

Encargos	Produtos
Encargos de aplicação	Produtos de exploração
Resultado de exploração	
Encargos financeiros	Produtos financeiros
Resultado financeiro	
Encargos excepcionais	Produtos excepcionais
Resultado excepcional	
Resultado líquido	
Total dos encargos	Total dos produtos

Na sequência, apenas o resultado líquido será mencionado para simplificar a apresentação da conta de resultados.



O funcionamento das contas

Foi visto no precedente capítulo que o balanço contabilístico sofre mutações devidas às operações económicas que a mutualidade realiza. Para evitar estabelecer constantemente um novo balanço e para conservar informações relativas a essas mutações, estas são registadas nas contas. Estas contas permitirão estabelecer a conta de resultados e o balanço do exercício.

Este capítulo explica o papel, a organização e o funcionamento das contas. Contudo, não é suficiente para produzir uma formação completa na matéria. O objectivo aqui é de dar explicações acessíveis aos administradores das mutualidades a fim de reforçar a sua capacidade de dialogar com os contabilistas e de utilizar os documentos produzidos pela contabilidade.

2.1 A conta

Uma conta é um quadro que permite registar as operações que modificam uma rubrica do balanço ou da conta de resultados.

A utilização das contas permite:

- conservar uma pista das operações registadas cronologicamente e de forma contínua nas diferentes contas em função da sua natureza;
- dispor a qualquer momento de informação sobre o estado da caixa, as dívidas, os produtos, os encargos, etc.;
- facilitar o estabelecimento das contas anuais (balanço e conta de resultados) do exercício, assim como, estatísticas e indicadores respeitantes ao funcionamento.

Apresentação

Uma conta apresenta-se sob a forma de um quadro cujo traçado pode ser efectuado de dois diferentes modos:

- débito e crédito separados,
- débito e crédito reunidos (esta apresentação é sobretudo adaptada às contas de tesouraria: caixa, banco, etc.).

Exemplo

Débito e crédito separados

Em Março de 2002, a conta da Mutualidade de Saúde Espoir, destinada a registar as prestações doença reembolsadas ao Hospital Bonne Santé, apresenta-se assim:

Conta: 6021 – Hospital Bonne Santé

DÉBITO			CRÉDITO		
Datas	Descrição	Montantes	Datas	Descrição	Montantes
10/02/02	Factura Janeiro 2002 (fact. n.º 23)	28 300			
12/03/02	Factura Fevereiro 2002 (fact. n.º 48)	36 500			
	Saldo	64 800		Saldo	

Débito e crédito reunidos

Em Março de 2002, a conta bancária da Mutualidade Espoir apresenta-se assim:

Conta: 5211 – Caixa Popular de Mogo

Datas	Descrição	Sommas		Saldo
		Débito	Crédito	
06/03/02	Depósito quotizações do mês de Março	59 000		105 000
12/03/02	Pagamento fact. Fevereiro (n.º 48) do Hospital Bonne Santé		36 500	68 500

A apresentação material da conta deve, obrigatoriamente, indicar:

- a data efectiva da operação;
- a natureza da operação (descrição), por exemplo: Factura Fevereiro 2002 (factura n.º 48);
- os montantes colocados no débito da conta;
- os montantes colocados no crédito da conta;

- o saldo inscrito numa coluna específica (débito e crédito reunidos) ou debaixo da coluna débito ou da coluna crédito (débito e crédito separados).

Regras de utilização

- Cada quadro de conta deve ser dedicado a uma única conta;
- Uma mutualidade deve abrir progressivamente e utilizar unicamente as contas que lhe são úteis (ver adiante a secção sobre o plano contabilístico);
- As contas de encargo e de produtos são abertas no decurso do exercício em função das necessidades. Contrariamente às contas de balanço, não há transporte de saldo de um exercício para outros;
- O registo das operações nestas diferentes contas devem ser feitos linha após linha. A recolha da informação deve ser feita em tempo real, isto é, no momento em que a operação é realizada.
- As contas são encerradas no último dia do exercício contabilístico. Para proceder ao fecho da contabilidade, totaliza-se o débito depois o crédito, a diferença entre estes dois totais corresponde ao saldo da conta que será inscrito na coluna cujo total é o mais baixo (débito e crédito separados).
- As contas de balanço são reabertas no início de um novo exercício. Para reabrir uma conta de balanço, inscreve-se o transporte do saldo do precedente exercício no débito se este saldo estiver devedor, ou no crédito, se estiver credor.

Exemplo

Fecho e reabertura da conta caixa

Conta: 57 – Caixa

DÉBITO			CRÉDITO		
Datas	Descrição	Montante	Datas	Descrição	Montante
25/11/02	Activos em caixa	50 000	10/12/02	Factura Novembro CS Malika (fact. n° 110)	25 000
5/12/02	Quotização de Dezembro	10 000	31/12/02	Saldo devedor	35 000
	Total	60 000		Total	60 000
01/01/03	Transporte do saldo precedente	35 000			

O funcionamento das contas

As contas servem para registar as operações financeiras e os fluxos.

Estes caracterizam-se por:

- ✓ a sua origem;
- ✓ o seu destino;
- ✓ o seu montante.

Estas características dos fluxos estão na base da contabilidade em partidas dobradas, para a qual:

- ✓ a origem de um fluxo interessa a uma conta;
- ✓ o seu destino interessa a outra conta.

Cada operação interessa, portanto, a duas contas pelo menos. A questão é saber de que lado de cada conta deve ser inscrito o montante da operação. Para fazer isso, é necessário, antecipadamente, distinguir as contas de balanço e as contas de gestão.

- ✓ As contas de balanço que reagrupam:

- no activo, as contas que representam os bens duradouros e circulantes da mutualidade (o emprego dos recursos). Estas contas são contas devedoras. O seu valor aumenta por causa dos débitos e diminui por causa dos créditos;

Débito	Crédito
Aumento	Diminuição
↙	↘

- no passivo, as contas que representam a origem dos recursos. Estas contas são contas credoras. O seu valor absoluto diminui por causa dos débitos e aumenta por causa dos créditos.

Débito	Crédito
Diminuição	Aumento
↘	↙

- ✓ As contas de gestão que compreendem:

- as contas de encargos, cujo aumento é registado no débito e a diminuição no crédito;

Débito	Crédito
Aumento	Diminuição
↙	↘

- as contas de produtos que, inversamente, aumentam pelo crédito e diminuem pelo débito.

Débito	Crédito
Diminuição	Aumento
↘	↙

O saldo de uma conta

O saldo de uma conta mede a diferença entre os montantes inscritos no débito e os inscritos no crédito. Quando o total dos montantes inscritos no débito de uma conta é superior ao total dos inscritos no crédito, diz-se que o saldo é devedor. Inversamente, quando o total da coluna crédito é superior ao da coluna débito, diz-se que o saldo é credor. Quando os totais das duas colunas são iguais, diz-se que o saldo é nulo.

O livro-razão

As contas são reagrupadas num documento chamado livro - razão. O livro- razão constitui, assim, uma ferramenta essencial da contabilidade da mutualidade. Pode apresentar-se por diversas formas, das quais, a principal e a mais prática, é fazer figurar cada conta numa ficha cartonada, no rosto e no verso. Os registos são feitos de forma contínua no rosto e, depois, no verso. Quando uma ficha está completamente preenchida, utiliza-se uma nova, junta à primeira. Estas fichas são conservadas, quer numa caixa, quer num classificador (sendo esta segunda solução a mais prática).

2.2 O plano contabilístico

Definição

A escrituração de uma contabilidade exige uma organização metódica. Uma das primeiras tarefas a realizar, aquando da abertura da contabilidade de uma mutualidade de saúde, é determinar a relação das contas que serão abertas. Esta relação faz parte do plano contabilístico da mutualidade que apresenta os procedimentos e a organização contabilísticos.

Cada conta é identificada por um número de código de forma a:

- ✓ simplificar a classificação;
- ✓ referenciar rapidamente cada conta;
- ✓ precisar o tipo de contas (classe) ao qual pertence uma dada conta.

Para elaborar o seu plano contabilístico, uma mutualidade deve, em primeiro lugar, ter em atenção o Plano Contabilístico Geral em vigor no país. Este plano contabilístico apresenta a relação das contas, os princípios e as regras, assim como, a terminologia preconizadas ou impostas pelo Estado. Contudo, pode ser adaptado às características da mutualidade.

A utilização deste Plano Contabilístico Geral, eventualmente mediante as necessárias adaptações, apresenta diversas vantagens.

Permite, nomeadamente, implementar uma linguagem comum entre todas as mutualidades que adoptam a mesma prática respeitante à terminologia, ao registo das operações nas contas, à apresentação dos documentos contabilísticos, etc.

A relação das contas

Cada Plano Contabilístico Geral propõe uma relação de contas subdividida em classes e segue uma codificação que permite a classificação das operações.

Encontrar-se-ão, por exemplo, pelo menos sete classes divididas em duas grandes categorias de contas:

- ✓ As contas de balanço:
 - Classe 1: Contas de capitais;
 - Classe 2: Contas de imobilização;
 - Classe 3: Contas de stock;
 - Classe 4: Contas de terceiros;
 - Classe 5: Contas financeiras.

- ✓ As contas de gestão:
 - Classe 6: Contas de encargos;
 - Classe 7: Contas de produtos.

Cada classe é dividida em contas principais, numeradas de 0 a 9.

Do mesmo modo, estas contas principais são subdivididas em contas divisionárias, igualmente numeradas, que podem ser ainda subdivididas em subcontas, em função das necessidades de análise da mutualidade.

Por exemplo, respeitante às prestações doença:

Classe	Contas principais	Contas divisionárias	Subcontas
6. Encargos	62. Serviços Externos	620. Prestações doença	6201. Hospital Bonne Santé 6202. CS Malika 6203. CS Saint Victor 6204. Maternidade de la Paix

Uma mutualidade de saúde pode assim adaptar a relação das contas em função das suas próprias necessidades, sabendo que:

- ✓ não deve abrir senão as contas que lhe sejam necessárias;
- ✓ é muitas vezes inútil entrar em demasiados detalhes;
- ✓ um demasiado grande número de contas abertas é uma fonte de complicações e de confusões.

Exemplo

Os países da União Económica e Monetária Oeste Africana (UEMOA) adoptaram um plano contabilístico comum chamado Sistema Contabilístico Oeste Africano (SYSCOA)

O SYSCOA divide as contas em nove classes. Sete classes são aqui descritas, na medida em que interessam directamente às organizações mutualistas (a classe 8 retoma as contas de outros encargos e produtos e a classe 9 reagrupa contas de contabilidade analítica, destinada ao cálculo dos custos na indústria).

O quadro contabilístico aqui descrito é directamente inspirado no Plano Contabilístico SYSCOA, com alguns arranjos, a fim de adaptar à especificidade de uma mutualidade de saúde.

Esta relação de contas não é exaustiva. O objectivo, aqui, é fazer ressaltar as contas que interessam directamente à mutualidade.

Classe 1 – Recursos duráveis

BALANÇO

Activo	Passivo
	Classe 1

10. Doações e contributos

Esta conta é um primeiro arranjo do SYSCOA padrão onde é retomada sob a denominação "10 Capital".

102 Doações. As doações são bens que devem ser valorizados ou somas entregues à mutualidade pelos intervenientes privados ou públicos, sem contrapartida directa ou indirecta.

103 Contributos. Aqui são contabilizados os contributos dos aderentes, cujo direito de retoma não está previsto senão em caso de dissolução da mutualidade.

11. Reservas

As reservas são capitais próprios constituídos pela mutualidade, nomeadamente, a partir dos excedentes, para fazer face às situações imprevistas.

12. Transporte de somas

Esta conta serve para transportar para o ano seguinte, no todo ou em parte, o resultado do ano que termina. Deparam-se dois casos figurativos:

121 Transporte credor. No caso de excedentes importantes e quando foi atingido o patamar das reservas, o resto dos excedentes pode ser transportado para o exercício seguinte, com a intenção de o afectar;

129 Transporte devedor. A totalidade de um défice de um exercício é transportada para o exercício em curso, até mesmo para os exercícios seguintes, com a esperança de que estes produzirão excedentes que ultrapassarão esse transporte negativo.

13. Resultado

O resultado do exercício é registado nesta conta. São utilizadas diferentes contas, nomeadamente:

130 Resultado na instância de afectação

131 Resultado líquido: Excedente

135 Resultado de exploração

136 Resultado financeiro

139 Resultado líquido: Défice

14. Subsídio de investimento

141 Subsídio de equipamento. São inscritos nesta conta os subsídios destinados à compra de bens imóveis. Igualmente, aí se inscreve o contra valor dos bens imóveis recebido em produtos. Esta conta pode ser subdividida quando uma mutualidade beneficia da contribuição de várias instituições. Por exemplo:

1411 Estado

1414 Comunidade

1417 Organismos internacionais:

1417.1 ONG "Solidariedade Mutualista"

1417.2 "Organização Mundial da Mutualidade"

149 Subsídios de equipamentos amortizados. O valor de origem dos bens imóveis diminui com a sua amortização anual. O valor dos subsídios recebidos deve reflectir a mesma depreciação. Assim, inscreve-se nesta conta o contra-valor exacto das amortizações operadas no final de exercício sobre os diferentes equipamentos subsidiados.

