos dissimulados.

Indicador V.1: Taxa de financiamento próprio

Ver volume 2, página 83

Este indicador apresenta a relação entre os produtos próprios do SA (produtos antes do subsídio) e os custos totais do exercício (encargos totais contabilizados + custos dissimulados).
--

Uma elevada taxa de financiamento próprio significa que o SA é apto a financiar o conjunto dos seus encargos (incluindo os custos dissimulados) com os seus recursos próprios. Esta taxa permite avaliar o nível de dependência do SA em relação aos recursos externos. Para os SA que procuram a autonomia financeira, o objectivo será atingir uma taxa superior a 100 %.

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

Ver volume 2, página 84

Este racio é a ligação entre as contribuições adquiridas e o total dos encargos do exercício mais os custos dissimulados.

Se esta relação é superior a 1, significa que o SA, ao desfazer-se, à partida, de um excedente sem considerar os custos dissimulados, estará apto a assumir sozinho o conjunto dos encargos graças apenas às contribuições dos aderentes.

5 Síntese

Nesta parte, destinada a avaliação da viabilidade de um SA, os avaliadores e gestores poderão ver apresentados um grande número de indicadores. Esta secção tem por objectivo a retoma de forma sintética da lista dos indicadores apresentados de forma a construir um quadro de orientação relativo à viabilidade do seguro de saúde.

Os indicadores calculados ao nível administrativo, técnico, funcional, financeiro e económico deverão ser retomados no quadro abaixo apresentado e comparados com as «normas» ou referências habitualmente utilizadas.

Quadro 14: Resumo dos indicadores de viabilidade do seguro de saúde

Nº	Indicadores de avaliação da viabilidade	Resultado obtido	Norma	Observações
Viabilidade administrativa				
T.1.1	Utensílios de gestão e de acompanhamento das adesões		1	
T.1.2	Utilização dos utensílios de gestão e de acompanhamento das adesões		1	
T.2	Acompanhamento da participação das contribuições e dos direitos de adesão		1	
T.3	Controlo dos direitos às prestações		1	
T.4	Acompanhamento das tomadas de seguro		1	
T.5	Acompanhamento da carteira de riscos		1	
T.6	Acompanhamento do registo contabilístico		1	
T.7	acompanhamento financeiro		1	
T.8	Qualidade global do acompanhamento		6	
Viabilidade técnica				
G.1	Modalidades de adesão		0	
G.2	Qualidade da carteira de riscos		-	Segundo as garantias abrangidas
G.3.1	Evolução dos custos médios das prestações tomadas		0 %	Gráfico
G.3.2	Comparação dos custos médios dos serviços para os beneficiários e os não beneficiários		< 100 %	

Nº	Indicadores de avaliação da viabilidade	Resultado obtido	Norma	Observações
Viabilidade funcional				
M.1	Taxa de crescimento bruto		> 0	
M.2	Taxa de constância		80 %	
M.3	Taxa de crescimento interno		> 0	
M.4	Taxa de crescimento externo		> 0	Caso haja extensão da zona
M.5	Taxa de penetração		-	Depende do SA
M.6	Taxa de participação		100 %	
M.7	Prazo médio de pagamento aos prestadores ou de reembolso aos aderentes			Em função dos acordos com os prestadores
Viabilidade financeira				
F.1	Relação de liquidez imediata		> 1	
F.2	Relação de capitais próprios		>100 %	
F.3	Relação de cobertura dos encargos ou taxa de reserva		50 % a 75 %	
F.4.1	Relação das contribuições adquiridas/encargos de exploração		> 1	
F.4.2	Relação das contribuições adquiridas/encargos totais		> 1	
F.5	Relação de sinistralidade		cerca de 75 %	
F.6	Relação dos custos de funcionamento bruto		<15 %	
Viabilidade económica				
V.1	Taxa de financiamento próprio		>100 %	
V.2	Relação das contribuições adquiridas (encargos mais custos dissimulados)		> 1	

Parte IV

Avaliação
da viabilidade
institucional
do sistema
de micro-seguros
de saúde

Esta quarta parte, como a anterior, é destinada às pessoas e organizações que realizam uma avaliação. Pode tratar-se de estruturas de apoio, de avaliadores independentes ou de gestores de SA.

A terceira parte destina-se à avaliação da viabilidade do seguro de saúde de um ponto de vista administrativo, técnico, financeiro e económico, considerado enquanto instrumento financeiro. Não é considerado um conjunto de factores institucionais da viabilidade.

Estes factores estão associados, em grande parte, à organização que assume a responsabilidade do funcionamento do seguro. Estas organizações, denominadas «organizações responsáveis (OR)» durante o seguimento deste texto, poderão ser de natureza muito diversa. Pode tratar-se, por exemplo de:

- organizações comunitárias (no sentido lato) tais como os grupos de mulheres, as associações de aldeias ou outras, as mutualidades, as cooperativas;
- organizações de micro-finança;
- organizações do sector da saúde, essencialmente de prestadores de cuidados;
- organizações não governamentais;
- organizações sindicais;
- colectividades locais.

Estas organizações seguem objectivos diferentes, estando alguns por vezes demasiado afastados da melhoria da saúde dos aderentes do SA. Pode tratar-se nomeadamente de objectivos:

- *económicos*: aumentar e manter a clientela, aumentar os ganhos, fornecer serviços financeiros aos aderentes, etc.;
- *sociais*: reforçar as solidariedades face à doença, prestar auxílio a indivíduos em dificuldades, etc.;
- *sanitários*: facilitar o acesso aos cuidados, melhorar a qualidade dos serviços de saúde, reduzir a prevalência das doenças, etc.;
- *políticos*: promover a representação e a defesa dos interesses dos aderentes, promover o diálogo e o debate democrático, etc.

A natureza destes objectivos prosseguidos pela OR deve ser considerada durante a avaliação da viabilidade do SA. Deve igualmente ser considerada na compreensão das dificuldades sentidas pelo sistema e na identificação das medidas que permitam a inversão desta situação.

Por exemplo, um sistema mutualista não pratica, com base no seu objectivo de solidariedade, a selecção dos pedidos de adesão em função dos riscos pessoais de saúde das pessoas envolvidas. A viabilidade do SA «mutualista» pode ser questionada quando confrontada com a concorrência de sistemas que realizam este tipo de selecção uma vez que pode ter de ser assumida a cobertura de pessoas que apresentem um perfil médio de riscos mais elevado.

Para além dos objectivos da OR, outros factores institucionais de viabilidade do seguro estão associados às características desta organização e às suas «ligações» com o seguro. Neste domínio, são encontradas situações extremamente diversas. Existem três mais frequentes:

- A organização acciona apenas o seguro. É por exemplo o caso de determinadas mutualidades de saúde.

- A organização acciona outras actividades para além do seguro. É o caso dos prestadores de cuidados de saúde e de numerosas mutualidades.
- Quando a organização está a um nível superior, quando se trata por exemplo de um movimento de mulheres de grande dimensão, ela gere diferentes estruturas (por exemplo cooperativas e centros de saúde) tendo uma delas directamente a cargo os seguros.

No segundo e terceiro caso, existe frequentemente, na prática, relações entre as diferentes actividades (e/ou estruturas no terceiro caso). É particularmente frequente que o seguro de saúde seja subsidiado por actividades de carácter económico. No plano organizacional, é igualmente habitual que os recursos humanos sejam partilhados entre as diferentes actividades da OR.

Estas relações entre as actividades desempenham um papel importante sobre a viabilidade do seguro. Vão ser examinadas no âmbito desta quarta parte destinada de forma mais geral aos aspectos institucionais da viabilidade do SA. Todos estes aspectos não podem ser analisados. São abordados apenas aqueles que foram considerados como os mais importantes, tendo em conta a situação actual dos SA. Trata-se, assim, sucessivamente:

- da repartição das tarefas e da gestão dos recursos humanos do SA;
- dos elos complementares entre o seguro e as outras actividades conduzidas pela OR;
- dos elos do SA com os prestadores de cuidados;
- do enquadramento jurídico e regulamentar de funcionamento do SA.

1 A repartição das tarefas e a gestão dos recursos humanos do sistema de micro-seguros de saúde

Uma boa execução das diferentes tarefas que entram no funcionamento do seguro, constitui um factor muito importante da viabilidade e da autonomia do SA. Esta boa execução está dependente por um lado da forma como são organizadas e distribuídas as responsabilidades e por outro lado da qualificação das pessoas que assumirão as diferentes tarefas. Estes dois elementos são analisados em seguida.

1.1 A distribuição das responsabilidades

Devem ser claramente definidas e atribuídas todas as funções e tarefas necessárias para o bom funcionamento do seguro.

Estas funções podem ser assumidas por órgãos e/ou pessoas pertencentes ou não a uma OR (por exemplo um escritório de contabilidade que faz os relatórios financeiros). A distribuição das funções em «interno» e «externo» tem repercussões consideráveis nomeadamente sobre a autonomia do SA, sobre os seus custos de financiamento, sobre as necessidades de formação do seu pessoal, etc. inúmeras vezes/, tem igualmente repercussões sobre a qualidade de execução das funções. Pelo conjunto destas razões, a distribuição das responsabilidades constitui um elemento muito importante a analisar para avaliar e melhorar a viabilidade dos SA.

A medida proposta para análise desta distribuição consiste em:

- Identificar os órgãos e os intervenientes implicados na administração e na gestão do SA;
- Comparar os papéis dos diferentes intervenientes tal como definidos pelos textos (regulamento interno, estatutos, manual das funções, etc.) com os papéis que assumem na realidade. Este exercício apoiar-se-á sobre a construção de quadros de funções teóricas e reais. Esta comparação deverá conduzir a uma análise da funcionalidade da distribuição das competências adoptada.

Por fim, a análise respeitará ao nível de autonomia do SA considerado do ponto de vista organizacional.

1.1.1 Os órgãos e intervenientes implicados na administração e na gestão

Nesta secção, são fornecidas indicações para a execução de um inventário dos órgãos e intervenientes implicados na administração e na gestão do SA. Se a OR conduz diferentes actividades, o inventário só analisará os órgãos e os intervenientes que administram ou gerem o SA.

O nome e as competências dos órgãos podem variar em função do estatuto do SA. Os avaliadores deverão distinguir os órgãos:

- *de um poder decisório*: assembleia geral (AG) dos aderentes ou dos accionistas e o conselho de administração (CA). São igualmente denominados órgãos de gestão. Estão encarregues, entre outros e segundo os casos, de definir as missões do SA e a sua política geral, de aprovar os seus estatutos e regulamentos, o seu orçamento e as suas contas;
- *de um poder executivo*: comité de execução, direcção executiva, também denominado gabinete ou secretariado executivo. Estes órgãos estão a cargo da administração quotidiana do SA e são, quando necessário, subdivididas em subdirecções (direcção geral, serviço das finanças, serviço dos funcionários, etc.). Pode tratar-se de órgãos externos à organização e ao SA (médico conselheiro, perito contabilista, etc.). Em certos casos, um comité de gestão pode acumular funções de decisão e executivas;
- *de uma missão de controlo*: comité de supervisão, serviço de auditoria interna ou externa. Estes órgãos controlam a conformidade das acções do SA aos estatutos e regulamentos internos bem como aos procedimentos de gestão. Supervisionam também sobre a exactidão das contas e, de forma global, evitam uma utilização abusiva ou fraudulenta dos recursos.

Os intervenientes são identificados sobre a base dos textos em vigor (estatutos, regulamentos internos, actas, etc.) e classificados seguindo a natureza do órgão ao qual pertencem (poder decisório, poder executivo, missão de controlo).

Oito categorias de intervenientes foram previamente estabelecidas, repartidas em dois grupos segundo sejam internos ou externos ao SA. Outras categorias de intervenientes podem existir em função das especificidades do SA e do contexto.

a) Os intervenientes internos

Incluem:

Os aderentes, eleitos ou não, que asseguram uma função a título voluntário. Pode tratar-se de aderentes voluntários nos órgãos de gestão ou de aderentes participantes nos órgãos de decisão (AG, CA).

- *peçoal voluntário*, não aderentes, operando no seio do SA a título permanente ou ocasional. Estas pessoas podem trabalhar nos órgãos de decisão (CA, AG), nos órgãos de gestão ou de controlo, enquanto estagiários ou outros.
- *peçoal de serviços internos* à OR sobre o qual o SA não assume a responsabilidade: peçoal comum a várias unidades de OR (por exemplo, serviços financeiros ou direcção geral). Trata-se de peçoal remunerado pela OR e não pelo SA.
- *o peçoal assalariado ou indemnizado pelo SA*. Trata-se do conjunto das pessoas remuneradas pelo SA. Caso seja utilizado peçoal da OR para o SA e para outras actividades, é conveniente criar uma sub-categoria para o distinguir dos funcionários assalariados que trabalham exclusivamente para o SA.

b) Os intervenientes externos

Incluem:

- *prestadores de serviços externos remunerados*. Trata-se por exemplo de peritos contabilistas, delegados de contas, etc.;
- *prestadores de cuidados de saúde*. Alguns prestadores de cuidados de saúde efectuem operações de gestão para o SA (colecta das contribuições, registo dos aderentes, etc.). Será conveniente fazer a distinção, caso seja necessário, entre as operações que realçam naturalmente os prestadores (o controlo dos cartões, por exemplo), e as operações que segundo o nível de desenvolvimento do SA a este deveriam ser associadas – e em relação ao qual ele não assegura ainda o encargo – (colecta das contribuições, actualização dos registos de adesão, etc.);
- *uma assistência técnica de projectos* ou de ONG (locais ou internacionais). Caso haja diferença entre os prestadores de serviços, esta não constituirá objecto de uma remuneração;
- *uma assistência técnica de terceiros*. Em determinados casos, o SA pode beneficiar da assistência técnica ou de serviços não facturados por parte das autoridades públicas (municípios, autoridade provincial ou regional) ou privadas (em particular para os SA com base socioprofissional). Esta categoria destaca-se dos prestadores de serviços em função da sua gratuidade. Esta assistência destaca-se igualmente da assistência relativa aos projectos e à ONG na medida em que ela é, em princípio, permanente (nomeadamente se estão em vigor as obrigações legais).

1.1.2 A construção dos quadros de funções teórica e reais

Após terem sido identificados os órgãos e os diferentes intervenientes, é possível construir um instrumento de análise: o quadro de funções. Um primeiro quadro, o quadro da competência teórica (quadro 15), construído com base em documentos e textos regulamentares em vigor, permite visualizar a forma como a organização do SA foi concebida e deveria funcionar. Pode parecer que determinadas funções não foram previstas. Os responsáveis do SA poderão assim reflectir sobre a oportunidade de completar os textos que regem o funcionamento do SA ou da OR.

Uma vez construído este primeiro quadro, trata-se agora de elaborar um segundo quadro de competência a partir das funções efectivamente asseguradas pelos diferentes intervenientes no seio dos órgãos de administração e de gestão: o quadro de funções reais (quadro 15bis).

Os dois quadros de funções apresentam a mesma lista de funções. Estas foram seleccionadas em função da sua importância para o bom funcionamento do SA.

**Quadro 15 e 15bis: Quadro de funções teóricas
e quadro de funções reais**

Ver volume 2, página 36

Funções	Órgãos	Intervenientes no seio do órgão	Observações
Funções de decisão			
Relações institucionais			
Quem é responsável pelo SA e o representa face ao exterior?			
Quem elege ou nomeia os membros dos órgãos de execução?			
Quem decide sobre as acções judiciárias?			
Quem decide a convocação da AG?			
Gestão administrativa			
Quem decide sobre as modalidades de adesão?			
Quem decide sobre a admissão ou a exclusão de um aderente?			
Quem sanciona uma fraude?			
Quem decide sobre as condições de adesão (modo e tipos de adesão, etc.)?			
Gestão técnica			
Quem decide sobre os serviços oferecidos?			
Quem decide sobre o montante das contribuições?			
Quem decide sobre a exclusão (temporária ou não) do direito às prestações?			
Quem decide sobre a introdução de medidas de limitação dos riscos associados aos seguros (co-pagamento, referência obrigatória, etc.)?			

Funções	Órgãos	Intervenientes no seio do órgão	Observações
Gestão contabilística e financeira			
Quem aprova o orçamento provisional?			
Quem aprova a conta de resultados e o balanço?			
Quem propõe a atribuição dos resultados?			
Quem decide sobre a atribuição dos resultados?			
Quem decide sobre as aplicações financeiras?			
Quem intervém em caso de desvio de fundos?			
Quem decide sobre o reembolso aos aderentes ou sobre o pagamento dos prestadores?			
Relações com os prestadores			
Quem escolhe os prestadores?			
Quem assina as convenções com os prestadores?			
Quem decide nomear os doentes a um escalão superior?			
Quem decide sobre a suspensão da adesão de um prestador?			
Funções executivas			
Assembleia geral			
Quem organiza a AG?			
Quem informa e convoca os aderentes?			
Gestão administrativa			
Quem recebe os pedidos de adesão?			

Funções	Órgãos	Intervenientes no seio do órgão	Observações
Quem actualiza os utensílios de gestão (registo de adesão, etc.)?			
Quem estabelece os cartões de aderente?			
Quem efectua os pedidos de tomada de seguro?			
Quem informa os beneficiários sobre os serviços abrangidos?			
Quem organiza as campanhas de informação junto do público alvo?			
Quem regista o pagamento das contribuições?			
Quem efectua a participação das contribuições?			
Quem efectua os recebimentos?			
Gestão técnica			
Quem negocia as convenções com os prestadores?			
Quem calcula o montante das contribuições?			
Quem efectua o acompanhamento das prestações (frequências, custos médios, etc.)?			
Quem realiza as avaliações relativamente à tomada de seguro?			
Gestão contabilística e financeira			
Quem prepara o orçamento provisional?			
Quem realiza o acompanhamento orçamental?			
Quem prepara o plano de tesouraria?			
Quem realiza o acompanhamento da tesouraria?			
Quem assume as despesas?			
Quem cobra os créditos?			
Quem é responsável pelos documentos de registo contabilístico?			
Quem elabora a conta de resultados?			
Quem estabelece o balanço?			

Funções	Órgãos	Intervenientes no seio do órgão	Observações
Actividades conexas			
Quem organiza as actividades de prevenção e de educação face à saúde?			
Quem realiza as actividades de prevenção e de educação face à saúde?			
Quem organiza as outras actividades do SA (por actividade)?			
Quem realiza as outras actividades do SA (por actividade)?			
Funções de controlo			
Controlo interno			
Quem controlo a qualidade de beneficiário?			
Quem efectua os controlos contabilísticos e financeiros?			
Quem controla os fundos?			
Quem controla as facturas dos prestadores?			
Quem efectua o controlo médico das tomadas de seguros?			
Quem efectua o controlo de qualidade dos prestadores?			
Quem efectua as avaliações internas?			
Controlo externo			
Quem efectua as auditorias?			

1.1.3 A análise dos quadros de funções

É proposta a análise sucessiva do quadro de funções teórico e do quadro de funções reais.

a) O quadro de funções teóricas

Este quadro permite apreciar o nível de autonomia organizacional teórica do SA. Caso algumas funções incluídas no quadro não forem atribuídas, é conveniente verificar se a função não é pertinente para o SA considerado ou se a ausência de resposta traduz uma

lacuna na atribuição de tarefas. Estas zonas de sombra são por vezes muito úteis para assinalar as anomalias na instituição. A análise pode servir para rever os textos em vigor.

b)O quadro de funções reais

Este quadro permite analisar a distribuição das tarefas tal como é efectivamente assegurada no seio do SA. O seu preenchimento não deve, assim, ser feito com base nos textos regulamentares mas a partir das práticas observadas na realidade.

Esta análise deve destacar a funcionalidade dos diversos órgãos e as responsabilidades efectivas dos diferentes intervenientes. Será conveniente:

- verificar a existência de um interveniente para cada função apresentada nos quadros de competência;
- identificar eventuais anomalias nos procedimentos e atribuições (duplicações nas responsabilidades, cruzamento de responsabilidade vertical e horizontal, etc.);
- apreciar a perenidade do dispositivo de gestão, ou seja, examinar em que medida as funções e as tarefas são asseguradas pelos intervenientes que não foram convidados a retirar-se.

c)A concordância entre os quadros de funções teóricas e reais

A terceira fase da análise consiste em destacar os desvios entre a distribuição das tarefas prevista pelos textos e a distribuição constatada na realidade. A análise incidirá sobre:

- os desvios entre aquilo que está previsto e aquilo que é efectuado;
- a procura da origem destes desvios;
- a apreciação das consequências dos desvios sobre o bom funcionamento do SA.

A análise dos desvios entre os dois quadros fornece uma primeira apreciação sobre o funcionamento organizacional do SA.

Para complementar e facilitar a análise, poderá ser utilizado um organigrama. O organigrama é um esquema que representa os diferentes órgãos implicados na administração e na gestão do SA, bem como as suas relações hierárquicas. Permite aos responsáveis, aos gestores e ao pessoal melhorar a sua compreensão sobre o funcionamento do SA. O organigrama pode contemplar as relações com os prestadores de cuidados de saúde ou outros intervenientes, caso estes exerçam funções de decisão ou executivas.

1.1.4 Avaliação do nível de autonomia organizacional do SA

Após examinar os quadros de funções, é importante avaliar o nível de autonomia organizacional do SA. Para tal, é necessário fazer a distinção, através da ajuda do quadro de funções reais, entre as funções asseguradas internamente e as funções externas (na teoria e na prática). Em seguida, a análise abordará as funções levadas a cabo pelos intervenientes externos. Podem-se distinguir dois casos, nomeadamente:

- *Os intervenientes externos participam gratuitamente.* Se o apoio for acordado durante um período limitado, a OR deve preparar-se para funcionar sem o respectivo apoio. Estão previstas várias alternativas consoante o tipo de função e o contexto: formação de pessoal e/ou dos responsáveis da OR e transferência progressiva das responsabilidades, recrutamento e contratos com prestadores de serviços. A incidência económica das diferentes alternativas no SA deve ser analisada. Se a duração do apoio for à priori não limitada, é importante, mesmo assim, estudar as possibilidades sobre como substituí-la.