15. Provisões regulamentadas

Esta conta regista as provisões regulamentadas relativas, nomeadamente, aos bens imóveis, aos stocks e às provisões para investimento. A constituição de provisões é regulamentada, consoante o tipo de encargos a aprovisionar, pois esta conta poderia servir para camuflar práticas ilícitas.

16. Empréstimos e dívidas a mais de um ano

Esta conta regista as dívidas contraídas pela mutualidade, cujo prazo de vencimento é superior a um ano completo.

167 Adiantamentos diversificados por condições particulares. Quando uma mutualidade adere a um fundo de garantia, pode receber deste último um adiantamento de tesouraria em caso de crise financeira. Este adiantamento é registado neste tipo de conta. As modalidades e o prazo de reembolso do adiantamento são objecto de um acordo entre a estrutura gestora do fundo de garantia e a mutualidade.

168 Outros empréstimos e dívidas. Os contributos dos aderentes, cuja data de retoma é fixada a longo ou médio prazo, são aqui contabilizados.

19. Provisões financeiras para riscos e encargos

Estas provisões têm por finalidade prever as perdas ou encargos considerados prováveis no final de um exercício, mas cujo montante não é sempre conhecido. Para cada provisão, é preciso indicar a percentagem de aprovisionamento e dar-lhes a justificação.

Classe 2 - Activo imobilizado

22. Terrenos

Esta conta regista o valor dos terrenos de que, eventualmente, uma mutualidade de saúde disponha.

23. Edifícios, instalações técnicas e mobiliário

Esta conta regista, nomeadamente, o valor de aquisição dos edifícios, as obras em infra-estruturas, as instalações técnicas e a instalação de escritórios da mutualidade de saúde.

24. Material

Regista-se nesta conta o valor de compra do material de que a mutualidade disponha, nomeadamente:

BALANÇO

Activo	Passivo
Classe 2	

- 244 Material e mobiliário
 - 2441 Material de escritório
 - 2442 Material informático
 - 2444 Material burocrático
- 245 Material de transporte
 - 2451 Ciclomotor
 - 2452 Bicicleta

27. Imobilizações financeiras

Esta conta regista as imobilizações financeiras da mutualidade, sob a forma, nomeadamente, de empréstimos ou créditos não comerciais ou sobre o Estado, de juros ou de cauções entregues.

- 271 Empréstimos e créditos não comerciais. Esta conta é útil para uma mutualidade que adere a um fundo de garantia. As contribuições anuais da mutualidade para este fundo continuam a pertencer-lhe e constituem uma imobilização
- 272 Empréstimos ao pessoal
- 275 Depósitos e cauções entregues (alugueres, água, electricidade)
- 276 Juros vencidos
- 278 Imobilizações financeiras diversas.

28. Amortizações

Regista-se nestas contas a perda de valor dos bens imóveis da mutualidade que são amortizáveis:

- 282 Amortização dos terrenos
- 283 Amortização dos edifícios, instalações técnicas e mobiliários
- 284 Amortização do material

Os montantes das amortizações inscritos nestas contas vêem uma diminuição directa das imobilizações respeitantes, permitindo assim constatar o valor residual desses bens.

29. Provisões para depreciação

Esta conta regista as depreciações de valor dos activos, tais como terrenos, edifícios, material.

Classe 3 – Stock

A utilização das contas da classe 3 numa mutualidade, cuja actividade se limita ao seguro saúde, é relativamente rara. Contudo, se a mutualidade dispõe de abastecimentos ou de consumíveis com valor, eles são registados numa conta de stock.

- 32. Abastecimentos
- 33. Outros aprovisionamentos

BALANÇO

Activo	Passivo
Classe 3	

Classe 4 – Contas de terceiros

52. Balanço

As contas de classe 4 registam todas as operações de dívidas a curto prazo e de créditos. Os créditos figuram no activo do balanço e as dívidas no passivo. Serão aqui apresentadas as principais contas que interessam a uma mutualidade.

BALANÇO

Activo	Passivo
Classe 4	Classe 4

40. Fornecedores, dívidas em curso (passivo)

Esta conta é sobretudo utilizada para registar as dívidas da mutualidade junto dos prestadores de cuidados (facturas a pagar). Para melhor acompanhar as relações em cada prestador, é possível abrir diversas contas de fornecedor, por exemplo:

401 Hospital Bonne Santé

402 Centro de saúde Malika

Maternidade de la Paix

41. Aderentes e contas reatadas (activo)

Esta conta é utilizada para registar, nomeadamente, as quotizações a receber. Trata-se de uma conta importante, na medida em que os atrasos de quotizações constituem um problema frequentemente encontrado pelas mutualidades. O detalhe dos registos desta conta é fornecido pelo registo de quotização (ver parte 2: A gestão das adesões, das quotizações e das prestações).

42. Pessoal (activo)

421 Pessoal, adiantamentos e prestações. Trata-se de adiantamento sobre os salários acordados com os membros do pessoal, a distinguir dos empréstimos.

Outras contas desta classe servem para registar eventuais dívidas e créditos, como os encargos sociais, a TVA, os créditos e dívidas diversas, nomeadamente, junto de:

43. Organismos sociais

44. Estado e colectividades

45. Organismos internacionais

47. Devedores e credores diversos

476 Encargos antecipadamente constatados. Trata-se de uma conta de regularização, utilizada no final de exercício para certos encargos respeitantes ao mesmo tempo ao exercício que termina e ao exercício seguinte. Esta conta regista a parte do encargo respeitante ao exercício seguinte. Tem, assim, como efeito diminuir a conta de encargo para o exercício que termina.

477 Produtos antecipadamente constatados. O princípio para esta conta é o mesmo da conta precedente. Certos produtos puderam ser recebidos durante o exercício que termina, mas respeitam no todo ou em parte, ao exercício seguinte. Registam-se, portanto, nesta conta os montantes respeitantes ao exercício seguinte que, assim, são retirados do cálculo do resultado. Esta conta é sobretudo utilizada para as quotizações recebidas antecipadamente. Encontrar-se-à, assim, por exemplo:

4771 Quotizações recebidas antecipadamente

Classe 5 – Contas de tesouraria

5.2 Banco

Esta conta deve ser detalhada em função dos diferentes estabelecimentos bancários onde a mutualidade tenha aberto contas e do tipo de conta. A mutualidade Espoir tem, por exemplo, abertas as seguintes contas:

- 521 Bancos locais
 - 5211 Caixa popular de Mogo, conta corrente
 - 5212 Caixa popular de Mogo, conta poupança

57. Caixa

São registadas nesta conta todas as operações realizadas sobre a (ou as) caixas (s) da mutualidade. Trata-se por exemplo:

- 571 Caixa sede social
 - 5711 Em FCFA
 - 5712 Em divisas
- 572 Caixa sucursal
 - 5721 Em FCTA
 - 5722 Em divisas

BALANÇO

Activo	Passivo
Classe 5	

Classe 6 – Contas de encargo das actividades ordinárias

60. Compras e variações de stocks

Todas as compras de material de escritório (papelaria, canetas, etc.), de combustível, de abastecimentos diversos, assim como as eventuais facturas de electricidade, de água, etc., entram nesta primeira categoria de encargos. Em função destas diferentes compras, a mutualidade pode abrir diferentes compras, tais como:

- 601 Cartões de aderente
- 602 Documentos de gestão (tipografia)
- 603 Documentos de gestão (papelaria)
- 604 Equipamento diverso para escritório
- 605 Combustível (petróleo para lamparinas)
- 606 Telefone
- etc.

61. Transportes

Entram nesta categoria todas as despesas de deslocações. Eventualmente, pode ser feita uma tipologia em função do objectivo das deslocações: animação, formação, administração, etc.

CONTA DE RESULTADOS

Encargos	Produtos
Classe 6	

62. Serviços exteriores

620 Prestações de saúde

Registam-se aqui todos os pagamentos de facturas aos diferentes prestadores (ou reembolsos aos aderentes). Podem ser criadas subcontas, a fim de distinguir cada prestador. Pode ser criada uma conta para cada serviço de saúde coberto para cada prestador. O interesse de um tal detalhe fica-se a verificar em função das prestações da mutualidade. É, sobretudo, importante quando a gestão está informatizada. A mutualidade Espoir, por exemplo, abriu as seguintes contas:

6201 Hospital Bonne Santé

62011 Pediatria

62012 Medicina geral, etc.

6202 Centro de saúde Malika

62021 Pequeno internamento

62022 Partos

6203 Centro de saúde Saint Victor

6204 Maternidade de la Paix

622 Alugueres e encargos de inquilino

625 Prémios de seguro

A mutualidade regista nesta conta os prémios de seguro, nomeadamente, sobre o material de transporte, os riscos de exploração, etc. Quando uma mutualidade se ressegura junto de um outro organismo (ver parte 6: A gestão dos riscos), ela regista aqui os prémios que paga. Esta conta não deve ser confundida com eventuais seguros subscritos pelo pessoal assalariado da mutualidade (que seriam objecto de uma conta 66).

63. Outros serviços exteriores

Encontrar-se-á nesta categoria, nomeadamente:

631 Despesas bancárias

633 Despesas com a formação do pessoal

64. Impostos e taxas

65. Outros encargos

66. Encargos com o pessoal

661 Remunerações directas pagas ao pessoal (6611 salários, 6612 Prémios, etc.)

663 Abonos (6631 Alojamento, 6632 Representações, etc.)

664 Encargos sociais

67. Custos financeiros e encargos assimilados

671 Juros de empréstimo

674 Outros juros

68. Dotações às amortizações

Esta conta reagrupa todas as dotações às amortizações de exploração e com carácter financeiro.

69. Dotações às provisões

Esta conta reagrupa as dotações às provisões de exploração e financeiro.

Classe 7 – Contas de produtos

70. Venda

Esta conta reagrupa as prestações remuneradas dos serviços auxiliares oferecidos pela mutualidade aos seus aderentes, mesmo também aos não aderentes, tais como, o transporte dos doentes, os serviços de enfermeiro, etc. Inclui, igualmente, os produtos de actividades promocionais (tômbolas, festas, etc.), o aluguer a terceiros dos imóveis ou do material da mutualidade, etc.

71. Subvenções de exploração

Tem de ser feita uma distinção consoante as instituições que tenham fornecido as subvenções.

75. Quotizações e direitos de adesão

751 Quotizações

752 Direitos de adesão

77. Receitas financeiras e produtos assimilados

771 Juros de empréstimos

CONTA DE RESULTADOS

Encargos	Produtos
	Classe 7



O desenvolvimento das operações contabilísticas

O processo contabilístico, do balanço de abertura ao balanço de fecho de um exercício, assenta na classificação das operações e no seu registo nas contas.

Os trabalhos de registo devem seguir um procedimento preciso e necessitam do emprego de vários documentos contabilísticos. Estes trabalhos são quotidianos, mensais e anuais. Aqui será dada relevância aos trabalhos contabilísticos quotidianos e mensais; os trabalhos anuais que respeitam no fecho e abertura de um exercício serão abordados nos dois capítulos seguintes.

No quadro de um sistema de contabilidade em partes dobradas clássico, os trabalhos permanentes (quotidianos e mensais) de registo e de classificação das operações assentam em dois documentos principais: o diário e o livro-razão. Em função da dimensão, da diversidade dos serviços oferecidos, do número de operações quotidianamente realizadas, etc., uma mutualidade de saúde pode optar por variantes deste sistema de registo contabilístico.

Esta escolha depende, igualmente, das competências disponíveis no seio da mutualidade.

A falta de competências é muitas vezes considerada como um travão à implementação de uma contabilidade para todas as mutualidades que não tenham os meios para contratar um contabilista. Existe, contudo, uma alternativa que consiste em partilhar os trabalhos con-

tabilísticos entre a mutualidade e uma estrutura externa qualificada (escritório de contabilidade, união da mutualidade ou outra). Neste caso, os administradores da mutualidade efectuam um registo simplificado das operações e confiam à estrutura externa os trabalhos que requerem mais activas competências em contabilidade.

3.1 A contabilidade clássica

O sistema clássico assenta nos seguintes princípios:

- os registos e as escriturações contabilísticas são realizadas por uma única pessoa;
- cada operação é objecto de um duplo registo:
 - ✓ logo que uma operação ocorra ou seja conhecida, é inscrita num documento chamado diário, diz-se que ela é “registada” ou “diarizada”;
 - ✓ de seguida é transportada para um livro-razão que reúne o conjunto das contas, seguindo os mecanismos das partes dobradas (isto é, um registo em duas contas) apresentadas no precedente capítulo.

O diário

O diário é o primeiro documento utilizado no quadro do sistema clássico. Tem por função registar todas as operações contabilísticas, qualquer que seja a sua natureza, por ordem cronológica e dia a dia.