Com efeito, a OR deve poder fazer face a qualquer eventualidade (retirada imprevista dos intervenientes externos) e assegurar a permanência da função concretizada por esse apoio.

- *Os intervenientes externos agem no quadro de prestações de serviços remunerados.* A OR possui um controlo muito forte sobre a acção dos intervenientes externos, ao contrário do que acontece com o caso anterior. No entanto, é possível que determinados intervenientes externos que tenham funções

importantes sejam os únicos, na área de intervenção do SA, a poder concretizá-las. Por conseguinte, a autonomia do SA está reduzida e existe a probabilidade de afastamento ou cessação da actividade do interveniente em questão.

É importante salientar que o número de funções levadas a efeito pela OR não é determinante. Uma função (por exemplo, a supervisão da carteira de riscos) assegurada por uma assistência técnica não permanente pode, só por si, ter uma influência determinante sobre a viabilidade de um SA.

1.2 Os recursos humanos

A gestão dos recursos humanos responsável pelo funcionamento de um SA é um domínio muitas vezes negligenciado ou difícil de resolver de forma eficaz. Existem duas razões principais que estão na origem desta situação:

- A maior parte dos sistemas actuais de micro-seguros de saúde é de pequena dimensão. Devido a motivos de ordem financeira, não é possível recrutar pessoal qualificado para todas as funções necessárias a um bom funcionamento dos seguros. Este é o motivo pelo qual um gestor de SA desempenha, na maior parte dos casos, várias funções, mesmo que exijam qualificações diferentes (finanças, relações com os prestadores, assistência técnica da carteira de riscos, etc.).
- Muitos SA são articulados com outras estruturas que desempenham um papel na gestão dos seguros (ver secção anterior 1.1.1). O pessoal implicado é gerido em função das preocupações da estrutura de dependência, as quais nem sempre coincidem com as necessidades do SA.

No entanto, o reduzido número de pessoal com habilitações adequadas constitui uma das principais causas para o desaparecimento dos SA. Apesar das dificuldades acima referidas, esta questão merece ser abordada, tendo em conta uma análise da viabilidade de um SA.

Este guia não tem a pretensão de fornecer os métodos para avaliar, de forma exaustiva, a gestão dos recursos humanos. A iniciativa limita-se apenas a analisar se o SA dispõe de:

- *uma administração de pessoal* ou, pelo menos, de utensílios indispensáveis neste domínio;
- *uma política de desenvolvimento de recursos humanos*, em particular, em matéria de formação.

1.2.1 Administração de pessoal

A **administração de pessoal** é constituída por um conjunto de tarefas relacionadas com a gestão das pessoas que trabalham para uma determinada organização. Essas tarefas estão relacionadas com o tratamento de dossiers individuais, de regulamentações, de procedimentos e queixas, das habilitações dos empregados, das remunerações, assim como todos os «problemas de emprego» (recrutamento, selecção, licenciamento, etc.).³⁵

A **gestão dos recursos humanos** é um conceito mais vasto do que o da administração de pessoal. Abrange, para além dessa administração, um conjunto de procedimentos que têm como objectivo uma melhor relação entre o desempenho do pessoal e o respectivo custo. Ocupa-se igualmente da motivação do pessoal, do investimento na formação, do papel desempenhado pela direcção, etc. A utilização do termo «recursos» sublinha que o factor humano representa um bem precioso para a organização e que é importante valorizar.

No que diz respeito à administração do pessoal, a análise debruçar-se-á sobre os utensílios utilizados para tal. É importante que sejam utilizados dois utensílios de base, ou os seus equivalentes:

- **O manual de funções.** Este descreve, de forma detalhada – por exemplo, em termos de referência – as várias funções desempenhadas pelos intervenientes internos do SA. Abrange nomeadamente os objectivos de cada função, o grau de qualificação exigido, a unidade à qual pertence, o responsável directo, a natureza das tarefas a assegurar, bem como tarefas específicas.
- **O regulamento de trabalho.** É um documento que estabelece as regras de funcionamento sobre o local de trabalho (tendo em conta as disposições legais). Aborda o tempo de trabalho diário, as pausas, a resolução de conflitos, os direitos e deveres do pessoal, etc.

Os avaliadores devem apreciar, em função do nível de desenvolvimento do SA e da articulação com outras actividades da OR, a existência, a qualidade e a utilização dos seus utensílios.

Indicador H.1: Utensílios de administração de pessoal	<i>Ver volume 2, página 85</i>
--	--------------------------------

Este indicador determina a existência e a qualidade dos utensílios utilizados no que respeita a administração do pessoal implicado na gestão do SA.

1.2.2 Desenvolvimento de recursos humanos

O **desenvolvimento dos recursos humanos** tem como objectivo o bom desempenho, a competência e a capacidade de adaptação às alterações que ocorram na organização de todo o pessoal, incluindo os responsáveis. Esta área ocupa-se de diferentes elementos: a formação e o aperfeiçoamento, a avaliação do desempenho, o desenvolvimento organizacional, etc.

Na maior parte dos SA existentes, apenas a formação e o aperfeiçoamento são critérios de análise fundamentais. Desde já, os avaliadores devem ter em conta os seguintes aspectos:

- *As competências.* A gestão dos seguros de saúde requer competências técnicas específicas. A análise a realizar é qualitativa. Tem por base o quadro de funções reais (ver parte IV, secção 1.1.2) de aproximar as funções asseguradas pelos vários responsáveis com as habilitações (nível de educação, experiência profissional, etc.). As lacunas permitem identificar as necessidades de formação ou uma eventual redistribuição de tarefas.
- *A existência de acções de formação dos recursos humanos.* É proposto um indicador que permite avaliar o investimento em formação destinado ao pessoal e aos responsáveis do SA.

Indicador H.2: Investimento em formação*Ver volume 2, página 86***H.2.1. O investimento bruto na formação**

Este primeiro indicador é a relação entre os custos totais gastos na formação e os encargos anuais totais de funcionamento do SA.

H.2.2: Investimento líquido na formação

Este segundo indicador é a proporção dos encargos totais de funcionamento que é consagrada à formação do pessoal do SA.

- *A eficácia das formações.* Para concluir a análise anterior, é importante analisar o processo de formação e a sua eficácia. Esta avaliação deve ter nomeadamente em conta a forma como o programa de formação foi elaborado (a identificação das necessidades, a escolha dos conteúdos, a escolha dos formadores, etc.) e os resultados das avaliações das formações.

2 As relações entre o seguro e as outras actividades realizadas pela organização responsável

Em muitos casos, a OR realiza outras actividades para além dos seguros. Estas actividades estão muitas vezes relacionadas com os seguros. É possível, nomeadamente, que:

- que existam relações financeiras entre as actividades: os seguros de saúde podem ser, directa ou indirectamente, subsidiados pelos rendimentos de outras actividades. Neste caso, a viabilidade dos seguros pode depender da duração dessas transferências;
- que determinadas actividades, outras que não os seguros, se situem no domínio da saúde. Por conseguinte, deveriam existir complementaridades entre essas actividades e os seguros. A natureza dessas complementaridades e a forma como são geridas terão repercussões na viabilidade dos seguros;
- que essas outras actividades tenham dificuldades tais que coloquem em risco a existência da OR e, consequentemente, a dos seguros.

Estes três pontos vão ser analisados mais abaixo.

2.1 As inter-relações financeiras entre as actividades desenvolvidas pela organização responsável

Trata-se de identificar e de abordar as diferentes formas de subsídios recebidas pelo SA e que provenham de outras actividades realizadas pela OR. Estes subsídios podem corresponder, entre outras coisas, a:

- *uma entrada de fundos em proveito do SA*, por exemplo, doações para a constituição de reservas ou de capital social;

- *um financiamento de determinadas actividades do SA*, por exemplo, a realização de actividades de promoção do SA junto do público alvo;
- *uma disponibilização de bens materiais ou de recursos humanos*, por exemplo, o empréstimo de um veiculo, o destacamento periódico de um contabilista.

No primeiro caso, se as entradas de fundos representam subsídios de exploração, é necessário prever quais as possibilidades de estes subsídios serem outorgados de forma duradoura ao SA para avaliar o seu efeito sobre a viabilidade deste.

No segundo e no terceiro casos, a análise dos custos dissimulados (ver parte III, secção 4.4) permite precisar a incidência destes subsídios no SA de um ponto de vista económico.

As transferências financeiras entre actividades são muito frequentes na prática. Algumas organizações desenvolvem actividades económicas tendo como único objectivo o financiamento de actividades relacionadas com seguros de saúde. Para outras, o financiamento de seguros de saúde é «rentável», uma vez que permite obter uma compensação financeira em relação a outras actividades (por exemplo, o reembolso do crédito produtivo) superior ao seu custo.

2.2 As relações entre os seguros e as outras actividades realizadas no domínio da saúde

A OR pode gerar outras actividades no domínio da saúde que podem ser complementares ao seguro. Estas actividades, se forem definidas e realizadas correctamente, devem, em princípio, reforçar a viabilidade dos seguros.

2.2.1 Os serviços financeiros no domínio da saúde

Para além dos seguros, os aderentes do SA podem ter à sua disposição outros serviços financeiros em matéria de saúde:

a) O crédito de saúde

O crédito de saúde **36** pode ser utilizado:

- para o financiamento de prestações não cobertas pelo SA ou cujo suporte é limitado;
- para o financiamento prévio de despesas de saúde, quando o sistema de pagamento por terceiros não for aplicado.

Também se pode tratar de «fornecer crédito» aos aderentes do depósito de um co-pagamento. O SA pode pagar a totalidade da factura de um prestador e pedir ao associado o reembolso equivalente ao montante do co-pagamento (franquia, taxa moderadora).

Exemplo: *um SA reembolsa 80 por cento das despesas hospitalares. Para a hospitalização de um beneficiário, o hospital apresenta uma factura de 10 000 UM. O SA reembolsa os 10 000 UM ao hospital. À saída do hospital, o associado não tem de efectuar o pagamento das despesas a seu cargo, mas tem de pagar 2 000 UM (20 por cento) que correspondem ao co-pagamento nas condições fixadas no contrato.*

O crédito de saúde é vantajoso para os aderentes, porque lhes permite um melhor acesso aos cuidados de saúde, abrangidos pelos cuidados cobertos pelo SA quando não existe sistema de pagamento por terceiros.

No entanto, este serviço, que não constitui um risco ao nível da gestão técnica da carteira, apresenta riscos a nível financeiro. A experiência mostra que é difícil cobrar as dívidas aos beneficiários. A existência de créditos de saúde pode tornar o SA mais atraente mas pode comprometer indirectamente a viabilidade se a comparticipação não for satisfatória.

b) Plano poupança saúde

O plano poupança saúde³⁷ constitui uma forma de previdência que pode completar a cobertura fornecida pelos seguros. O plano poupança saúde pode, por exemplo, estar destinado aos pequenos riscos, enquanto que a cobertura de grandes riscos pode ser abrangida pelos seguros.

2.2.2 Os serviços não financeiros no domínio da saúde

Determinadas OR propõem serviços não financeiros no sector da saúde. Estes serviços são muitas vezes complementares aos seguros. Pode tratar-se de:

- *actividades de educação relacionadas com a área da saúde ou da prevenção* (por exemplo, despistagem ou vacinação gratuita). Estas actividades, para além de contribuírem para uma melhor saúde dos aderentes, podem diminuir os encargos de prestações do SA.
- *serviços de cuidados de saúde*. Determinadas OR gerem, de forma paralela, seguros de saúde e centros de saúde. Estas actividades diversas devem ter contabilidades separadas de forma a evitar situações de «compensação» de forma não razoável que podem, a curto prazo, colocar em risco a viabilidade do conjunto de todas as actividades.

Os serviços abrangidos pelos seguros e os serviços de saúde oferecidos pela OR podem ser idênticos ou diferentes. Os prestadores de cuidados de saúde responsáveis pela criação de seguros fazem-no normalmente para melhorar o financiamento dos serviços de saúde que propõem. Enquanto que as organizações de tipo comunitário podem desenvolver uma rede de oferta de cuidados de saúde primários e criar seguros que cobrem exclusivamente as despesas de hospitalização dos seus membros.

Durante uma avaliação, é importante considerar a inter-relação entre os serviços de saúde e os seguros, pois tem repercussões sobre a atractividade do sistema (taxa de penetração), sobre o tipo de serviços abrangidos e as respectivas modalidades de tomada.

- *acções específicas* propostas a título de solidariedade, por grupos de pessoas de alto risco (idosos, pessoas com deficiências, jovens, indigentes, etc.). Pode tratar-se, por exemplo, da criação de fundos de socorros mútuos.

Para além das complementaridades e das relações possíveis com os seguros acima mencionados, essas actividades devem ser consideradas pelos avaliadores do SA pois podem aproveitar-se do desenvolvimento deste para outros efeitos, que podem ser múltiplos. Assim, por exemplo:

- A dinâmica de adesão ao SA será favorecida, quando a OR possui já, um número considerável de aderentes, devido a outras actividades.
- As possibilidades de reduzir os encargos fixos do SA são acrescidas quando a OR possui várias actividades. Por exemplo, o SA pode partilhar determinados custos como, por exemplo, realtivos aos locais, a uma parte do material, às deslocações dos responsáveis, etc.

- A credibilidade da OR, obtida graças a outras actividades, pode facilitar o estabelecimento de relações entre o SA e terceiros (o banco, o prestador).
- A experiência e as relações dos dirigentes da OR, desenvolvidas através de outras das suas actividades, podem ser utilizadas a fim de melhorar o funcionamento do SA.
- Um SA pode sofrer uma falta de visibilidade, uma vez que um associado tem de adoeecer para «verificar» o funcionamento do seguro, situação que pode ser pouco frequente se o seguro cobrir apenas os grandes riscos. A gestão paralela dos centros de saúde ou de outras actividades pela OR permitem «materializar» a existência do SA.

2.3 A «saúde financeira» da organização responsável

Mesmo quando o seguro, como tal, funciona de forma eficaz, a sua viabilidade pode ser ameaçada em alturas em que a OR passa por dificuldades financeiras graves devido a outras actividades que desenvolva.

É portanto interessante ter consciência da «saúde financeira» da OR. Esta apreciação não tem que ser exaustiva. Pode consistir numa análise de alguns indicadores da situação financeira global da OR.

Os relatórios financeiros globais da OR, balanço e CdR, são resultantes do conjunto dos estados financeiros das diferentes actividades. Eles permitem uma visão geral da situação da OR.

A avaliação financeira não é específica dos seguros e não se insere no âmbito deste guia. Contudo, os avaliadores podem referir-se a determinados elementos apresentados que não estejam relacionados com a avaliação da viabilidade do seguro. Em particular, a natureza (excedentária ou deficitária) e o conjunto dos resultados dos exercícios sucessivos constituem informações essenciais.

Determinados raios examinados na parte III deixam de ser pertinentes no caso da OR desenvolver actividades para além dos seguros. Tal é o caso do rasio «contribuições pagas/encargos». Por outro lado, os raios seguintes, construídos com base nos custos globais, contribuem para a avaliação da situação financeira da OR:

- Rasio consolidado de liquidez imediata (F.1 consolidado);
- Rasio consolidado de capitais próprios (F.2 consolidado);
- Rasio consolidado das despesas de funcionamento bruto (F.6 consolidado);
- Rasio consolidado de financiamento próprio (V.1 consolidado).

3 As relações do sistema de micro-seguros com a oferta de cuidados de saúde

Conforme indicado na terceira parte, o comportamento dos prestadores e a qualidade dos cuidados prestados constituem determinantes muito importantes para a viabilidade de um SA. É portanto necessário analisar o tipo de relações existentes entre o SA e os prestadores. Podem distinguir-se três tipos de relações:

- as relações funcionais;
- as relações institucionais;
- as relações contratuais.

Em muitos casos, a OR gere igualmente uma oferta de serviços de saúde. É necessário então analisar o nível de integração e de autonomia das duas actividades (seguro e oferta de serviços de saúde).

3.1 As relações funcionais

As relações funcionais entre o SA e os prestadores de cuidados de saúde podem ser deduzidas dos quadros de funções teóricas e reais, através do exame das funções executivas e de controlo.

A análise destas relações funcionais permite avaliar os sectores de integração do SA e o seu nível de autonomia funcional em relação aos prestadores.

3.2 As relações institucionais

As relações institucionais entre o SA e os prestadores de cuidados de saúde podem ser realçadas a partir dos quadros de funções teóricas e reais examinando as funções de decisão. A análise centra-se aqui no nível de autonomia do SA.

A autonomia institucional do SA relativamente à oferta de cuidados de saúde é definida através de três critérios:

- *A separação dos estatutos.* O seguro deve ser gerido por uma estrutura que tenha um estatuto jurídico distinto do da estrutura de prestação de cuidados de saúde.
- *A separação das funções de decisão.* Estas funções devem ser asseguradas por órgãos de gestão distintos dos que administram a prestação de cuidados de saúde.
- *A formalização das relações.* Deve ser assinada uma convenção entre as duas estruturas.

No que diz respeito a estes critérios, podem destacar-se vários graus de autonomia institucional:

- *uma autonomia teórica,* quando os três critérios são satisfeitos de acordo com os textos mas não são assegurados na prática;
- *uma autonomia real,* quando os três critérios são satisfeitos na prática;
- *uma autonomia parcial,* quando um dos três critérios não é satisfeito;
- *uma inexistência de autonomia* quando o SA e os serviços de saúde são geridos por um mesmo órgão dispondo de poderes de decisão nos dois casos.

3.3 As relações contratuais

Na terceira parte do guia, foram apresentados os mecanismos de racionalização das prestações. O SA pode recorrer a dois instrumentos complementares de forma a controlar os preços, a quantidade, a qualidade dos cuidados prestados e das funções de cada um: os protocolos terapêuticos e as convenções.

Os protocolos terapêuticos têm por objectivo «normalizar» os procedimentos de tratamento. As convenções têm por objectivo definir as relações técnicas e financeiras entre o SA e os prestadores.

Trata-se, no quadro da avaliação, de analisar a existência e a qualidade das convenções que formalizam as relações entre os prestadores de cuidados de saúde e o SA. No quadro que se segue, são analisados os elementos-chave que devem constar da maior parte das convenções estabelecidas entre um SA e os prestadores.

Quadro 16: Análise de uma convenção com um prestador de cuidados de saúde

Ver volume 2, página 38

Elementos descritos na convenção	Sim / Não	Comentários
Definição dos serviços cobertos		
Tarifas		
Formas de pagamento do prestador		
Prazos de pagamento		
Modalidades de aplicação dos co-pagamentos		
Condições de modificação das tarifas de actos reembolsados		
Procedimentos de auditoria médica		
Modalidades de aplicação dos protocolos terapêuticos		
Modalidades de controlo pelo prestador dos direitos dos beneficiários		
Garantias oferecidas pelo prestador em relação à qualidade dos serviços		
Duração da convenção e das cláusulas de anulação		
Modalidades de regulamentação de litígios		

4 O quadro jurídico e regulamentar do funcionamento do sistema de micro-seguros de saúde

A viabilidade do SA pode ser posta em causa se não existir um quadro jurídico e regras internas de funcionamento adequadas. A viabilidade depende igualmente do cumprimento das obrigações legais.

4.1 O quadro jurídico da aplicação de seguros

Para que o seguro seja conduzido de forma eficiente e com todos os controlos necessários, deve ser gerido por uma organização que disponha de um estatuto jurídico adequado. Este estatuto é necessário para que se possam formalizar e desenvolver relações com terceiros. O estatuto jurídico submete a actividade do seguro a um controlo das autoridades de tutela, o que constitui uma protecção tanto para os terceiros como para os aderentes.

No quadro de avaliação, a primeira questão que deve ser colocada é saber se existe no país uma lei que regule os seguros. Na ausência de um quadro legislativo específico

dos seguros ou das mutualidades, pode ser adoptado outro estatuto jurídico: associação, cooperativa ou outro.

Podem ser definidos níveis de progressão no sentido de um reconhecimento jurídico com a ajuda do seguinte quadro 38.

Quadro 17: Níveis de progressão para o reconhecimento jurídico

Ver volume 2, página 40

Nível de autonomia institucional	Nível	Comentários
A OR não tem nem estatuto, nem regulamentação interna	Nível 1	
A OR elaborou estatutos e uma regulamentação interna	Nível 2	
A OR cedeu os seus estatutos às autoridades competentes	Nível 3	
A OR tem uma personalidade jurídica própria	Nível 4	
A OR dispõe de uma personalidade jurídica específica de seguros para a mutualidade	Nível 5	

4.2 O respeito pelas obrigações estatutárias e regulamentares

O tratamento dos assuntos relacionados com as assembleias gerais, o estabelecimento de relatórios de actividades, a apresentação e aprovação da CdR e do balanço, a renovação dos representantes dos órgãos de gestão do SA são os principais momentos que deveriam ritmar a vida institucional de uma organização. A periodicidade e as modalidades de aplicação destas obrigações estatutárias são especificadas nos estatutos e no regulamento interno.

O quadro seguinte permite analisar o cumprimento das obrigações estatutárias e regulamentares em vigor.

No caso particular dos sistemas mutualistas, o desrespeito das obrigações estatutárias e regulamentares pode ser um indicador de um fraco envolvimento dos aderentes na vida da mutualidade. O carácter «real» ou simplesmente «formal» do princípio de participação dos aderentes tem uma influência importante na dinâmica da organização e na sua viabilidade. Podem ser utilizados alguns indicadores complementares para «captar» esta participação:

- *A taxa de renovação dos membros eleitos.* Esta taxa é igual ao número de novos membros eleitos em relação ao número total de membros eleitos num dado momento.
- *número de participantes nas Assembleias Gerais* organizadas pelo SA.
- *A taxa de assiduidade nas Assembleias Gerais* é a relação entre o número de aderentes que participam e o número total de aderentes contribuintes.
- *A participação de mulheres e de jovens nas Assembleias Gerais.*

Quando se assiste a uma assembleia, pode fazer-se uma ideia mais precisa das possibilidades e das capacidades que os aderentes têm para exprimir as suas opiniões.