Apresentação

O diário é um livro cujas páginas são numeradas, todas apresentadas do mesmo modo. As escriturações efectuadas para uma operação constituem um artigo do diário. Cada página apresenta-se como um quadro, compreendendo:

- ✓ uma coluna “Número das contas”, na qual são inscritos os números das contas afectadas pela operação, em função do plano contabilístico da mutualidade;
- ✓ uma coluna “Descrição”, na qual são inscritos os nomes da ou das contas debitadas e da ou das contas creditadas (cada operação respeitando, pelo menos, as duas contas). É igualmente dada uma breve descrição da operação;
- ✓ uma coluna “Débito”, na qual são inscritos os montantes a debitar;
- ✓ uma coluna “Crédito”, na qual são inscritos os montantes a creditar.

A data da operação é mencionada numa linha separando cada artigo.

Regras de utilização

- ✓ Cada operação deve ser registada no diário, logo que ela é realizada ou conhecida.

- ✓ Para cada operação, inscreve-se, primeiro, a conta debitada, depois, na linha seguinte, a conta creditada.
- ✓ Os registos são feitos na base de peças justificativas que serão cuidadosamente conservadas. É atribuído um número de referência no diário e cada peça justificativa e que é transportada para esta.
- ✓ Nenhuma página pode ser rasgada. Também não se podem deixar espaços brancos, escrever inscrições nas margens, apagar ou rasurar escriturações.
- ✓ As escriturações do diário devem ser transportadas para o livro-razão. Para fazer isso, é necessário acentuar sucessivamente os artigos apontando-os (coloca-se um ponto diante de cada soma transportada, o que evita transporta-la uma vez mais, por erro), logo que o transporte tenha sido efectuado.

Exemplo

As quotizações colectadas por dia (durante os cinco primeiros dias de cada mês) por uma mutualidade são registadas no diário à tarde. O total das quotizações pagas em 5 de Janeiro eleva-se a 130 000 UM.

Em 6 de Janeiro, a mutualidade recebe a factura do mês de Dezembro do hospital. Esta factura eleva-se a 50 000 UM. Ela não será paga senão dentro de vários dias, sendo também contabilizada como uma dívida a curto prazo.

Estas operações foram registadas no diário do seguinte modo.

Diário

Números das contas	DESCRIÇÃO		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	..... 5 Janeiro 2002			
57	Caixa		130 000	
	751	Quotizações Quotizações depositadas em caixa durante o dia 5 Janeiro		130 000
	..... 6 Janeiro 2002			
6201	Hospital Bonne Santé		50 000	
	401	Factura a pagar Factura de Dezembro do Hospital Bonne Santé		50 000

O sistema contabilístico clássico corresponde perfeitamente ao espírito da contabilidade em partes dobradas. Requer, contudo, o trabalho de uma pessoa suficientemente qualificada na área de contabilidade. São sempre possíveis adaptações deste sistema, a fim de o colocar ao alcance, nomeadamente, das pequenas mutualidades.

Uma mutualidade pode, nomeadamente, implementar uma contabilidade “americana” ou uma contabilidade de tesouraria. Pode, igualmente, confiar uma parte dos trabalhos contabilísticos a uma estrutura exterior.

3.2 A contabilidade “americana”

Este sistema é uma variante do sistema clássico, adaptado às pequenas organizações, cuja gestão apenas necessita da abertura de um muito reduzido número de contas.

A contabilidade “americana” simplifica o registo reunindo o diário e o livro-razão num único documento chamado diário-razão ou diário “americano”.

Este tipo de contabilidade apresenta várias vantagens:

- não requer uma formação contabilística tão forte como no caso da contabilidade clássica;
- o número de documentos é reduzido;
- o conjunto da contabilidade aparece num simples golpe de vista; a procura de erros e os controlos são facilitados.

Contudo, o número de colunas neste documento é necessariamente limitado. Para compensar esta falta de espaço, alguns utilizadores fazem apenas aparecer as contas mais frequentemente utilizadas e reagrupam o registo das outras operações numa coluna “Diversos a avaliar”. Esta solução apenas é válida se essas operações forem raras.

O diário livro-razão

O diário livro-razão é o principal documento utilizado no quadro da contabilidade “americana”.

Apresentação

Existem diversas apresentações possíveis do diário livro-razão. O modelo aqui proposto é o mais corrente. Apresenta-se sob a forma de um livro, do qual, cada página, comporta um quadro que menciona para cada operação:

- ✓ a data;
- ✓ o número de ordem;
- ✓ a descrição.

Comporta igualmente duas grandes rubricas:

- ✓ o balanço;
- ✓ a conta de resultados.

Cada rubrica comporta as contas da mutualidade, que aumentam ou diminuem em função das operações registadas.

Regras de utilização

Qualquer que seja o modelo adoptado, devem ser seguidas as regras de utilização abaixo indicadas:

- ✓ cada operação deve ser imediatamente registada no diário-livro-razão;
- ✓ os registos são feitos na base de peças justificativas que serão cuidadosamente conservadas. É atribuído um número de referência no diário-livro-razão a cada peça justificativa e serve de referência para a sua classificação;
- ✓ o quadro deve ser saldado periodicamente, isto é, cada final de semana, de mês ou outro, em função do número de operações. Isso permite realizar controlos de caixa, assim como verificações bancárias;
- ✓ o quadro de cada nova página é iniciado, obrigatoriamente, com o transporte do saldo de cada conta do quadro da precedente página;
- ✓ as colunas "diversos", quando estão previstas, apenas devem servir ocasionalmente. Em caso contrário, o diário-livro-razão torna-se rapidamente inadaptado e a mutualidade deve implementar um outro sistema contabilístico.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde implementou uma organização e modalidades de funcionamento muito simples. O plano contabilístico desta mutualidade é igualmente muito simples e compreende as seguintes contas:

Contas de balanço

Reservas
Produtos constatados antecipadamente
Facturas a pagar (dívidas a curto prazo)

Caixa
Banco
Quotizações a receber

Contas de gestão

Quotizações
Direitos de adesão
Outros produtos
Prestações doença
Abastecimentos
Despesas de deslocação
Outros encargos

No mês de Fevereiro, o tesoureiro da mutualidade inscreve as seguintes operações:

- quotizações emitidas do mês de Fevereiro: 90 000 UM das quais 85 000 UM efectivamente pagas pelos aderentes;
- pagamento da factura do hospital do mês de Janeiro: 50 000 UM;
- pagamento da factura do centro de saúde: 15 000 UM;
- despesas de deslocação do tesoureiro: 1 000 UM;
- transferência de 25 000 UM da caixa para o banco.

Diário - Livro razão

		BALANÇO												CONTA DE RESULTADO															
		Activo do Balanço						Passivo do Balanço						Encargos						Produtos									
		Caixa		Banco		Quotização à receber		Reservas		Pis constatados antecipadamente		Facturas a pagar		Prestações doença		Abastecimentos		Despesas de deslocação		Outros encargos		Quotizações		Direitos de Adesão		Outros produtos			
N.º Ref.	Data	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C		
...	05/02/02		85 000				5 000																						
...	10/02/02			50 000								50 000												90 000					
...	12/02/02			15 000								15 000																	
...	12/02/02			1 000																									
...	15/02/02			25 000		25 000																							

3.3 A contabilidade de tesouraria

Uma das particularidades das mutualidades de saúde é que a maioria das suas operações económicas traduz-se por uma entrada ou saída de dinheiro. Isso permite o emprego de uma outra variante da contabilidade clássica, chamada contabilidade de tesouraria.

A contabilidade de tesouraria assenta numa subdivisão do diário em três diários parciais:

- um diário de caixa, que regista as operações na origem das entradas e das saídas de dinheiro da caixa;
- um diário de banco (pode haver vários se a mutualidade dispõe de várias contas bancárias), que regista os movimentos ao nível da conta bancária;
- um diário das operações diversas que regista todas as operações que não implicam uma saída ou uma entrada de dinheiro.

As operações são registadas dia a dia e cronologicamente nos diários parciais e depois são transportados, imediatamente ou periodicamente, para o livro-razão. Este sistema é o mais frequentemente encontrado nas actuais experiências mutualistas, mesmo que a sua execução seja incompleta na maioria dos casos. Com efeito, encontra-se muitas vezes um diário (também chamado livro) de caixa e um diário de banco, mas muito raramente um diário das operações diversas e, praticamente nunca, um livro-razão. Contudo, o livro-razão é necessário, a fim de preparar as contas anuais da mutualidade (conta de resultados e balanço).

O diário de caixa e o diário de banco

Estes dois diários apresentam-se da mesma forma e preenchem as mesmas funções consistindo em:

- ✓ registar dia a dia e cronologicamente todas as operações que se traduzem por uma entrada ou saída de dinheiro da caixa ou de uma conta bancária, seja em espécie, por cheque ou transferência;
- ✓ conservar todas as informações (datas, números de peças justificativas, natureza da operação), relativas a cada operação;
- ✓ facilitar os transportes das operações no livro-razão;
- ✓ tornar disponível, em qualquer momento, uma visão global da tesouraria da mutualidade;
- ✓ realizar um controlo respeitante aos depósitos em caixa, aos levantamentos da caixa e aos dados em caixa e no banco.

Apresentação

O diário de caixa e o de banco apresentam-se, cada um sob a forma de um registo pré-impresso cujas páginas são pré-numeradas. As páginas podem ser em duplicado, quando a mutualidade confia a execução da sua contabilidade a uma estrutura externa (gabinete contabilístico, união, etc.).

Cada página comporta um quadro subdividido em várias colunas:

- ✓ "Data": data em que a operação é realizada;

- ✓ “Número de peça justificativa”: número de ordem da operação que servirá de referência para a classificação das peças justificativas;
- ✓ “Descrição”: indicação da natureza da operação realizada;
- ✓ “Entradas”: montante correspondente a uma entrada de dinheiro;
- ✓ “Saídas”: montante correspondente a uma saída de dinheiro;
- ✓ “Saldo”: periodicamente (fim de dia, de semana, de mês) é inscrito o novo saldo da caixa ou da conta bancária (entradas -saídas).

Regras de utilização

- ✓ Todas as operações que implicam uma entrada ou uma saída de dinheiro devem ser registadas no diário de caixa ou no de banco, imediatamente após a realização da operação.
- ✓ Os registos das operações efectuam-se linha após linha, por ordem cronológica.
- ✓ Se os registos do mês necessitam de várias páginas, é necessário calcular os totais das colunas “Entradas” e “Saídas” e inscrevê-los na última linha da página com o correspondente saldo. De seguida, deve-se transportá-los para a primeira linha da página seguinte antes de prosseguir o registo de novas operações.
- ✓ Cada registo deve ser feito com as precisões úteis: datas, número de peças justificativas, descrição da operação, etc.
- ✓ As “descrições” de operações da mesma natureza devem ser sempre exactamente as mesmas.
- ✓ Periodicamente (por dia para o diário de caixa e pelo menos por mês para o diário de banco) deve ser calculado o saldo. Pode, eventualmente, ser calculado após cada operação.
- ✓ Em cada fim de mês, deve proceder-se a um fecho do diário. O saldo do mês corresponde ao calculado com o último registo. Este saldo deve ser verificado:
 - totalizando todos os montantes da coluna “Entradas”;
 - totalizando todos os montantes da coluna “Saídas”;
 - operando a subtracção: Total das entradas – Total das saídas = Saldo do mês.
- ✓ A abertura de um novo mês inicia-se pelo transporte do saldo do precedente mês para a primeira linha de uma nova página (não se transportam os totais das colunas entradas e saídas).

Exemplo

A mutualidade da saúde da associação dos pequenos comerciantes de Niogo implementou uma mutualidade com contabilidade de tesouraria que melhor corresponde às suas actividades e ao seu modo de funcionamento. Esta mutualidade apenas cobre os internamentos no hospital de Niogo. As adesões começaram em Janeiro 2002; a mutualidade optou por um período de observação de um mês, as primeiras participações terão, pois, início em Fevereiro.

Uma CE mantém actualizados diversos registos (adesões, direitos de adesões e quotizações, prestações). A mutualidade reúne todos os membros no primeiro domingo de cada mês, sendo nesse momento que são pagos os direitos de adesão (1 000 UM/aderente) e as quotizações (100 UM/mês/beneficiário).

Durante o primeiro trimestre do ano 2002, registaram-se as seguintes operações:

- 09/01 Pagamento dos direitos de adesão dos primeiros aderentes: 75 000 UM depositados na caixa.
- 09/01 Pagamento das quotizações do mês de Janeiro 450 beneficiários 4 500 UM depositados na caixa.
- 12/01 Deslocação da tesoureira da mutualidade para depositar os fundos na caixa popular, despesas de táxi : 500 UM.
- 12/01 Transferência da caixa para a conta corrente na caixa popular: 110 000UM.
- 12/01 Compra de equipamentos de escritório: 5 000 UM.
- 06/02 Pagamento dos direitos de adesão dos novos aderentes de Fevereiro: 30 000 UM depositados na caixa.
- 06/02 Pagamento das quotizações de Fevereiro (630 beneficiários): 63 000 UM depositadas na caixa.
- 09/02 Deslocação da tesoureira da mutualidade para depositar os fundos na caixa popular, despesas de taxi: 500 UM.
- 09/02 Transferência da caixa para a conta corrente na caixa popular: 93 000 UM.
- 05/03 Pagamento das quotizações de Março (630 beneficiários): 63 000 UM depositadas na caixa.
- 07/03 Deslocação da tesoureira da mutualidade para depositar os fundos na caixa popular, despesas de taxi: 500 UM.
- 07/03 Transferência da caixa para a conta corrente na caixa popular:10 000 UM.
- 10/03 Deslocação da tesoureira da mutualidade para reembolsar a factura de Fevereiro do hospital, despesas de taxi: 200 UM.
- 10/03 Pagamento da factura de Fevereiro do hospital: 45 000 UM.