Quadro 18: Obrigações estatutárias e regulamentares*Ver volume 2, página 41*

Obrigações estatutárias e regulamentares	Periodicidade estatutária	Frequência real de realização	Observações
Realização da Assembleia Geral			
Produção de relatórios de actividades			
Produção relatórios financeiros (contas de resultados do exercício e balanço)			
Realização de uma auditoria externa por um fiscal ou agente			
Renovação dos membros dos órgãos de gestão			
Elaboração de actas de reuniões do CA			
Elaboração da acta da Assembleia Geral			
Transmissão de relatórios financeiros à tutela			

N.B: As obrigações estatutárias não são idênticas para todos os casos. Convém verificar se as rubricas que figuram no quadro estão adaptadas ao SA avaliado.

Parte V:

**Algumas indicações
para a apreciação
da eficácia,
da eficiência
e do impacto do sistema
de micro-seguros
de saúde**

Para avaliar o impacto de um SA ou para caracterizar o seu funcionamento em termos de eficiência ou eficácia é necessária a utilização de métodos que não podem ser descritos neste guia. Estes métodos são normalmente definidos numa base *ad hoc*, tendo em vista características específicas dos sistemas a estudar. Os métodos procuram agrupar os efeitos do SA, comparando as situações «antes e depois» da sua intervenção, (por exemplo, a análise da evolução dos dados relativos aos beneficiários) ou «com e sem» essa intervenção, (por exemplo, comparando os dados dos beneficiários com os das pessoas sem seguro). Para efectuar estas comparações, recorre-se principalmente a inquéritos. É utilizada uma abordagem tanto quantitativa como qualitativa. Estes métodos requerem tempo, bem como recursos humanos e financeiros consideráveis para poderem ser rigorosos.

Esta parte tem ambições modestas. Não pretende fornecer as indicações metodológicas necessárias para elaborar os métodos mencionados anteriormente. Para tal, seria necessário outro guia. Esta parte fornece alguns pontos de referência aos utilizadores que possam estar interessados neste tipo de avaliação — servindo assim de complemento à avaliação da viabilidade do SA. Os indicadores e critérios apresentados são relativamente simples. Devem ser utilizados de forma prudente. O cruzamento de vários indicadores, complementado com informações qualitativas, permite fazer uma primeira avaliação sobre o impacto, a eficiência ou a eficácia de um SA.

Serão apresentados de forma sucessiva alguns indicadores de eficiência ou de eficácia, assim como indicações relativas à avaliação do impacto. Por fim será introduzida a noção de pertinência.

1 Alguns indicadores da eficácia do sistema de micro-seguros de saúde

A **eficácia** de um SA pode ser considerada como a sua capacidade para cumprir os objectivos que lhe são atribuídos. Nesse sentido, a medida de eficácia pode ser assimilada, numa primeira análise, à do nível de realização dos objectivos pretendidos.

Nem todos os SA têm os mesmos objectivos (ver parte IV). Os indicadores apresentados neste capítulo referem-se a dois objectivos: a melhoria do acesso dos beneficiários aos cuidados de saúde e o acesso de um maior número de pessoas aos seguros.

1.1 A melhoria do acesso dos beneficiários aos cuidados de saúde

São apresentados sete indicadores de base que permitem avaliar o nível de concretização desse objectivo.

Indicador E.1: Taxa de utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários	<i>Ver volume 2, página 87</i>
--	--------------------------------

Este indicador, calculado por categoria de serviços (ou de prestação) e para um determinado período, é a relação entre o número de vezes em que os beneficiários do SA utilizaram o respectivo serviço e o número total de beneficiários.

Indicador E.2: Taxa de utilização comparada dos serviços de saúde*Ver volume 2, página 88*

Este indicador é a relação entre as taxas de utilização de um mesmo serviço por beneficiários e não beneficiários durante um determinado período.

Este indicador deve ser interpretado de forma prudente: o aumento de utilização de serviços pode significar um melhor acesso aos cuidados de saúde mas pode resultar igualmente num sobreconsumo ou numa sobreprescrição.

Indicador E.3: Tempo de latência comparado*Ver volume 2, página 90*

O tempo de latência comparado é o espaço de tempo que decorre entre o início de uma doença e o recurso aos cuidados de saúde. Este indicador pode ser estabelecido e comparado para os beneficiários e para os não beneficiários.

Uma pessoa segurada tem tendência a recorrer aos cuidados de saúde mais rapidamente do que uma pessoa que não o seja. Com efeito, para esta última, o recurso aos cuidados de saúde representa um encargo significativo, tendo, então, uma maior tendência para esperar «que a doença passe». Estas pessoas podem também precisar de tempo para juntar o montante necessário para as despesas de saúde. Para o segurado, este tempo pode ser nulo ou muito reduzido se o SA utilizar o sistema de pagamentos directos junto de terceiros **39**.

Este deve ser interpretado com prudência na medida em que o tempo de latência depende de vários factores: a capacidade dos prestadores de cuidados de saúde fazerem face às exigências de cuidados, uma maior ou menor disponibilidade de recursos para os beneficiários de acordo com o período do ano, etc.

Indicador E.4: Duração média comparada de uma hospitalização não programada*Ver volume 2, página 92*

Este indicador é a relação entre as durações médias de hospitalização dos beneficiários e dos não beneficiários durante um determinado período.

Pode-se estimar que os beneficiários do SA têm a possibilidade de serem hospitalizados mais rapidamente do que os não beneficiários pelas mesmas relações referidas no indicador anterior. Ao serem hospitalizados num estado menos avançado da doença, a duração do tratamento será, *à priori*, mais curta no caso dos beneficiários.

Indicador E.5: Custo médio comparado de uma hospitalização não programada*Ver volume 2, página 94*

Este indicador é a relação entre os custos médios desta prestação para os beneficiários e os não beneficiários durante um determinado período.

Se as tarifas praticadas forem idênticas para ambos os grupos, uma diminuição desta relação traduz uma menor gravidade da doença dos beneficiários do SA (em média). Isto reflecte um melhor acesso aos cuidados de saúde, na medida em que os beneficiários podem ter acesso ao tratamento numa fase menos avançada da doença. Contudo, é possível que o seguro lhes proporcione acesso a tratamentos mais dispendiosos do que os recebidos pelos não beneficiários, o que vai em sentido inverso do valor do indicador.

Indicador E.6: Taxa de exclusão dos beneficiários*Ver volume 2, página 9*

Este indicador é a relação entre o número de beneficiários que não podem ter acesso aos serviços cobertos pelo SA e o número total de beneficiários durante um determinado período.

Esta taxa fornece uma indicação sobre a persistência de dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. Estas dificuldades podem ter múltiplas origens, tanto internas ao SA (a nível dos co-pagamentos, atraso no pagamento de cartas de garantia, etc.) como externas (a disponibilidade ou qualidade da oferta, despesas de transporte demasiado elevadas, etc.).

1.2 O acesso aos seguros pelo maior número de pessoas

Para avaliar a eficácia do SA para cumprir este outro objectivo, é proposto repor a taxa de penetração (M.5) utilizada no quadro da avaliação da viabilidade.

Indicador M.5: A taxa de penetração...*Ver volume 2, página 72*

...do público alvo é a relação entre o número total de beneficiários do SA e o público alvo. Uma taxa de 100 por cento equivale a uma eficácia máxima do SA.

A penetração do sistema depende de um grande número de factores que devem ser estudados para interpretar o indicador: a «visibilidade» da acção do SA (medida, por exemplo, pelo número de prestações por família beneficiária), a acessibilidade do SA no plano financeiro (medida, por exemplo, pela relação entre o valor da contribuição e a receita), o nível de informação do público alvo sobre o SA, etc.

2 Alguns indicadores da eficiência do sistema de micro-seguros de saúde

A **eficiência** de um SA pode ser considerada como a relação que este estabelece entre os meios que utiliza e os resultados que obtém. Por outras palavras, a eficiência traduz, de forma geral, a capacidade de proporcionar os melhores serviços aos menores custos. A medida de eficiência é, em primeira aproximação, a da relação entre os resultados e os meios.

Uma parte dos indicadores apresentados é estabelecida no quadro de avaliação da viabilidade financeira do SA.

Indicador F.5: O ratio de sinistralidade...

Ver volume 2, página 79

...é a parte das contribuições que serviu para o reembolso ou para o pagamento das prestações.

Um SA será tanto mais eficaz quanto mais utilizar uma parte elevada das contribuições para o seu objectivo principal, ou seja, o pagamento de prestações. Um ratio da ordem de 75 por cento significa, deste ponto de vista, uma boa eficácia do sistema.

Indicador F.6A : O ratio de despesas de funcionamento bruto...

Ver volume 2, página 80

...avalia a parte dos recursos financeiros do SA utilizada no seu funcionamento.

As despesas de funcionamento são encargos cuja finalidade é permitir que os serviços prestados aos aderentes sejam concedidos. Quanto maiores forem os encargos como percentagem dos custos totais, maior é a importância do «custo» da concessão das prestações, ou seja, os resultados (as prestações) exigem meios cada vez maiores para serem alcançados, o que implica uma menor eficácia. Um ratio menor ou igual a 15 por cento representa uma boa eficácia do SA desse ponto de vista.

Indicador C.1: Produtos financeiros

Ver volume 2, página 97

Os produtos financeiros são constituídos principalmente pelos rendimentos resultantes da aplicação de fundos.

O SA é um sistema financeiro baseado na colecta e no pagamento de prestações, que gera fluxos financeiros. O indicador C1 constitui um elemento de avaliação da capacidade do SA em utilizar, convenientemente, os fundos à sua disposição. Contudo, um conhecimento mais aprofundado desta capacidade requer uma análise dos fluxos financeiros durante o exercício.

Indicador M.7: O prazo médio de reembolso dos aderentes...

Ver volume 2, página 74

...é o período de tempo entre a recepção dos pedidos de reembolso e a execução do pagamento.

Em princípio, um SA procura reduzir os prazos de reembolso aos aderentes. Para o associado, quanto maior for o atraso no reembolso, menos atraente é o serviço prestado pelo SA. Uma gestão administrativa pouco eficaz ou que tenha dificuldades de tesouraria está muitas vezes na origem de prazos de reembolso muito demorados.

3 Algumas indicações relacionadas com a avaliação do impacto do sistema de micro-seguros de saúde

O **impacto** de um SA é constituído pelos efeitos directos e indirectos que tem sobre os beneficiários e sobre o seu ambiente social, económico, sanitário ou mesmo político.

Esta secção apresenta algumas indicações úteis para a avaliação do impacto de um SA. Estas indicações não constituem, por si só, a metodologia de um estudo de impacto. Tal como foi referido na introdução desta parte, este tipo de estudo requer a utilização de métodos cujo tratamento não se inscreve no âmbito deste guia.

As indicações apresentadas dizem respeito a quatro tipos de impacto:

- impacto sobre os beneficiários e o público alvo;
- impacto sobre a oferta de cuidados;
- impacto sobre a população da área de intervenção;
- impacto sobre a equidade.

3.1 Indicações para a avaliação do impacto sobre os beneficiários e o público alvo

3.1.1 O impacto sobre o acesso dos beneficiários e do público alvo aos cuidados de saúde

O SA pode ter um impacto sobre o nível de acesso aos cuidados de saúde dos beneficiários. Em particular, permite reduzir:

- *A exclusão financeira temporária ou sazonal.* Esta exclusão caracteriza-se por uma falta de recursos para fazer face às despesas de saúde durante um determinado período.

A redução deste tipo de exclusão pode ser verificada quando se compara o recurso aos cuidados de saúde dos beneficiários e dos não beneficiários, (ver os indicadores de eficácia no que diz respeito ao acesso dos beneficiários aos cuidados de saúde).

O efeito do SA sobre essa exclusão pode ser também avaliado através de determinadas características de funcionamento do SA, tais como:

- ✓ *O período de pagamento das contribuições.* Se o público alvo não tiver recursos num determinado período do ano, é importante que as datas de pagamento das contribuições não sejam efectuadas nesse período. Caso contrário, os aderentes terão dificuldade em efectuar os pagamentos e uma parte do público alvo não poderá aderir.
- ✓ *A existência de um sistema de pagamento por terceiros.* Este sistema permite que os aderentes não tenham de «pré-financiar» a totalidade do montante de despesas em caso de doença. Esta opção permite um melhor acesso aos cuidados de saúde.
- ✓ *O nível de co-pagamentos.* Esta característica pode representar um problema financeiro, mesmo que pouco elevado, num período em que não haja muitos recursos.

- *A exclusão financeira parcial ou permanente.* Esta exclusão caracteriza-se pela impossibilidade de fazer face ao pagamento total ou parcial das despesas de saúde. Este tipo de exclusão diz respeito a pessoas com poucos recursos.

Neste caso também é útil comparar o nível de acesso dos beneficiários e dos não beneficiários aos cuidados de saúde.

Os seguros, ao reagruparem os utentes podem permitir a redução do preço dos cuidados (uma negociação com os prestadores), melhorando assim o acesso global. No entanto, esta acção não cria serviços gratuitos para uns e pagos para outros; a carga financeira é dividida entre todos. Como consequência, é igualmente interessante examinar o seguinte:

- ✓ Se o montante das contribuições não for muito elevado no que diz respeito aos rendimentos médios do público alvo. Não existe uma relação óptima e universal entre estes dois elementos. A maior parte dos operadores situa-se entre 3 e 10 por cento.
- ✓ Se as modalidades de cobertura e de tomada podem constituir um obstáculo para os mais necessitados. Tal é o caso quando os aderentes devem pré-financiar os cuidados de saúde, pagando directamente aos prestadores ou quando são utilizados co-pagamentos elevados.
- ✓ Se existirem formas de transferência dos aderentes mais ricos para os mais pobres. Este tipo de transferência existe porque para um mesmo nível de cobertura, o montante da contribuição está ligado ao nível do rendimento (contribuição proporcional ao rendimento) ⁴⁰. Nalguns SA, os aderentes podem decidir «pagar» as contribuições dos mais pobres. Trata-se de um outro tipo de transferência dos mais ricos para os mais pobres.
- ✓ Se o SA participa na repartição de subsídios provenientes de fontes que não sejam os aderentes. Alguns SA gerem subsídios acordados pelo poder público ou de outras entidades. Estes subsídios destinam-se geralmente ao pagamento parcial ou integral das contribuições de grupos de pessoas específicos (crianças de rua, idosos, pessoas com deficiências, etc.).
- A exclusão geográfica. No meio rural, em particular, uma das causas mais frequentes que limitam o acesso aos cuidados de saúde é o afastamento dos prestadores de serviços, em particular, de centros hospitalares situados apenas nas cidades.

O SA pode contribuir para a redução dessas dificuldades, através da criação de uma oferta de cuidados adequada, privilegiando a implantação de prestadores na área (assegurando-lhes uma clientela que tenha dinheiro) ou disponibilizando serviços de transporte sanitário aos prestadores mais afastados.

Exemplo: no SA «Seguro del agricultor» no Peru, o centro de saúde criou um seguro para cuidados de saúde primários. Foi identificado um problema importante: a distância relativamente grande que separava a aldeia de Sama Las Yaras em Tacna e a cidade mais próxima (a 40 km), que tinha instalações hospitalares. Para resolver esta situação, o SA cobre o pacote de cuidados de saúde primários do centro de saúde e o transporte/evacuação para o hospital (OIT-STEP; OPS, 1999).

3.1.2 O impacto sobre a sensação de insegurança dos beneficiários

Se os seguros se desenvolveram rapidamente em todo o mundo, isto deve-se ao facto do ser humano ter aversão aos riscos. O facto de saber que está segurado reduz, por si, a sensação de insegurança face aos riscos. Como tal, a existência do SA ajuda a diminuir essa insegurança. Além disso, quanto mais importante for a gama de serviços prestados e o nível de tomada (co-pagamentos fracos) e também conhecidos (franquias em vez de co-pagamentos), menor será a sensação de insegurança.

3.1.3 O impacto na saúde dos beneficiários

Este impacto pode ser avaliado de forma directa ou indirecta.

A avaliação directa do impacto do SA sobre o estado de saúde das populações e dos beneficiários do SA é um exercício complexo a efectuar, na medida em que os factores em jogo são numerosos e estão fortemente ligados entre si: a educação, a habitação, a disponibilidade da oferta de cuidados de saúde, a saúde pública (campanha de vacinação, política nacional de saúde, etc.), o nível de rendimentos, etc. É difícil isolar os efeitos dos diferentes factores. A avaliação directa passa pela realização de inquéritos e de estudos quantitativos e qualitativos, assim como pela comparação das taxas de morbidez e de mortalidade.

A avaliação indirecta consiste num método que é semelhante ao utilizado para avaliar o impacto das técnicas agrícolas sobre uma produção. Este método consiste na seguinte hipótese: se os beneficiários tiverem mais acesso aos cuidados de saúde, a sua saúde melhora dado que é esse justamente o objectivo dos cuidados de saúde. Admitindo esta hipótese, a avaliação do impacto equivale à avaliação do acesso aos cuidados.

3.1.4 O impacto nas despesas de saúde dos beneficiários

O SA pode reduzir o nível de despesas de saúde do agregado familiar. O custo da doença para os beneficiários pode ser reduzido consideravelmente, quando o modo de facturação das despesas é antecipado, quando o preço dos actos constitui o objecto de reduções e quando os tratamentos são regidos por protocolos terapêuticos. Pode ser obtida uma primeira avaliação dessa redução comparando as despesas médias entre famílias de beneficiários e de não beneficiários num determinado período.

3.1.5 O impacto nas actividades económicas dos beneficiários

Se o SA tem um impacto positivo na saúde dos beneficiários, terá provavelmente um impacto nas actividades económicas. De facto, um mau estado de saúde reduz a presença no trabalho, assim como a produtividade.

Além disso, pessoas com carências ou sem protecção são, na maior parte dos casos, obrigadas a vender meios de produção (máquinas, animais, etc.) em más condições para poderem pagar as despesas de saúde. Este tipo de venda reduz a capacidade de produção dos interessados e constitui um factor frequente de empobrecimento permanente.

Do mesmo modo, este tipo de venda pode estar relacionado com produtos resultantes de actividades económicas, reduzindo assim a rentabilidade.

***Exemplo:** para financiar as despesas de hospitalização num serviço de urgência de um filho (50 000 UM), um agricultor teve de vender parte da sua colheita de milho antes da colheita. Acaba por ter de vender ao comprador por 50 000 UM, uma colheita que poderia normalmente vender pelo dobro numa boa altura. Para este agricultor, o custo real da doença é de 100 000 UM, ou seja, os custos de hospitalização e o que deixou de ganhar.*

3.1.6 O impacto sobre as solidariedades

O SA pode fortalecer os laços sociais e os de solidariedade. Este tipo de impacto é difícil de avaliar recorrendo apenas a indicadores quantitativos. Podem ser considerados vários efeitos:

- *O fortalecimento da entreaajuda entre os beneficiários do SA.* Este pode ser o promotor (impacto directo) ou o catalisador (impacto indirecto). Numa primeira análise, podem ser considerados vários indicadores, tais como o número de visitas aos doentes, o número de visitas no caso de acontecimentos sociais felizes (o casamento, o nascimento) ou infelizes (o falecimento), a organização do transporte urgente dos doentes beneficiários ou não beneficiários do SA.
- *O fortalecimento da solidariedade em relação aos grupos de risco ou marginalizados.* O SA pode estar na base da criação de fundos de solidariedade, de obras sociais ou de outras formas de ajuda a pessoas com dificuldades.

3.2 Indicações para a avaliação do impacto na oferta de cuidados de saúde

As relações entre a oferta de cuidados de saúde e o SA podem ser de natureza muito diversa, nomeadamente:

- O SA e a oferta de cuidados podem ser integrados numa mesma estrutura.
- O SA pode estar em conjugação com um ou vários prestadores seleccionados.

O tipo de relação, os mecanismos de pagamento e os factores «contextuais» (concorrência entre os prestadores ou não prestadores, a eficácia da gestão em relação aos prestadores, etc.) influenciam em muito o impacto do SA no melhoramento da oferta de cuidados. É, portanto, muito difícil considerar os factores isoladamente para avaliar este impacto.

3.2.1 O impacto sobre a adequação entre o tipo de serviços propostos e as necessidades dos utentes

Um SA constitui um reagrupamento de utentes. Dispõe para isso de um poder económico constituído pela capacidade de obtenção de serviços. Se os aderentes têm a possibilidade de exprimir o seu ponto de vista (por exemplo, mutualidades de saúde), isso representa igualmente uma forma de representação dos utentes. Estas duas características contribuem para uma melhor percepção da «procura» na definição e na concessão dos serviços de saúde, onde existe um SA.

Exemplo: no caso de uma transfusão, os beneficiários de mutualidades de saúde no Benim tinham de se deslocar a um hospital não convencionado pelo SA. Para ultrapassar esse inconveniente, as mutualidades negociaram com um hospital convencionado a criação de um banco de sangue. A criação deste novo tipo de serviço constitui um impacto directo do SA.

A influência do SA em relação ao tipo de serviços propostos pela oferta será tanto maior quanto mais importante for o «poder de compra» de serviços e a concorrência entre os prestadores.

Para compensar a falta de serviços adequados às necessidades dos aderentes, o SA pode também criar directamente novos serviços de saúde.

3.2.2 O impacto sobre a qualidade e o preço dos cuidados⁴¹

Um SA pode ter uma influência positiva na qualidade dos cuidados. Esta influência é determinada por vários factores: o poder de compra e, por conseguinte, de negociação do SA, a existência de medidas de controlo de qualidade acordadas pelos prestadores e pelo SA, a incidência financeira do SA nos recursos do prestador, etc.

O SA tem também como objectivo negociar tarifas preferenciais para os beneficiários. Os prestadores podem aceitar uma redução das tarifas (os prestadores são mais incentivados para o fazer se existir concorrência local) na medida em que o SA pode, através da criação de uma clientela fiel, aumentar o volume de negócios.

O SA torna também mais transparente a relação financeira entre os utentes e os prestadores. Neste sentido, o SA pode contribuir para a redução dos pagamentos «paralelos».

Os efeitos na qualidade e nos preços deverão aproximar-se. No entanto, a avaliação da relação qualidade/preço é um exercício complexo.