Os modelos seguintes de diários de caixa e de banco ilustram o registo contabilístico destas diferentes operações.

Diário de caixa

Data	N.º PJ	Descrição	Entradas	Saídas	Saldo
09/01		Direitos de adesão	75 000		75 000
		(Registo de quotização)			
09/01		Quotização Janeiro	45 000		120 000
		(Registo de quotização)			
12/01	01	Taxi		500	119 500
12/01	02	Transferência interna		110 000	9 500
12/01	03	Compra provisões		5 000	4 500
06/02		Direitos de adesão	30 000		34 500
		(Registo de quotização)			
06/02		Quotizações de Fevereiro	63 000		97 500
		(Registo de quotização)			
09/02	04	Taxi		500	97 000
09/02	05	Transferência interna		93 000	4 000
05/03		Quotizações de Março	63 000		67 000
		(Registo de quotização)			
07/03	06	Taxi		500	66 500
07/03	07	Transferência interna		10 000	56 500
10/03	08	Taxi		200	56 300
10/03	09	Factura Fevereiro Hospital		45 000	11 300
Totais			276 000	264 700	11 300
A Transportar					11 300

Diário de banco (caixa popular)

Data	N.º PJ	Descrição	Entradas	Saídas	Saldo
12/01	02	Transferência interna	110 000		110 000
09/03	05	Transferência interna	93 000		203 000
07/03	07	Transferência interna	10 000		213 000
Totais			213 000		213 000
A Transportar					213 000

O diário das operações diversas

O diário das operações diversas apresenta-se do mesmo modo que o diário do sistema contabilístico clássico. No quadro de uma contabilidade de tesouraria, este diário apenas regista, dia a dia, as operações que não implicam entrada ou saída de dinheiro. Ele precisa a data, a origem, a natureza da operação, as contas efectuadas e a peça justificativa.

Como anteriormente se viu, a escrituração deste diário requer conhecimentos em matéria de contabilidade em partes dobradas. Por isso, a contabilidade de tesouraria apenas simplifica a gestão das mutualidades se estas realizam um número restrito de operações diversas. Estas últimas, podem ser, nomeadamente, operações efectuadas aquando do fecho, depois da reabertura das contas. Estes registos podem ser confiados, se necessário, a uma estrutura externa.

3.4 A divisão dos trabalhos de contabilidade entre a mutualidade e uma estrutura externa

Qualquer que seja o sistema de contabilidade utilizado, coloca-se sempre o problema das competências nesta matéria, nomeadamente, pelo facto de a inscrição das operações no diário necessitar de dominar, em diversos graus, o princípio das partidas dobradas. Se a contabilidade americana reduz esta exigência, ela não é aplicável, senão quando as operações “diversas” são pouco variadas. Trata-se, pois, de uma solução que apenas interessa a um número limitado de mutualidades.

Para as outras, uma alternativa interessante, a fim de contornar os problemas de competências, é confiar a uma estrutura externa os trabalhos contabilísticos que exigem conhecimentos em contabilidade. Esta estrutura pode ser um gabinete contabilístico, uma união de mutualidades, uma organização de apoio, etc. Esta solução, contudo, é apenas interessante em certas condições:

- não deve implicar custos demasiados importantes para a mutualidade;
- a estrutura externa deve informar a mutualidade da evolução das contas e aconselhá-la no decurso de cada exercício;
- as contas anuais e o resultado do exercício devem ser rapidamente colocados à disposição da mutualidade.

A intervenção de uma estrutura externa não deve conduzir a mutualidade a desinteressar-se da sua contabilidade. Os seus administradores devem ser capazes de compreender os trabalhos de contabilidade executados pela estrutura externa (isto é, dispor das noções de base apresentadas neste guia).

A intervenção de uma estrutura externa na gestão de uma mutualidade pode realizar-se, essencialmente, a dois níveis:

- para a realização dos trabalhos de final de exercício e o estabelecimento das contas anuais. Neste caso, a mutualidade regista ela própria as suas operações no seu ou seus diários e no seu livro-razão e, depois, confia à estrutura externa os trabalhos ligados ao fecho de exercício (ver os dois seguintes capítulos);
- quando a mutualidade não dispõe de suficientes competências para realizar os registos contabilísticos, confia-os à estrutura externa. No quadro de uma contabilidade clássica, a intervenção da estrutura externa situa-se ao nível do diário e do livro-razão. No qua-

dro de uma contabilidade de tesouraria, a mutualidade realiza os registos no diário de caixa e no de banco, cuja manipulação é simples, mas confia a escrituração do diário das operações diversas à estrutura externa. Qualquer que seja o sistema contabilístico, a estrutura externa deve dispor das necessárias informações, a fim de realizar as escriturações nos documentos contabilísticos que lhe são confiados. Para fazer isso, a mutualidade utiliza um documento chamado borrão que lhe permite efectuar um primeiro nível de registo das suas operações.

O borrão

O borrão, assim chamado correntemente, é um documento de muito simples utilização que serve para registar, num primeiro tempo, as operações sob a forma de rascunho.

Pode ser escriturado num simples caderno por uma pessoa que não tenha formação contabilística. Esta inscreve as operações à medida do seu aparecimento. A forma do borrão, assim como o modo de apresentação e de descrição das operações, são antecipadamente acordadas entre a mutualidade e o operador externo, a fim de que este último possa aproveitá-lo para a escrituração do diário e do livro-razão.

Para passar deste registo aos trabalhos contabilísticos da estrutura externa, utiliza-se um papel químico para estabelecer um duplicado de cada página (pode também utilizar-se um caderno com folhas de papel químico, vendido no comércio). O duplicado das páginas é remetido, periodicamente, à estrutura externa. A mutualidade conserva, assim, em permanência, o seu borrão para continuar a registar as suas operações.

Este sistema de duplicação é igualmente utilizado para os diários de caixa e de banco, quando a mutualidade pratica uma contabilidade de tesouraria.

Exemplo

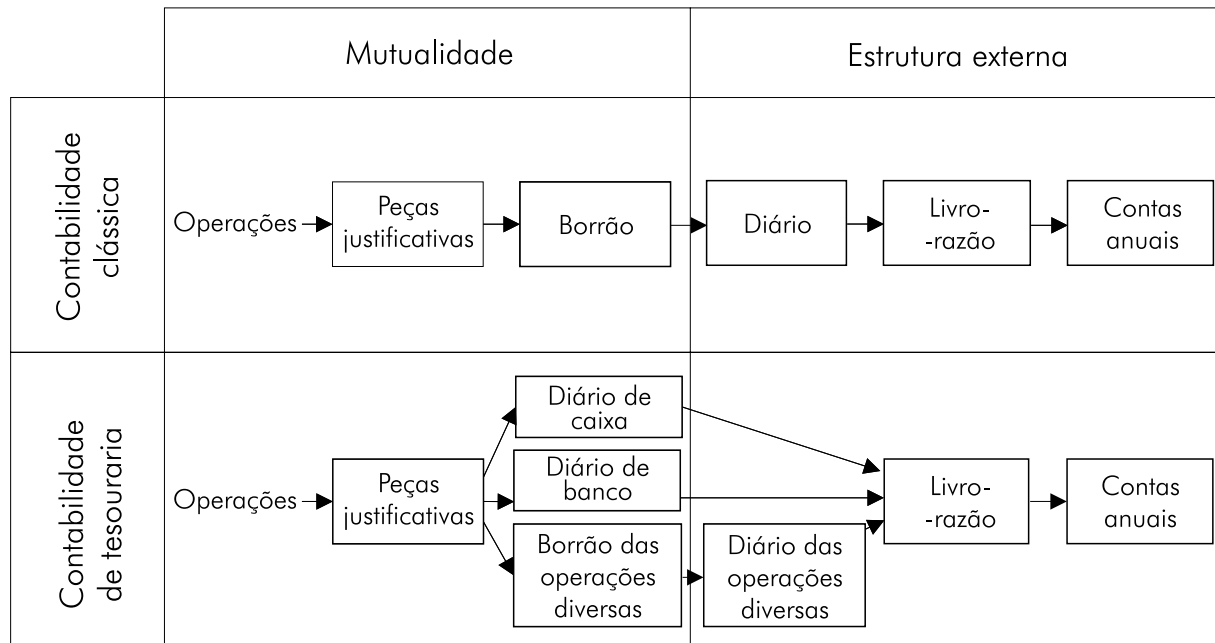
Várias mutualidades de uma capital constituíram uma união que, nomeadamente, desempenha o papel de serviço comum de gestão. Cada mutualidade pode, assim, confiar à união uma parte dos seus trabalhos contabilísticos, mediante o pagamento de uma quotização anual, calculada em função das suas despesas em prestações de doença. Esta quotização serve, igualmente, para a constituição de um fundo de garantia.

Uma mutualidade de artesãos adere a esta união e remete, no fim de cada mês, um duplicado do seu borrão, no qual são registados pelo Tesoureiro todas as operações do mês. O seguinte exemplo é extraído desse borrão

<i>Em 5 de Março 2002</i>	<i>Quotizações dos aderentes depositados em caixa durante a reunião da mutualidade: 115 000 UM. 5 aderentes não pagaram e devem no total 5 000 UM</i>
<i>Em 12 de Março 2002</i>	<i>Pagamento da factura do hospital (n.º 72): 56 000 UM</i>
<i>Em 16 de Março 2002</i>	<i>Comprei três canetas: 1 000 UM</i>
<i>Em 19 de Março 2002</i>	<i>Um aderente pagou a totalidade das suas quotizações em atraso: 2 000 UM</i>
<i>Em 26 de Março 2002</i>	<i>O presidente e o secretário tomaram um táxi (ida/volta) para a reunião da união: 2 500 UM</i>

O seguinte esquema ilustra a divisão dos trabalhos entre a mutualidade e a escrituração externa, no quadro de uma contabilidade clássica e de uma contabilidade de tesouraria, quando a mutualidade não dispõe de suficientes competências.

Trabalhos contabilísticos internos e externos



3.5 Os outros elementos contabilísticos

O registo de quotização

O registo de quotizações utilizado no quadro da gestão das quotizações pode servir, igualmente, como um documento contabilístico e desempenhar o papel de um diário auxiliar.

Serve, com efeito, para registar, uma por uma, as quotizações emitidas pela mutualidade e pagas pelos aderentes, assim como os atrasos de quotizações. Seria fastidioso registar de novo estas informações no diário ou no borrão. Também é possível não inscrever nesses documentos, senão o total (mensal, semanal ou outro, em função da periodicidade de quotização) das quotizações emitidas, depositadas em caixa e dos atrasados do registo de quotizações. O número de quotizações é, assim, consideravelmente reduzido e é possível reportar no registo de quotização para os detalhes.

No caso em que intervém uma estrutura externa, um duplicado do registo de quotização deve igualmente ser transmitido àquela.

As peças justificativas

Qualquer que seja o sistema contabilístico implementado, todos os registos são efectuados na base de peças justificativas. Uma peça justificativa é um documento que atesta a afectividade de uma operação, descrevendo esta, dando a sua origem, o seu destino e o seu montante.

As peças justificativas têm duas origens: externas e internas.

- ✓ As peças externas. Trata-se, essencialmente, das facturas dos diferentes fornecedores de bens e de serviços da mutualidade, dos quais os principais são os prestadores de cuidados (ver parte 2: A gestão das adesões, das quotizações e das prestações). Uma outra categoria de peças externas respeita aos extractos bancários e às cadernetas de poupança que dão uma situação das contas bancárias da mutualidade e permitem realizar periodicamente verificações bancárias.
- ✓ As peças internas. Trata-se de recibos, valor de caixa, notas de despesas, etc. São estabelecidas pela mutualidade, a fim de justificar operações internas ou despesas sem justificativo (deslocações em táxi, etc.). Estas peças requerem um controlo rigoroso, nomeadamente, por parte da CS da mutualidade. Podem estar na origem de fraudes.

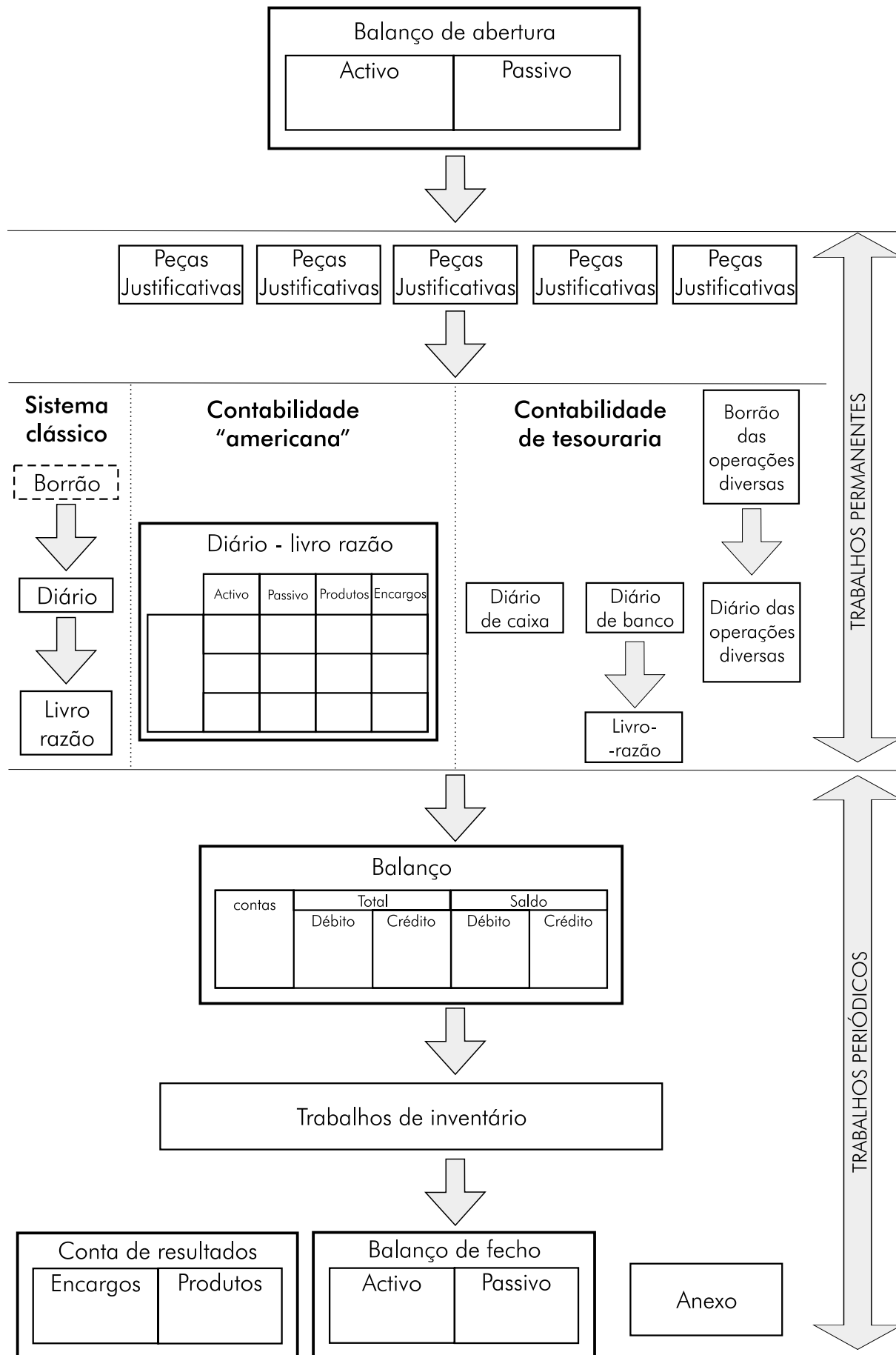
As peças justificativas apresentam-se sob diversas formas, mas todas devem conter, pelo menos, as seguintes informações:

- ✓ a natureza da operação;
- ✓ o nome, as coordenadas e outras informações úteis, respeitando o beneficiário da operação;
- ✓ o motivo da operação;
- ✓ o montante por algarismos e por extenso;
- ✓ a data;
- ✓ o carimbo e/ou a assinatura do beneficiário da operação e /ou do respectivo responsável da mutualidade.

Regras de utilização

- ✓ Cada operação deve ser objecto de uma peça justificativa;
- ✓ As peças justificativas devem ser cuidadosamente conservadas. Aquando do registo de uma operação, a peça justificativa recebe um número de ordem e depois é arquivada, por ordem cronológica.

Os sistemas contabilísticos



4

Os trabalhos de fim de exercício

No decurso do exercício, os Gestores registaram as operações realizadas pela mutualidade, a fim de estabelecer um novo balanço de final de exercício. Contudo, não é possível estabelecer directamente este balanço de fecho. Em primeiro lugar, é necessário realizar um certo número de trabalhos contabilísticos e extra-contabilísticos:

- a revisão geral das contas;
- a regularização das contas;
- a determinação das amortizações e das provisões.

Uma mutualidade, no quadro específico da sua actividade de seguro, geralmente, não dispõe de stocks. Aqui não nos interessaremos, portanto, com o inventário de material, que constitui para outras organizações económicas o primeiro trabalho de final de exercício a realizar. Este trabalho será, contudo, necessário para uma mutualidade que gere, por exemplo, um depósito de medicamentos.

Os trabalhos de final de exercício requerem conhecimentos aprofundados em contabilidade e deverão ser confiados a um contabilista qualificado. Este capítulo limita-se a trazer os conhecimentos de base, respeitando a natureza e a utilidade desses trabalhos.

Os números de contas utilizados no capítulo são tirados do plano contabilístico proposto, como exemplo no capítulo 2 "O funcionamento das contas". Podem diferir em função dos planos contabilísticos em vigor em cada país. É adoptada uma apresentação simplificada das contas do livro-razão. Trata-se da apresentação em "T", na qual apenas figuram os montantes inscritos no débito e no crédito.

4.1 A revisão geral das contas

A revisão geral das contas consiste em passar em revisão as contas de activo e de passivo do balanço, após um ano de funcionamento. Trata-se, principalmente, de :

- verificar a concordância das contas financeiras;
- controlar as contas de imobilizações;
- verificar as contas de terceiros.

O objecto deste trabalho, para uma mutualidade, que dispõe de uma contabilidade normalizada (com um ou vários diários e um livro-razão), é produzir correcções e introduzir elementos adicionais (provisões por exemplo) necessários para tornar as contas anuais (conta de resultado e balanço) mais exactas e em conformidade com as práticas contabilísticas.

A revisão das contas financeiras

A maioria das operações da mutualidade traduz-se por depósitos ou levantamentos da caixa. Por este facto, as contas financeiras, isto é, as relativas à caixa e às contas bancárias, são objecto de numerosos registos durante o exercício. Consequentemente, é importante controlar se os saldos destas contas concordam com a espécie em caixa e os montantes no banco.

É importante notar que este controlo não se efectua, unicamente, no final do exercício. Deve ser realizado, regularmente, no decurso do ano pelos Gestores da mutualidade.

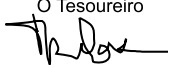
O controlo da caixa

O controlo da caixa consiste em realizar uma dedução do dinheiro líquido contido naquela e compará-lo com o saldo devedor da conta "Caixa". O saldo da conta "Caixa" deve corresponder exactamente ao dinheiro disponível na caixa, na data considerada. Em caso de desvio, deve ser dada uma justificação pelo respectivo responsável (tesoureiro ou gerente). A diferença constatada deverá ser colocada no débito ou no crédito de uma conta da classe 6 ou 7, consoante o caso.

O controlo da caixa é efectuado com a ajuda de um documento chamado folha de caixa (ou ficha de controlo de caixa).

Exemplo

A CE de uma mutualidade realiza no dia de fecho de um exercício um último controlo da caixa. Daí ressalta que o montante em caixa é 9 000 UM superior ao da conta "Caixa", como o indica a folha de caixa abaixo. Uma vez que a mutualidade realiza este controlo no fim de cada mês, esta diferença só pode resultar de uma operação efectuada no último mês do exercício. A CE verifica todas as operações inscritas no diário de caixa e constata o seguinte erro de escrituração: uma quotização de 9 000 UM foi depositada em caixa pelo tesoureiro que a registou no registo de quotização, mas esqueceu-se de a inscrever no diário de caixa.

FOLHA DE CAIXA		
Data: <u>31/12/02</u>		
Número de Moedas ou Notas	Montante da Moeda ou Nota	Soma Total
.....3..... moedas	5	.....15.....
.....5..... moedas	10	.....50.....
.....-..... moedas	25-.....
.....1..... moedas	50	.....50.....
.....6..... moedas	100	.....600.....
.....10..... moedas	500	.....5 000.....
.....7..... moedas	1 000	.....7 000.....
.....3..... moedas	5 000	.....15 000.....
.....1..... moedas	10 000	.....10 000.....
Total das espécies disponíveis em caixa		37 715 (A)
Saldo contabilístico em: <u>31/12/02</u> : <u>28 715</u> (B)		
Em caso de desvio entre A e B, motivos:		
<u>Uma quotização de 9 000 UM (aderente n.º 25/10/01 foi depositada em caixa mas não inscrita no diário de caixa)</u>		
Assinaturas		
O Tesoureiro		O Presidente
		Marcel Rokia

Tendo sido detectada esta omissão, a quotização é inscrita no diário de caixa e depois registada no diário e no livro-razão.

A verificação bancária

Entre a conta "Banco", escriturada pela mutualidade, e o extracto bancário enviado pelo banco é frequente constatar diferenças que provêm:

- ✓ de erros ou de omissões dos Gestores da mutualidade ou do banco;
- ✓ de certas despesas bancárias (comissões, etc.) não conhecidas precisamente pela mutualidade antes da recepção do extracto bancário;
- ✓ de cheques emitidos pela mutualidade, mas ainda depositados pelos seus beneficiários;
- ✓ etc.

É, pois, importante actualizar a conta "Banco" da mutualidade e efectuar um controlo. Para fazer isso, é preciso realizar uma verificação bancária.

Exemplo

O tesoureiro de uma mutualidade inscreveu as seguintes operações no diário de banco:

Data	Nº PJ	Descrição	Entradas	Saídas	Saldo
01/12		Transporte saldo Novembro	558 560		
05/12	47	Transferência da caixa	110 000		668 560
09/02	48	Levantamento		52 000	616 560
Totais			668 560	52 000	616 560
A transportar					616 560

O extracto de conta fornecido pelo banco faz aparecer as seguintes operações para este mês de Dezembro:

	Débito	Crédito
Saldo 30/11/02		558 560
05/12 Depósito		110 000
09/12 Levantamento	52 000	
30/12 Adiantamento despesas gestão	540	
Saldo credor		616 020

O desvio entre os dois saldos parece resultar do pagamento automático das despesas anuais de gestão da conta. Para o verificar, o Tesoureiro estabelece uma verificação da seguinte forma:

Saldo contabilizado	616 560
Operações contabilizadas, não passadas ao banco	-
Operações passadas ao banco, não contabilizadas Adiantamento despesas de gestão	-540
Saldo bancário	616 020

A revisão das contas de imóveis

Trata-se, nomeadamente, de controlar que não desapareceram nem mobiliário, nem material e que todas as aquisições e vendas foram registadas durante o exercício. Se as contas forem correctamente escrituradas durante o exercício, este trabalho não deveria colocar dificuldades.

A revisão das contas de terceiros

A verificação das contas de terceiros respeita, no quadro de uma mutualidade de saúde, essencialmente, à conta "Créditos", dito de outra forma, aos atrasados de quotização e à conta "Prestadores" (ou reembolso de aderentes). Em final de exercício, os administradores da mutualidade devem examinar os atrasados de quotização e podem decidir suprimir os créditos que aparecem irrecuperáveis.

Exemplo

Em final de exercício, o CA prepara o fecho das contas com a CE. Um exame do registo de quotizações mostra que no decurso do ano, três aderentes foram excluídos por terem acumulado atrasos que ultrapassaram os limites fixados nos Estatutos. Os atrasados destes aderentes constituem créditos irrecuperáveis que o CA decide suprimir. Esta decisão dará lugar ao seguinte artigo no diário (ou diário das operações diversas):

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a debitar		
	31 Dezembro 2002			
651	Perdas sobre créditos irrecuperáveis		9 300	
41		Aderentes - Quotizações a receber		9 300

4.2 A regularização das contas

No fim de um exercício, certas contas devem ser regularizadas. Para fazer isso, a mutualidade utiliza contas transitórias, chamadas "Contas de regularização", que lhe permitem assegurar a exactidão do balanço e da conta de resultado. Estas contas desaparecerão com a reabertura do exercício seguinte.

O trabalho de regularização resulta do facto de que:

- certos encargos e produtos foram contabilizados durante o exercício, enquanto que respeitam, pelo menos em parte, a um ulterior exercício;
- inversamente, certos produtos e encargos não foram contabilizados, ainda que respeitem a esse exercício.

Na falta de regularização, resultarão destas duas situações erros na determinação do resultado do exercício

● Os encargos antecipadamente constatados

Os encargos antecipadamente constatados que foram registados no decurso do exercício mas que correspondem a bens ou serviços que serão consumidos no ou nos exercícios seguintes.

Exemplo

Uma mutualidade fez imprimir 5000 cartões de aderente (valor = 250 000 UM) no início do ano 2002 na base das suas previsões em matéria de adesão. Estes cartões são entregues gratuitamente aos aderentes e a mutualidade considera-os como consumíveis não em stock. No final de exercício restam 3 000 cartões (com um valor total de 150 000 UM) não utilizados e disponíveis para as adesões de 2003.