3.2.3 O impacto nos rendimentos dos prestadores

O impacto do SA nos rendimentos dos prestadores pode dar origem a:

- Um aumento da clientela. É interessante conhecer a parte dos cuidados acordados com os beneficiários do SA no volume de negócios global do prestador. Podem ser utilizados dois indicadores para esse efeito.

Indicador I.1: Parte das prestações tomadas pelo SA
--

Ver volume 2, página 98

Este indicador avalia a quantidade de actos dos prestadores destinada aos beneficiários do SA em relação à quantidade total de actos que efectuam.
--

Este indicador permite avaliar a importância do SA em relação à actividade dos prestadores. Reflecte a «penetração» do SA em termos de volume de cuidados juntos dos prestadores da sua área de intervenção.

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

Ver volume 2, página 99

Este indicador representa as receitas obtidas pelos prestadores devido aos actos destinados aos beneficiários do SA (no caso de pagamento por terceiros), expressas em percentagem das receitas totais. Permite avaliar a incidência financeira do SA nos prestadores.
--

É importante examinar estes dois indicadores de forma prudente. É provável que pelo menos uma parte dos utentes utilizasse os serviços dos prestadores antes da criação do SA. Neste caso, o aumento das receitas provocadas pelo SA não é igual à contribuição do mesmo em relação ao volume de negócios do prestador.⁴²

- *Uma redução das pessoas que não pagaram.* Se o prestador dispõe de uma contabilidade que permita quantificar as pessoas que não foram pagas, é possível estudar a evolução após a criação do SA. Esta taxa de não pagadores pode diminuir devido a:
 - ✓ uma melhor liquidez dos aderentes;
 - ✓ uma utilização do sistema de pagamento por terceiros em que o prestador tem como cliente e «pagador» o SA e não um grande número de utentes;
 - ✓ uma maior capacidade do prestador em acompanhar a comparticipação dos não beneficiários (na medida em que lhe é proposta uma alternativa, aderir ao SA, pelo que o prestador dispõe de um poder cada vez maior de pressão sobre os clientes).
- *Uma melhor previsão das receitas.* O facto de ser seleccionado pelo SA traz aos prestadores uma certa estabilidade quanto à sua clientela. A instauração de um pagamento por capitação aumenta ainda mais a capacidade dos prestadores preverem as suas receitas (mas não os custos).
- *Uma modificação do modo de facturação.* Os serviços de saúde podem aceitar pagamentos pelo SA através de uma base antecipada. A prática do pagamento pode ser aplicada de forma secundária aos não beneficiários do SA.

3.3 Indicações para a avaliação do impacto na população da área de intervenção

A população da área de intervenção (PI) pode ser considerada como sendo composta por beneficiários do SA e não beneficiários. O impacto nos beneficiários foi abordado anteriormente. Para poder avaliar o impacto do SA na PI, é preciso avaliar a parte que nela representam os beneficiários. Em relação aos não beneficiários, o impacto pode ser o resultado de efeitos indirectos das actividades do SA. Estes dois pontos são apresentados a seguir.

3.3.1 A cobertura da população

São apresentados os seguintes indicadores:

Indicador I.3: Taxa de cobertura	<i>Ver volume 2, página 100</i>
Este indicador avalia a percentagem da população total da área de intervenção que é abrangida pelos serviços do SA.	

O indicador permite avaliar em que medida as actividades do SA atingem a PI. O indicador avalia o «peso» do SA junto da área. A taxa de penetração não permite esta avaliação, mostra apenas a dinâmica de adesão ao SA e a eficácia desta em atingir o público alvo. Uma mutualidade de artesãos pode ter uma taxa de penetração elevada (avaliada em relação ao público alvo) mas uma taxa de cobertura fraca, porque os artesãos representam apenas uma pequena proporção da população.

Indicador I.4: Repartição dos beneficiários por categoria*Ver volume 2, página 101*

Este indicador permite avaliar se determinadas categorias de beneficiários são sub-representados ou sobre-representados em relação ao lugar que ocupam na população da área de intervenção.

Os avaliadores devem seleccionar as diferentes categorias (idade, sexo, rendimentos, etc.) em função das características do SA e da população da área. Convirá comparar a parte que representa cada categoria (por exemplo, as mulheres), por um lado, entre os beneficiários e por outro entre a população.

Este indicador deve ser criado e interpretado tendo em conta os objectivos de cada SA. É evidente que um SA cujo objectivo é facilitar o acesso das mulheres aos cuidados de saúde terá, por definição, um impacto mais fraco junto dos homens.

3.3.2 O impacto do SA nos não beneficiários

O impacto nos não beneficiários pode resultar, nomeadamente, no melhoramento da oferta de cuidados de saúde (tipo de serviços, qualidade dos cuidados, disponibilidade de medicamentos, etc.) induzidos pelo SA. Isto também pode estar na origem de actividades de educação sobre saúde e prevenção; estas actividades são raramente limitadas apenas aos beneficiários do sistema. O exemplo constituído pelo SA também pode estar na origem da criação de outros sistemas destinados à PI.

3.4 Indicações para a avaliação do impacto na equidade

Podem ser considerados dois aspectos de equidade:

- **A equidade no acesso.** No que respeita ao acesso à saúde, a equidade estabelece que todos os indivíduos têm direito ao acesso aos cuidados de saúde, independentemente da sua situação económica, social, cultural, do estado de saúde, do sexo e da idade. A contribuição do SA para este objectivo pode assumir várias formas. Trata-se, entre outras, de rever:
 - ✓ *as características dos aderentes do SA.* Se este se dirige a pessoas que não beneficiavam anteriormente da possibilidade de aceder aos cuidados de saúde de modo adequado (por razões financeiras, culturais, geográficas ou outras), terá contribuído para uma maior equidade se tiver um impacto positivo nos beneficiários;
 - ✓ *o benefício do SA em relação à protecção dos mais desfavorecidos.* A questão da acessibilidade financeira do SA foi abordada anteriormente. Convém igualmente saber se os mais desfavorecidos terão beneficiado de facto de subsídios internos ou externos que tenham sido disponibilizados ou gerados pelo SA;
 - ✓ *a eventual existência de obstáculos à adesão fixados pelo SA.* Determinados SA limitam a adesão a categorias de idade, ao estado de saúde dos candidatos à adesão, etc. Estas restrições diminuem a contribuição do SA para a equidade.
- **A equidade financeira.** No plano financeiro, é desejável, por razões de equidade, que qualquer pessoa que tenha a possibilidade de contribuir, o faça, em função dos seus meios para a sua própria protecção social e, caso necessário, para o esforço colectivo levado a cabo por este último.

Os SA, em que os montantes das contribuições serão determinados em função dos recursos do associado, são mais equitativos deste ponto de vista do que nos casos em que a contribuição é fixa. Importa igualmente verificar no caso de os subsídios serem introduzidos, que sejam, efectivamente, atribuídos aos que têm mais necessidade e que todos os que tenham capacidade de pagar as contribuições o façam.

4 A pertinência do sistema de micro-seguros de saúde

Um SA é pertinente se proporcionar uma resposta adequada às necessidades para as quais foi criado.

Esta definição estabelece uma ligação entre pertinência e impacto. De facto, se um SA proporcionar uma «resposta adequada às necessidades» é porque tem um impacto positivo na satisfação dessas necessidades. No entanto, um SA pode ter um impacto e ser considerado não pertinente porque não satisfaz as necessidades para as quais estava previsto.

A pertinência de um mesmo SA pode ser avaliada de forma muito diversa por diferentes pessoas. Estas divergências de pontos de vista podem provir não apenas de uma apreciação incorrecta mas também de uma diferente «visão» quanto aos motivos (necessidades) que justificam a existência do SA. Por exemplo, um responsável de uma administração de saúde pode considerar que a função do SA é permitir que os mais desfavorecidos tenham acesso a cuidados de saúde, enquanto que para os responsáveis do SA isso pode não constituir um objectivo. Se o SA em questão não favorece este tipo de acesso, será considerado como não pertinente pelo responsável da administração, ao passo que os responsáveis do SA consideram essa pertinência de acordo com critérios muito diferentes.

De forma a facilitar a análise da pertinência, foi criado um quadro de referência das necessidades a partir da documentação e da experiência adquirida. Estas necessidades foram listadas e hierarquizadas (em função dos problemas existentes), de acordo com as necessidades do público alvo, dos prestadores potenciais ou dos objectivos em termos de equidade. A contribuição efectiva do SA para a satisfação destas necessidades está relacionada com a avaliação do impacto que foi abordada na secção anterior.

Grelha para a análise da pertinência

Necessidades identificadas	Problemas
<i>Público alvo</i>	
<i>Necessidades de ordem financeira</i>	
Diminuição da exclusão temporária	Dificuldade e falta de tempo para arranjar dinheiro quando estão doentes
Diminuição da exclusão sazonal	Impossibilidade de encontrar recursos em determinados períodos do ano para fazer face às despesas de saúde
Diminuição da exclusão parcial	Impossibilidade de dispor de recursos para fazer face a todos os cuidados prescritos pelo prestador

Necessidades identificadas	Problemas
Diminuição da exclusão total	Falta permanente de recursos para fazer face às despesas de saúde
Diminuição da insegurança face ao risco de doença	Medo (inquietação) de não dispor dos recursos necessários para se tratar
As necessidades de dispor de uma oferta de cuidados adequada	
Melhoramento da oferta (adaptada às necessidades e de qualidade)	Oferta de serviços de saúde não adaptada às necessidades (incluindo uma qualidade não satisfatória)
Diminuição das barreiras geográficas no acesso aos cuidados	Dificuldade de acesso devido ao afastamento dos prestadores
<i>Prestadores de cuidados</i>	
Aumento dos rendimentos	Menor procura de serviços resultante da debilidade e da irregularidade dos rendimentos dos utentes
Redução dos não pagamentos	Fraca liquidez dos utentes devido a rendimentos baixos irregulares
Melhor previsão das receitas	Nível de procura incerto resultante da irregularidade dos rendimentos dos utentes
<i>Objectivos da equidade</i>	
Melhor equidade no acesso	Existência de dificuldades de acesso aos cuidados de saúde de base para os utentes com baixos rendimentos
Melhor equidade financeira	Contribuições para o financiamento de cuidados de saúde não relacionados com o nível de rendimentos

Um SA pode responder a uma determinada necessidade mas pode não constituir a melhor resposta a essa necessidade de acordo com o contexto. Este factor deve ser particularmente considerado durante o estudo da praticabilidade. É necessário determinar assim a solução deste problema mais pertinente para uma dada necessidade, tendo em conta o contexto em que se insere.

Por vezes, a pertinência de um SA é mais considerada em relação aos seus princípios de funcionamento do que ao seu funcionamento real. Por exemplo, é possível considerar pertinente a existência de um SA porque os seguros constituem a melhor forma de responder às necessidades de um conjunto de pessoas, mesmo se na realidade, o SA criado não funciona correctamente e não responde, de facto, a estas necessidades. Neste caso, é possível considerar que não é a pertinência do SA que é posta em causa, mas sim o seu funcionamento.

Bibliografia

- BIT-ACOPAM, ANMC, WSM. 1997: Mutuelles de santé en Afrique. Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants (Dakar, ACOPAM).
- BIT-STEP, BIT-ACOPAM, USAID-PHR, ANMC, WSM. 1998: Contribution actuelle et potentielle des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé. Etude de cas au Bénin (Genève, STEP).
- BIT-STEP, ANMC, WSM. 2000: Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs (Genève, STEP).
- BIT-STEP, OPS. 1999: «Iniciativa para la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. Estudio de caso del Seguro del Agricultor, Distrito de Sama, Las Yaras, Perú» (Genève, STEP).
- BIT-STEP, OPS. 1999: «Iniciativa para la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. Estudio de caso del Seguro Comunitario de Solano, Provincia del Cañar, Ecuador» (Genève, STEP).
- BIT-STEP, OPS. 1999: «Iniciativa para la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. Estudio de caso del Seguro Comunitario de Salud Universal del Instituto Politécnico Tomás Katari, Sucre, Bolivia» (Genève, STEP).
- BIT-STEP, OPS. 1999: «Iniciativa para la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe» (Genève, STEP).
- BIT-STEP. 2001: «Women organizing for social protection. The Self-employed Women's Association's integrated insurance scheme» (Genève, STEP).
- Cichon M. et coll. 1999: «Modelling in health care finance. A compendium of quantitative techniques for health care financing» (Genève, BIT).
- Criel, B. 1998: «District-based health insurance in sub-Saharan Africa», Part II: Case studies (Antwerp, Belgique, ITG Press).
- Kubr, M. 1996. «Le conseil en management. Guide pour la profession» (Genève, BIT).

Anexos

**Anexo 1:
Descrição sintética
do sistema
de micro-seguros
de saúde**

Esta ficha pode ser inserida no início de um relatório de avaliação destinado a ser difundido. Esta fornecerá aos leitores uma ideia sintética do SA que os ajudará a compreender melhor e analisar a informação contida no resto do relatório.

1. Nome do sistema do micro-seguros de saúde.....
2. Nome da organização ou do proprietário responsável do SA
(se a propriedade estiver definida legalmente):.....
3. Morada da sede social do SA:.....
4. Período de concepção do SA:.....
5. Data de criação do SA:
6. Data de início das actividades do SA
(pagamento das primeiras prestações):.....
7. Data de criação da organização responsável pelo SA
(se for diferente da data de criação do SA):.....
8. Natureza da organização responsável do SA:
 - Associação
 - Organização mutualista
 - Organização cooperativa
 - Organização comunitária que não seja cooperativa nem mutualista
 - Outra ONG
 - Prestador de cuidados de saúde com fins lucrativos
 - Prestador de cuidados de saúde sem fins lucrativos
 - Sindicato
 - Outras: precisar
9. Reconhecimento legal da actividade de seguros:
 - Sim: forma
 - Não
10. Natureza do reembolso das prestações de seguros de saúde:
 - Pagamento por terceiros
 - Reembolso dos aderentes
 - Outros: precisar

11. Outras actividades da organização responsável do SA:

- Nenhuma
- Seguro de vida
- Seguro de invalidez
- Seguro de pensão
- Oferta de cuidados de saúde
- Prevenção, educação sobre saúde
- Poupança / crédito
- Actividades de natureza sindical
- Educação / alfabetização
- Outras formas de seguros: objecto
- Outros serviços sociais: objecto
- Outras actividades: apresentar lista

12. Formas de adesão:

- Indivíduo
- Família
- Grupo

13. Outros beneficiários:

- Família
- Outras pessoas a cargo
- Indigentes
- Outros:

14. Aquisição do estatuto de beneficiário:

- Voluntário
- Automático
- Obrigatório

15. Número de aderentes actuais no SA:

Em que..... por cento são mulheres

16. Número total de beneficiários actuais do SA:

Em que..... por cento são mulheres

17. Número total de aderentes da organização responsável pelo SA:
Em que..... por cento são mulheres

18. Meio de residência dos aderentes:
Meio rural: por cento
Meio urbano: por cento
Meio periférico urbano: por cento

19. Relações entre os aderentes (para além de pertencerem ao SA):

- Sem ligação especial
- Membros de uma mesma empresa:
- Membros de um mesmo sector profissional:
- Membros de uma mesma aldeia, bairro ou comunidade geográfica:
- Membros de um mesmo grupo étnico:
- Membros de uma cooperativa ou organização mutualista:
- Membros de uma mesma organização sindical:
- Membros de uma mesma associação:
- Outros, precisar

20. Situação económica dos aderentes:

- por cento de aderentes que trabalham no sector /informal (fora da agricultura)
- por cento de aderentes que trabalham no sector agrícola
- por cento de aderentes que trabalham no sector formal
- Rendimentos classes médias.....por cento do total de aderentes
- Rendimentos infra-classes médiaspor cento do total de aderentes
- Rendimentos abaixo do limite da pobrezapor cento do total de aderentes
- Rendimentos extrema pobrezapor cento do total de aderentes

21. Restrições à possibilidade de adesão:

- Sem restrição
- Consoante a idade
- Consoante o sexo
- Consoante os riscos de doença
- Consoante os rendimentos

- Consoante o local de residência
- Consoante a religião
- Consoante a raça, etnia
- Não pertencentes a uma estrutura específica (empresas, cooperativas, sindicatos, etc.)
- Outras.....

22. Área geográfica de intervenção do SA:

- Comuna/aldeia
- Departamento
- Província/região
- Nacional

23. Tipos de serviços de saúde cobertos pelo SA:

- Cuidados ambulatoriais graves
- Medicamentos
- Consultas de prevenção
- Cuidados ambulatoriais crónicos
- Intervenções cirúrgicas não programadas
- Intervenções ginecológico-obstétricas
- Hospitalizações médicas não programadas
- Hospitalizações programadas
- Transporte / Evacuação
- Especialidades
- Outros:.....

24. Valor total de receitas obtidas ao longo do último exercício (ano por defeito):

.....(em moeda local) durante o período

.....equivalente em US \$

25. Modo de financiamento dos seguros de saúde:

- Contribuições dos aderentes
- Outras contribuições: precisar.....
- Contribuição do Estado
- Subsídios dos prestadores de cuidados de saúde ligados ao SA
- Contribuições e subsídios de outros intervenientes: precisar

- Produtos financeiros de reservas
- Transferência de benefícios provenientes de outras actividades da estrutura responsável pelo SA
- Outros:.....

1

26. Tipos de contribuições:

- Pagamentos com diferenciação por categoria dos aderentes (idade, sexo, etc.)
- Pagamentos sem diferenciação por categoria de aderentes
- Relacionadas com os rendimentos com diferenciação por categoria de aderentes
- Relacionadas com os rendimentos sem diferenciação por categoria de aderentes
- Relacionadas com os riscos pessoais do associado
- Outros:.....

27. Montante anual médio das contribuições pagas por um associado:

- Montante (moeda local).....equivalente em US \$.....

28.

- Prestadores que oferecem serviços cobertos pelo SA:
- Sector público escalão.....número.....
- Sector privado com fins lucrativos escalão.....número.....
- Sector privado sem fins lucrativos escalão.....número.....
- Pertencente à organização responsável escalão.....número.....

29. Nível de participação dos aderentes na gestão do SA:

- Gestão democrática pelos aderentes (assembleia geral)
- Gestão sob a autoridade da organização responsável do SA sem participação dos aderentes
- Gestão sob a autoridade da organização responsável do SA com participação dos aderentes
- Outro:.....

30. Responsabilidades de gestão das operações correntes:

- Sem assalariados
- Responsáveis não assalariados e gerentes assalariados
- Gestão feita exclusivamente por assalariados do SA
- Gestão confiada a um operador público
- Gestão confiada a um operador privado
- Participação na gestão de assalariados de outras estruturas:.....

31. Assistência técnica:

- Beneficia de assistência técnica permanente, desde.....
- Beneficia de assistência técnica periódica, desde
- Beneficia de assistência técnica pontual, desde.....
- Não beneficia de assistência técnica.

32. Participação num sistema de resseguro:

- Sim
- Não

33.

Participação num fundo de garantia:

- Sim
- Não

34. Outros intervenientes que desempenham um papel chave no funcionamento do SA:
Intervenientes:

Funções:

“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 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	1700 0	8000	9000	8000	25000	35000	45000	4500	1050 0	1000 0	18000	220000
3	Interv.cirúrgicas não programadas	18000	5300 0	9000	8500	30500	20000	7000	55000	17000	1000 0	1200 0	10000	250000
4	Intervenções gineco- obstétricas	5000	3200 0	0	5000	12000	30000	36000	16000	35000	1400 0	1300 0	17000	215000
5	Hospitaliz.médicas não programadas	90000	8500 0	35000	30000	56000	170000	71000	98000	55000	3500 0	5000 0	75000	850000
6	Hospitaliz. Programadas	0	1400 0	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	2045 00	52000	52500	114000	249000	157500	21400 0	127500	7750 0	8850 0	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; conseqüentemente, 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	Limite	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.

Critérios 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 crônicos										
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 tiroide	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:

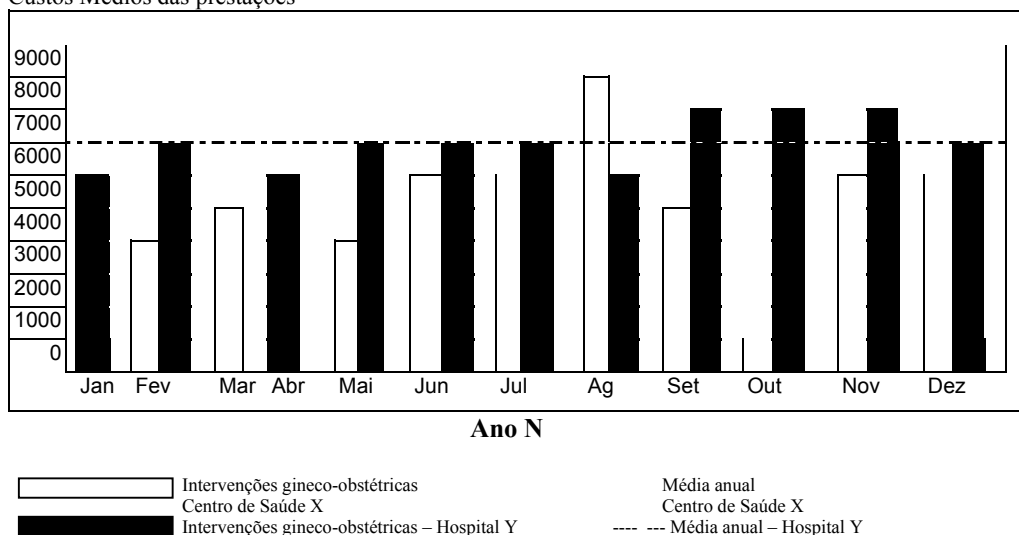
- análise, no tempo, da evolução do custo médio de uma prestação. A análise permite localizar e caracterizar um aumento dos custos: aumento reversível, progressão regular, etc.;
- comparação da evolução dos custos médios dos cuidados fornecidos por diferentes prestadores. Esta análise permite detectar 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:

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

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:

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

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:

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

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