Estes 3 000 cartões correspondem a um encargo do ano 2003 e são contabilizados do seguinte modo no diário e no livro-razão.

Diário

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	..... 31 Dezembro 2002			
4761	Encargos antecipadamente constatados-cartões de aderente		150 000	
601		Abastecimentos - cartões de aderente Transporte para o ano de 2003 dos cartões não utilizados e pagos em 2002		150 000

Livro-razão

4761 Encargos antecipadamente constatados – cartões de aderente		601 Abastecimentos	
Débito	Débito	Débito	Débito
150 000	|	250 000	| 150 000

● Os encargos a pagar

Em final de exercício, a mutualidade deve estabelecer um extracto das dívidas para com os seus fornecedores, o seu pessoal, etc. Pode, com efeito, acontecer que encargos respeitantes ao exercício que termina fiquem por pagar, pois as facturas ainda não chegaram à mutualidade. Pode tratar-se de despesas de telefone, de electricidade, etc.

Esta regularização respeita, sobretudo, às facturas dos prestadores de cuidados. Isto é, nomeadamente, o caso de uma mutualidade que paga mensalmente os prestadores de cuidados e dos quais as facturas para o mês findo cheguem no início do mês seguinte. Aquando do fecho de um exercício, a mutualidade deve ter em conta as prestações de doença do último mês, que constituem os encargos do exercício, mesmo que não tenha recebido ainda a factura.

Exemplo

A CE de uma mutualidade estima, na base dos atestados de cuidados recebidos, o montante das prestações doença a pagar, em 150 000 UM para o último mês do exercício. Para integrar este encargo no exercício que termina, ele faz as seguintes escriturações.

Diário

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	..... 31 Dezembro 2002			
620	Prestações de doença		150 000	
40		Prestadores de encargos a pagar Facturas dos prestadores ainda não recebidos		150 000

Livro-razão

620 Prestações doenças		40 Prestadores de cuidados – encargos a pagar	
Débito	Débito	Débito	Débito
150 000	|	150 000	|

● Os produtos constatados antecipadamente

Os produtos constatados antecipadamente são produtos que foram recebidos durante um exercício, mas que são imputáveis a um exercício posterior. Numa mutualidade, este facto tem lugar quando, nomeadamente, as quotizações são depositadas em caixa durante um exercício, enquanto cobrem, pelo menos em parte, as prestações do exercício seguinte.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde com período aberto de adesão fixou a quotização anual por beneficiário em 600 UM pagáveis de uma vez (equivalente a 50 um/mês).

O quadro seguinte representa, esquematicamente, o período coberto pelas quotizações emitidas no decurso do exercício 2002 e 2003. A partir de Fevereiro, as quotizações emitidas cobrem, em parte, o exercício 2003. As últimas linhas do quadro dão o montante das quotizações emitidas, adquiridas e recebidas antecipadamente.

Número das quotizações emitidas	EXERCÍCIO 2002												EXERCÍCIO 2003											
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
30	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500												
15		750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750											
12			600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600										
5				250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250									
0					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
10						500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500							
15							750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750						
20								1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000					
25									1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250				
10													500	500	500	500	500	500	500	500				
5																					250	250		
11																						550	550	550
TOTAL	1 500	2 250	2 850	3 100	3 100	3 600	4 350	5 350	6 600	7 100	7 350	7 900	6 400	5 650	5 050	4 800	4 800	4 300	3 550	2 550	1 300	800	550	0
Quotizações adquiridas para o exercício 2002 = 55 050												Produtos antecipadamente constatados = 39 750												
Quotizações emitidas do exercício 2002 = 94 800																								

Nas ferramentas contabilísticas de mutualidade está registado, no quadro do exercício 2002, o total das quotizações emitidas, isto é, 94 800 UM. Contudo, a mutualidade não deve ter em conta no cálculo do resultado desse exercício, senão as quotizações adquiridas, ou seja 55 050 UM. Deve, pois, neutralizar as 39 750 UM destinadas ao exercício seguinte. Para o efeito, utiliza a conta "477: Quotizações recebidas antecipadamente" e passa as escriturações seguintes para o diário (ou diário das operações diversas) e para o livro-razão:

Diário

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	31 Dezembro 2002			
751	Quotizações		39 750	
477		Quotizações recebidas antecipadamente Quotizações para o exercício 2003 antecipadamente recebidas		39 750

Livro-razão

751 Quotizações		477 Quotizações recebidas antecipadamente	
Débito	Crédito	Débito	Crédito
39 750	94 800		
SC = 55 050			39 750
94 800	94 800	SC = 39 750	

● Os produtos a receber

Inversamente ao caso do exemplo precedente, pode acontecer que os produtos correspondendo ao exercício que termina não tenham ainda sido recebidos pela mutualidade. Estes produtos devem ser integrados no cálculo do resultado do exercício, o que requer a utilização de uma conta de regularização "Produtos a receber".

Exemplo

Uma convenção entre a mutualidade e o Ministério dos Assuntos Sociais (MAS) estipula que aquela comparticipa indigentes (identificados pelo "Bureau" dos Assuntos Sociais Local) que apenas pagam 10% da sua quotização, financiando o Ministério os restantes 90%, sob a forma de uma subvenção.

No momento do fecho do exercício, o Ministério ainda não entregou a parte dessa subvenção para o último trimestre do ano (110 000 UM).

A mutualidade, portanto, passa as seguintes escriturações para o diário e para o livro-razão.

Diário

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	31 Dezembro 2002			
4487	MAS -Produtos a receber		110 000	
751		Quotizações Subsídio do MAS para o último trimestre 2002 ainda não recebida		110 000

Livro-razão

751 Quotizações		4487 MAS – Subsídio a receber	
Débito	Crédito	Débito	Crédito
	110 000	110 000	

4.3 As amortizações

Os bens duráveis de uma mutualidade depreciam-se de ano para ano, seja pela utilização (edifícios, mobiliário), ficam tecnologicamente ultrapassados (material informático). Esta depreciação deve ser tida em conta no estabelecimento do balanço contabilístico, a fim de dar uma visão satisfatória da situação patrimonial da mutualidade no final do exercício.

Na conta de resultado, esta depreciação deve ser contabilizada sob a forma de um encargo (dotação às amortizações).

Papel da amortização

A amortização têm vários papéis:

- ✓ reparte por vários exercícios o custo de um imóvel. Com efeito, não seria coerente imputar a um único exercício o custo de um imóvel que será utilizado durante muitos anos;
- ✓ permite, através das dotações às amortizações, mobilizar progressivamente os recursos necessários à renovação dos imóveis que se depreciam ao longo do tempo;
- ✓ permite uma melhor avaliação dos activos da mutualidade e, portanto, da sua situação financeira e do resultado do exercício.

O cálculo da amortização

A conta de dotação às amortizações, que é uma conta de encargos, vai influenciar directamente o resultado. Com efeito, a contabilização da amortização significa um aumento dos encargos do exercício. Se a fatia de activos a amortizar é importante, a dotação às amortizações sê-lo-á também e o benefício do exercício será, do mesmo modo, diminuído.

Por definição, a amortização reparte por um certo número de exercícios o custo de um imóvel, cujo valor diminui de forma progressiva. O cálculo da amortização é feito na base do valor de aquisição do bem e da estimativa da sua duração de vida.

Existem diferentes métodos de cálculo das amortizações. O método aqui proposto, o da amortização constante ou linear, assenta na seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Valor de aquisição}}{\text{Tempo de vida (em anos)}}$$

Obtém-se, então, o montante anual da amortização, chamada anuidade.

Exemplo

Uma mutualidade comprou material por 300 000 UM. Decide, de acordo com as leis em vigor, amortizar num período de cinco anos. O montante de amortização anual será de: 60 000 UM.

$$\text{Seja: } \frac{300\,000}{5}$$

No final do quinto ano, a mutualidade terá amortizado as 3000 000 UM.

As taxas de amortização lineares utilizadas mais correntemente são:

- Terreno 0%
- Edifício 5 a 10%
- Mobiliário 20%
- Material 20 a 33%
- Material rolante 20 a 33%

A contabilização das amortizações

Na contabilização da amortização é utilizada uma conta de encargos (conta de resultados e uma conta de activo substractivo (conta de balanço). A conta de encargos representa a amortização do exercício: é a dotação às amortizações. Assim, no final de cada exercício, será efectuada a seguinte contabilização:

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	..... d i a / m ê s / a n o			
68	Dotações às amortizações		XXXXXX	
28		Amortizações		XXXXXX

A conta de activo "Amortizações acumuladas" recebe os sucessivos créditos, representando a avaliação da amortização até que se cesse de amortizar, seja porque o bem é vendido, seja porque é "reformado", seja, enfim, porque o total das amortizações acumuladas atingiu o valor do bem a amortizar. Por último, o valor líquido contabilístico de um activo, num determinado momento, é dado pela diferença entre a conta de activo e a correspondente conta de amortizações acumuladas.

Exemplo

Uma mutualidade comprou, há quatro anos, um ciclo motor por 200 000 UM e já o amortizou em 160.000 UM . No balanço, o valor contabilístico do ciclomotor é o seguinte:

Activo (débito) : ciclomotor	200 000
Activo (crédito): amortizações acumuladas ciclomotor (4 anos)	– 160 000
Valor Líquido contabilístico	40 000

4.4 As provisões

Existem duas grandes categorias de provisões

As provisões para depreciação

- São distintas das amortizações, embora se trate também de uma constatação da depreciação contabilística de um activo. Esta depreciação é atribuída a causas que não são julgados irreversíveis e não pode ser afectada a espaços do balanço.

Estas provisões são, em especial, previstas para cobrir a depreciação de stocks e de títulos de aplicações. No quadro de uma mutualidade de saúde, elas poderão ser utilizadas para cobrir a depreciação de créditos difíceis de recuperar.

A contabilização destas provisões é análoga à das amortizações. Uma conta de activo é creditada quando o valor de um activo diminui; se esta diminuição implica um encargo, é debitado uma conta de encargos. Esta operação traduz-se pelo seguinte modelo de escrituração no diário.

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	..... d i a / m ê s / a n o			
69	Dotações às provisões		XXXXXX	
41		Aderentes - Quotizações a receber Provisões para depreciação da conta "Quotizações a receber"		XXXXXX

● As provisões para riscos e encargos

Têm por objectivo prever perdas ou encargos que são prováveis no fecho do exercício. A natureza destes encargos é conhecida com precisão, mas a sua realização e o seu montante são incertos.

São, por exemplo, dotadas em previsão de grandes reparações a efectuar em imóveis.

As provisões para riscos e encargos são contas de passivo. A técnica de contabilização é a seguinte: debita-se uma conta de dotação às provisões (69) e credita-se uma conta de provisões para riscos (15).

As provisões são, igualmente, objecto de uma regulamentação particular e devem ser utilizadas com maior prudência.

4.5 As particularidades do registo das quotizações em função dos sistemas contabilísticos utilizados

A contabilização das quotizações deve ser objecto de particular atenção. Não é efectuada do mesmo modo, em função do sistema contabilístico implementado, e requer diferentes trabalhos de final de exercício.

Aqui, o interesse será pela contabilidade clássica e pela de tesouraria. A técnica utilizada na contabilidade "americana" pode ser um ou outro dos dois métodos adiante apresentados, consoante as contas previstas no diário livro-razão. Notar-se-à que o exemplo do diário livro-razão, proposto no precedente capítulo, permite utilizar a técnica de registo das quotizações empregues no quadro da contabilidade clássica.

A contabilidade clássica

No quadro de uma contabilidade clássica, as quotizações são contabilizadas aquando da sua emissão e não aquando do seu depósito em caixa. Este princípio obriga a mutualidade a utilizar a conta "Aderentes- Quotizações a receber" no decurso do exercício e, não unicamente, nos trabalhos de final de exercício. A quotização é calculada por um ano e a sua emissão é efectuada no dia da adesão. Poderá ser paga imediatamente pelo aderente, quando é anual, ou em várias partes, quando é semanal, mensal ou outra. O montante, assim dividido por cada aderente, é inscrito na conta "Aderentes- Quotizações a receber", a qual diminui com cada pagamento.

Exemplo

Uma mutualidade escritura uma contabilidade clássica e tem recurso a quotizações mensais. As adesões apenas têm lugar durante as duas primeiras semanas de Janeiro (período fechado de adesão). No início do ano, conta com 5000 aderentes, o que representa um total de quotizações emitidas de 1 250 000 UM. No decurso do ano, passa as seguintes escriturações para o diário e livro-razão.

Diário

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	..... 15 Janeiro 2002			
41 751	Aderentes - Quotizações a receber	Quotizações Emissão das quotizações para exercício 2002	1 250 000	1 250 000
	..... 15 Janeiro 2002			
57 41	Caixa	Aderentes - Quotizações a receber Quotizações do mês de Janeiro 2002	104 170	104 170
	..... 15 Fevereiro 2002			
57	Caixa	Aderentes - Quotizações a receber Quotizações do mês de Fevereiro 2002	95 750	95 750

Livro-razão

41 Aderentes – Quotizações a receber

Débito			Crédito		
Datas	Descrição	Montantes	Datas	Descrição	Montantes
15/01	Quotizações Janeiro	104 170	15/01	Emissão das quotizações - exercício 2002	1 250 000
15/02	Quotizações Fevereiro	95 750			
15/12	Quotizações Dezembro	103 250			
	Total	1 065 500		Total	1 250 000
	Saldo credor	187 500			

Quando dos trabalhos de final de exercício, a conta "Aderentes - Quotizações a receber" já existe e tem um saldo devedor de 187 500 UM. A mutualidade não recuperou senão 85% das suas quotizações, emitidas durante o exercício, e deverá recuperar os atrasados no decurso do exercício seguinte.

A contabilidade de tesouraria

Estando a contabilidade de tesouraria organizada em volta dos depósitos e dos levantamentos de caixa e tendo por objectivo simplificar os trabalhos contabilísticos, constata-se, na prática mutualista, que a contabilização das quotizações é feita no momento do seu depósito em caixa. Neste caso figurado, as quotizações emitidas serão acompanhadas a partir do registo de quotização (ou outros documentos tendo similares funções). A regularização da conta "Quotizações" terá lugar no final de exercício, do mesmo modo que para os outros produtos a receber.

Exemplo

Se a mutualidade do precedente exemplo tivesse escriturado uma contabilidade de tesouraria, as escriturações seguintes teriam sido passadas no diário de caixa no decurso do exercício.

Diário de caixa

Data	N.º PJ	Descrição	Entradas	Saídas	Saldo
15/01		Quotização de Janeiro	104 170		520 230
15/02		Quotização de Fevereiro	95 750		655 710
15/12		Quotização de Dezembro	103 250		586 220
Totais			1 438 230	935 540	502 690
A transportar					502 690

No final do exercício, as seguintes escriturações teriam sido passadas no diário das operações diversas e no livro-razão.

Diário das operações diversas

Número das contas	Descrição		Débito	Crédito
	Conta a debitar	Conta a creditar		
	..... 31 Dezembro 2002			
41	Aderentes - Quotizações a receber		187 500	
751		Quotizações Saldo dos atrasados do registo de quotizações em 31/12/02		187 500

Livro-razão

751 Quotizações		41 Aderentes – Quotizações a receber	
	104 170	187 500	
	95 750		
	...		
	103 250	187 500	0
	187 500		SD = 187 500
0	1 205 000		
SC = 1 250 000			

5 O fecho e a reabertura dos exercícios

Tendo sido efectuados os trabalhos de final de exercício, vão poder ser estabelecidas as contas de resultado e de balanço. Na conta de resultados, serão retomados os saldos das contas de produtos e de encargos, e na de balanço, os saldos das contas de activo e de passivo. Em primeiro lugar, será realizado um último controlo, graças a um balanço, após o inventário, que permite assinalar erros de escrituração.

O resultado do exercício será determinado, tanto para a conta de resultado, como para o balanço. Este resultado, quando é um excedente, constitui um novo recurso disponível para a mutualidade. A AG deverá decidir da sua afectação.

A afectação do resultado dará lugar ao estabelecimento de um novo balanço. Este último constituirá o balanço de abertura do novo exercício. Será, então, estabelecido um novo ciclo contabilístico.

5.1 O balancete

O balancete é um quadro estabelecido a partir de todas as contas do livro-razão. Permite revelar erros de escrituração ou de cálculo que possam aparecer, aquando do registo das operações nas contas. O balancete permite, igualmente, verificar a exactidão dos transportes do diário para o livro-razão.

O balancete assenta no facto de que qualquer registo dá lugar a um débito e um crédito. Verificando a igualdade entre todos os débitos e todos os créditos, permite identificar eventuais erros.

O balancete é aqui apresentado no quadro do fecho do exercício; trata-se do balancete após inventário. Contudo, é preciso notar que um balancete deve ser periodicamente estabelecido (todos os meses ou todos os trimestres) no decurso de um exercício, a fim de evitar uma acumulação de erros de escrituração, o que poderia implicar um importante trabalho de correcção em final de exercício.

Antes de estabelecer o balancete, é necessário proceder ao fecho de todas as contas, assim como do diário.

● O fecho das contas

O método é o mesmo para todas as contas:

1. Calcula-se a diferença entre as duas colunas e inscreve-se o saldo na coluna, cujo total é o mais baixo a fim de os balancear.
2. Totaliza-se o débito e o crédito sublinhando estes totais que devem ser iguais.

● O fecho dos diários

Este fecho efectua-se simplesmente totalizando as duas colunas dos diários.

Existem diferentes tipos de balancetes. O balancete aqui ilustrado apresenta-se sob a forma de um quadro com seis colunas que inventariam o número e o nome das contas e, para cada conta, o total dos débitos, o total dos créditos e os montantes dos saldos devedores ou credores. Este quadro, geralmente, é estruturado da seguinte forma:

Número das contas	Nomes de Contas	Débitos	Créditos	Saldos devedores	Saldos credores
	1. Contas de balanço Totais das contas de balanço	Σ	Σ	Σ	Σ
	2. Contas de gestão Totais das contas de gestão	Σ	Σ	Σ	Σ
	Totais Gerais				
		Totais iguais		Totais iguais	

5.2 O fecho do exercício

O fecho do exercício concretiza-se com o estabelecimento das contas anuais. Estas são constituídas pelos documentos das seguintes sínteses:

- a conta de resultados;
- o balanço;
- o anexo.

A apresentação destes documentos está normalizada. Deve seguir as regras e as recomendações do Plano Contabilístico Geral. Entre outras, é necessário respeitar uma certa classificação das contas no balanço e na conta de resultado.

Os documentos de síntese não podem ser estabelecidos senão após o fecho de todas as contas, uma vez terminados os trabalhos contabilísticos e extra-contabilísticos. Como já foi visto anteriormente, estes documentos podem ser elaborados por uma estrutura externa de gestão, pois requerem competências aprofundadas em matéria de contabilidade. Contudo, é importante que os responsáveis de uma mutualidade de saúde compreendam o interesse e o papel desses documentos e sejam capazes de restituir o seu conteúdo aos aderentes e a terceiros.

A conta de resultados

A conta de resultados determina o resultado por diferença entre os encargos e os produtos do exercício. Esta conta permite, igualmente, compreender como foi obtido o resultado.

A conta de resultados apresenta os encargos e os produtos classificados em três grandes rubricas:

- ✓ exploração;
- ✓ financeiro;
- ✓ excepcional.

Esta classificação permite distinguir o que sobressai do funcionamento corrente da mutualidade (exploração) do que é financeiro ou excepcional.

O modelo abaixo apresenta os principais títulos da conta de resultados, conforme o plano contabilístico adaptado a uma mutualidade de saúde.

Conta de resultados (apresentação sob a forma de conta)

ENCARGOS		PRODUTOS	
Encargos de exploração (I) Compras Transportes Prestações doença Resseguro Outros serviços Encargos com pessoal Dotações às amortizações		Produtos de exploração (I) Prestações de serviços auxiliares Subsídios de exploração Quotizações Direitos de adesão	
Encargos financeiros (II)		Produtos financeiros (II)	
Encargos excepcionais(III)		Produtos excepcionais (III)	
Total dos Encargos (I+II+III)		Total dos produtos (I+II+III)	
Resultado: excedente		Resultado: défice	
Total		Total	

O balanço

O balanço inventaria, no activo, todos os bens da mutualidade, e, no passivo, a origem dos recursos que financiaram aqueles bens.

As contas do balanço são reagrupadas em quatro grandes categorias:

- ✓ no activo: o activo imobilizado e o activo circulante;
- ✓ no passivo: os capitais próprios e as dívidas.

O resultado do exercício aparece igualmente no balanço. É o mesmo que o calculado para a conta de resultados.

No balanço, o resultado corresponde à diferença entre o activo e o passivo, isto é, entre o montante dos bens e o dos recursos de que a mutualidade dispõe para os adquirir. Quando o activo é superior ao passivo, isso significa que a mutualidade conseguiu adquirir, com um certo volume de recursos, um conjunto de bens com um valor total superior. Portanto, ela enriqueceu-se e o resultado é um excedente. No caso contrário, a mutualidade empobreceu-se e o resultado é um défice.

O modelo de balanço abaixo apresentado é "clássico". O activo comporta três colunas:

- ✓ "Bruto". O montante bruto representa o valor inicial de um bem (valor de compra);
- ✓ "Amortizações e provisões". Esta coluna totaliza as dotações às amortizações, após a compra de um bem, e as dotações às provisões sobre elementos do activo (nomeadamente sobre os créditos);
- ✓ "Líquido". Esta coluna é igual à diferença entre as duas precedentes.

Balanço (antes da repartição)

ACTIVO			Líquido	PASSIVO	Líquido
	Bruto	Amort. e provisões			
Activo imobilizado (I) Terrenos Edifícios Material Imobilizações financeiras Activo circulante (II) Existências Créditos (aderentes) Aplicações financeiras Disponibilidade: - Banco - Caixa Encargos previamente constatados (III)				Capitais próprios (I) Reservas Saldo a transferir Resultado de exercício (benefício ou perda) Subsídios de investimento Provisões para riscos e encargos (II) Dívidas (III) Empréstimos e dívidas a mais de um ano Dívidas a menos de um ano: - Fornecedores - Banco Produtos prev. constatados (IV)	
Total (I+II+III)				Total (I+II+III+IV)	

O anexo

O anexo completa o balanço e a conta de resultados, trazendo as necessárias explicações para uma melhor compreensão destes dois documentos. Suscita, assim, as seguintes informações:

- ✓ dados, em números, que completam e detalham certos títulos do balanço e da conta de resultados;
- ✓ dados, não em números, que precisam os métodos de avaliação, os cálculos e a origem dos dados em números.

O anexo fornece informações úteis para completar a restituição do balanço e da conta de resultados aos aderentes da mutualidade e aos terceiros.

Facilita igualmente os controlos interno e externo.

Os diferentes elementos do anexo respeitam, nomeadamente, a:

- ✓ investimentos: aquisições e cedências;
- ✓ modalidades de cálculo das amortizações;
- ✓ créditos: quotizações em atraso;
- ✓ empréstimos: prazos de vencimento, reembolsos efectuados, etc;
- ✓ acontecimentos significativos do ano;
- ✓ observações sobre certas contas.

5.3 A abertura de um novo exercício

A afectação do resultado

O balanço de fecho de um exercício é, igualmente, chamado balanço antes de repartição, pois apresenta o resultado do exercício antes da sua utilização ser determinada. Aquando de uma AG, e em função das recomendações do CA (ou da CE), os aderentes deverão determinar a afectação do resultado, com dois casos figurativos possíveis:

- ✓ se o resultado é um excedente será utilizado para completar as reservas e/ou para realizar obras sociais a favor dos aderentes. Pode, igualmente, ser objecto, total ou parcialmente, de um transporte pela segunda vez;
- ✓ se o resultado é um défice: este será transportado pela segunda vez, esperando que o exercício seguinte seja excedentário.

Após estas decisões, a mutualidade produzirá um novo balanço, chamado balanço após repartição, no qual a linha "Resultado do exercício" terá desaparecido, sendo este último distribuído pelas outras contas. Este balanço após repartição corresponde ao balanço de abertura do exercício seguinte.

O facto da mutualidade ter fim não lucrativo não quer dizer que não deva realizar excedentes. Pelo contrário, estes últimos são necessários para assegurar a viabilidade da mutualidade e melhorar os serviços oferecidos aos aderentes. Mas uma mutualidade não tem mais por vocação acumular esses excedentes, o que significa:

- ✓ por um lado, que esses excedentes devem ser de um montante razoável pois provêm, em normal funcionamento da mutualidade, de uma margem sobre as quotizações. Em outros termos, quotizações elevadas permitem obter importantes excedentes, o que pode parecer positivo, mas, ao mesmo tempo, limitam o acesso à mutualidade das famílias cuja capacidade contributiva é restrita;
- ✓ por outro lado, que a mutualidade deve evitar entesourar. Deve consagrar os seus excedentes, nomeadamente:
 - ao reforço da sua segurança financeira;
 - à realização de acções em favor dos beneficiários.

A utilização dos excedentes deve ser prevista nos Estatutos e no Regulamento Interno da mutualidade. Ela pode ser regulamentada pela lei. A repartição dos excedentes é efectuada em AG, após o relatório financeiro apresentado pelos Gestores da mutualidade e na base das suas propostas.

Segundo os princípios da mutualidade, os excedentes não podem ser redistribuídos aos aderentes. Em compensação, são destinados:

- ✓ à constituição de reservas (estas são apresentadas mais adiante);
- ✓ à realização de novas acções em favor de todos os aderentes : as acções sociais.

Também apelidadas de obras sociais, as acções sociais são realizadas pela mutualidade em favor dos beneficiários, até mesmo em favor de toda a colectividade. Visam responder a outras necessidades diferentes das cobertas pelo seguro saúde. Os exemplos são múltiplos:

- ✓ caixa de assistência: fundo disponíveis para a atribuição de empréstimos, até mesmo doações às famílias carenciadas;
- ✓ prendas para os recém-nascidos: produtos de primeira necessidade dados às mães e ao seu bebé após o parto: sabão, enxoval, etc.;
- ✓ criação de novos serviços: campanhas de prevenção, educação sanitária, serviço de enfermagem, etc.;
- ✓ construção ou contribuição para a construção de infraestruturas comunitárias (poços, escolas, etc.);
- ✓ acções de solidariedade em favor dos indigentes;
- ✓ acções em favor dos deficientes, pessoas idosas, etc.

Exemplo

Uma mutualidade acaba de encerrar o seu quarto exercício anual. Ela cobre 65% do público-alvo.

O seu balanço antes de repartição e a sua conta de resultados indicam, nomeadamente, que:

- o montante das prestações saúde eleva-se a 1 689 000 UM;
- o montante das reservas é de 753 000 UM;
- o resultado do exercício eleva-se a 258 000 UM.

O funcionamento da mutualidade é estável, as relações com os prestadores de cuidados são excelentes e a mutualidade não encontra qualquer dificuldade de maior. Assim, ela decide em AG fixar o montante das suas reservas para o seu quinto exercício ao equivalente a seis meses de prestações doença (do seu quarto exercício, isto é, num montante de 8 44500 UM).

Quando do estabelecimento do balanço após repartição, é retirado da conta de resultado um montante de 91 500 UM para ser afectado à sua conta reservas que, assim, atinge o limite fixado em AG. O saldo do resultado, 166 500 UM, é consagrado à remodelação de um centro de saúde comunitário utilizado por todos os habitantes da aldeia.

A reabertura do diário

A reabertura do diário é efectuada no início do exercício, na base do balancete, após inventário estabelecido, aquando do fecho do precedente exercício. Esta reabertura é efectuada graças a uma articulação de abertura no qual:

- ✓ debitam-se todas as contas das classes 1 a 5, cujo saldo é devedor no balancete após inventário;
- ✓ creditam-se todas as contas das classes 1 a 5, cujo saldo é credor no balancete após inventário.

Este trabalho não respeita pois as contas de encargo e de produtos (classes 6 e 7).

A reabertura das contas

Após a articulação de abertura do diário, as contas das classes 1 a 5 são reabertas para o transporte dos saldos em início de exercício. As contas de encargos e de produtos serão abertas ao passo do exercício, em função das necessidades (sem transporte, portanto, dos saldos do exercício anterior). A contra-outorga dos encargos e dos produtos antecipadamente constatados implica, contudo, exceções. Com efeito, os encargos e produtos antecipadamente constatados do exercício anterior são transferidos para as contas de encargos e de produtos respeitantes ao novo exercício.

Parte 5

A gestão provisional

A gestão eficaz de uma mutualidade de saúde, como a de qualquer outra empresa, assenta numa previsão das actividades futuras. A gestão provisional é, como o nome indica, o ramo da gestão consagrado a esta previsão. Ele fornece informações complementares às produzidas pela contabilidade, a partir da actividade passada e actual da mutualidade. Esta parte trata dos aspectos financeiros da gestão provisional. Comporta dois capítulos.

Capítulo 1 O orçamento

Este primeiro capítulo é consagrado ao orçamento que é a tradução financeira do programa de acção da mutualidade. O orçamento é um dos instrumentos fundamentais da gestão provisional. São descritos e ilustrados sucessivamente as funções do orçamento, as modalidades da sua elaboração e a estimativa das receitas e das despesas de uma mutualidade de saúde. Numa última secção, são apresentados o estabelecimento do orçamento e o seu acompanhamento.

Capítulo 2 O plano de tesouraria

Este segundo capítulo descreve o plano de tesouraria que é uma outra ferramenta de gestão provisional. O plano de tesouraria é necessário a uma gestão eficaz da liquidez num dado período. São descritas, em particular, as funções do plano de tesouraria e as etapas da sua elaboração.

O orçamento

O orçamento constitui uma previsão do volume e da obtenção dos recursos necessários à execução das actividades programadas para um determinado período (geralmente um ano).

O orçamento é preparado a partir do conhecimento do passado e de hipóteses para o futuro. É um importante instrumento de administração e de gestão, ao longo de todo o ano. Regularmente, as realizações deverão ser comparadas com as previsões, o que permitirá tomar a tempo as medidas que se verificarem necessárias.

A principal característica do orçamento de uma mutualidade de saúde é a incerteza quanto ao item mais importante das despesas: as prestações de doença. Este depende de numerosos factores externos à mutualidade, como o estado de saúde da população, a ocorrência de epidemias, etc.

1.1 As funções do orçamento

O orçamento preenche várias funções importantes.

- Incita os aderentes e os Administradores a realizar uma análise do período que passou e a fazer uma projecção no futuro para estabelecer os objectivos e o programa de acção da mutualidade. Evita, assim, uma gestão “às cegas” no dia a dia. A mutualidade conhece os limites a não ultrapassar em matéria de despesas, tendo em conta as suas receitas previsionais.

- Permite fornecer informações essenciais para a tomada de decisões respeitantes às actividades da mutualidade, compreendendo, aí, as actividades imprevistas que poderiam modificar o volume ou a obtenção dos recursos inicialmente definidos.

1.2 A elaboração do orçamento

As etapas

A elaboração do orçamento passa por diferentes etapas:

1. Fixação dos objectivos. A mutualidade fixa objectivos a atingir num dado período. Em função desses objectivos, as actividades a implementar são identificadas e programadas para esse mesmo período.

2. Estimativa das despesas e das receitas. Para cada objectivo e actividade são estimadas receitas (quotizações, subsídios, etc.). Para isso, todas as informações necessárias são previamente reunidas.

A estimativa das receitas e das despesas deve ser feita com prudência e apoiar-se, tanto quanto possível, na passada experiência. No primeiro ano, os dados serão obtidos através do estudo de viabilidade.

3. Preparação do orçamento. A etapa seguinte é a preparação do orçamento que consiste em apresentar, num quadro, num lado, as previsões em matéria de despesas e, no outro lado, as previsões em matéria de receitas.

Este orçamento deve ser equilibrado, em função do resultado esperado no fim do ano. Para isso, é muitas vezes necessário trabalhar sobre vários cenários, fazendo variar, nomeadamente:

- o número de aderentes;
- o montante da quotização;
- o nível de comparticipação das despesas de saúde;
- a redução dos encargos que não são indispensáveis.

Contudo, é preciso assegurar que esses cenários sejam coerentes, atendendo à situação actual da mutualidade.

Por outro lado, quando uma mutualidade implementa diferentes serviços em favor dos seus aderentes, é preferível estabelecer um orçamento para cada um desses serviços e, depois, reuni-los num orçamento global da mutualidade.

4. Aprovação do orçamento. O orçamento é aprovado pela Assembleia Geral. O orçamento, geralmente, é preparado pelo Conselho de Administração e pela Comissão Executiva (ou outros órgãos similares), para ser apresentado em Assembleia Geral onde será discutido, corrigido e, se necessário, adoptado.

1.3 A estimativa das receitas e das despesas

A estimativa das despesas e das receitas da mutualidade é a parte mais complexa da elaboração do orçamento.

Esta complexidade é particularmente importante no primeiro ano de funcionamento da mutualidade, pois esta não dispõe ainda de qualquer experiência. É preciso construir o seu primeiro orçamento sobre um conjunto de hipóteses resultantes do estudo de viabilidade, realizado durante o processo de implementação. A elaboração dos orçamentos para os anos seguintes também não é simples, mas a mutualidade pode, contudo, referir-se aos passados factos e resultados.

As previsões e as estimativas das receitas e das despesas assentam, nomeadamente:

- sobre os números passados, tendo em conta que algumas são o resultado de uma gestão que não é forçosamente mais eficaz; podendo, por exemplo, certos encargos ser reduzidos se a eficácia do funcionamento for melhorada;
- sobre normas que podem ser razoavelmente atingidas (número de beneficiários por família, número de aderentes por aldeia, etc.).

A estimativa das despesas

O orçamento distingue vários títulos de despesas, dos quais, os principais, no quadro específico de uma mutualidade, são, geralmente, os seguintes:

- ✓ as prestações de doença;
- ✓ os custos de funcionamento;
- ✓ as despesas de investimento;
- ✓ os custos diversificados (formação, animação, etc.).

As prestações de doença

Trata-se do item de despesas mais complexo a estimar, pois depende de numerosos parâmetros exteriores, não domináveis pela mutualidade.

Quando a mutualidade determinou os serviços de saúde que irá cobrir, deve estimar, para cada um deles, o montante anual das despesas em prestações. Este montante é calculado segundo a fórmula geralmente utilizada:

$$\begin{array}{ccccccc} \text{Despesas} & & \text{Taxa} & & \text{(Custo médio do} & & \text{Número} \\ \text{em prestações} & = & \text{de utilização} & \times & \text{serviço – co-pagamento} & \times & \text{estimado} \\ \text{para um serviço} & & \text{do serviço} & & \text{a cargo dos pacientes)} & & \text{de beneficiários} \end{array}$$

Aquando da elaboração do seu primeiro orçamento, a mutualidade não pode basear-se senão em hipóteses, muitas vezes aleatórias, resultantes, nomeadamente, do estudo de viabilidade e de inquéritos junto das famílias e dos utilizadores das formações sanitárias.

No primeiro ano de funcionamento, essas hipóteses serão testadas e afinadas, graças, nomeadamente, ao acompanhamento das actividades.

Assim, mês a mês, depois ano a ano, a mutualidade adquire cada vez maior experiência e domínio deste título de despesas.

Contudo, será sempre preciso realizar projecções para estabelecer as suas previsões orçamentais, tendo em conta diferentes parâmetros, tais como:

- ✓ evolução do número de beneficiários;
- ✓ a evolução da utilização dos serviços de saúde;
- ✓ a evolução do preço dos serviços de saúde e dos medicamentos;
- ✓ a inflação.

Por razão da incerteza que pesa sobre o conjunto desses parâmetros, muitas vezes é acrescentada uma margem de segurança ao total das despesas estimadas em prestações de doença. Esta margem é geralmente fixada em cerca de 10% no arranque das actividades, podendo, depois, ser diminuída progressivamente (até 5% por exemplo), quando a mutualidade atingir um funcionamento estável.

No caso de um sistema de terceiro pagador, uma outra forma de ter previsões mais seguras é prever, em colaboração com os prestadores de cuidados, os possíveis aumentos do preço dos cuidados no decurso do ano. Para esse fim, um importante preliminar para a preparação do orçamento anual é a negociação com os prestadores sobre as tarifas dos diferentes serviços cobertos, o que é feito todos os anos, no quadro da renovação dos convénios.

- ✓ Esta negociação permite fixar:
 - quer uma tarificação fixa para todo o ano, independentemente da inflação;
 - quer modalidades de repercussão das altas de preços das tarifas no decurso do ano sobre as prestações facturadas à mutualidade (prevendo por exemplo uma diferença de vários meses na alteração das tarifas aplicadas).

Os custos de funcionamento

Este título compreende todas as despesas que entram no funcionamento normal da mutualidade, além das prestações de doença. Trata-se, nomeadamente:

- ✓ dos salários ou abonos do pessoal;
- ✓ das despesas de deslocação;
- ✓ dos alugueres;
- ✓ dos fornecimentos de escritório; das despesas de manutenção corrente.

As despesas de investimento

Os investimentos são objecto, em princípio, de um orçamento particular que respeita à sua duração de vida. No ano do investimento, o custo de aquisição do bem será previsto no orçamento principal. Por consequência, aparecerão nos orçamentos as despesas anuais

relativas a esse investimento, por exemplo, as anuidades dos empréstimos ou os custos de manutenção.

Os custos diversos

A mutualidade pode escolher distinguir certos títulos de despesas, tais como, os custos de formação e de animação, que, muitas vezes, constituem actividades específicas.

A avaliação das receitas

As principais receitas de uma mutualidade provêm:

- ✓ das quotizações;
- ✓ dos direitos de adesão;
- ✓ de prestações de serviços auxiliares (transporte de doenças, etc.);
- ✓ dos subsídios, doações e legados;
- ✓ dos produtos financeiros sobre as aplicações;
- ✓ de outras fontes:
 - actividades promocionais (tômbolas, espectáculos culturais, etc.);
 - prestações de serviços facturados a utilizadores externos (aluguer de salas, material, etc.).

As quotizações

O cálculo das quotizações constitui um dos aspectos mais complexos da implementação de uma mutualidade de saúde, o que determinará, em grande parte, a viabilidade futura. O método de cálculo das quotizações foi apresentado no capítulo 1 da parte 1. Não é inútil sublinhar uma vez mais que este cálculo assenta num equilíbrio a encontrar entre o montante da quotização e, portanto, o nível da cobertura e a acessibilidade da mutualidade às pessoas que constituem o público-alvo.

A elaboração do orçamento

Esta última etapa consiste em apresentar, num quadro, uma síntese de todas as estimativas de receitas e de despesas precedentemente efectuadas. Aquele apresenta, num lado, as despesas e, no outro, as receitas; mas deve estar equilibrado: sendo o total da coluna "Receitas" igual ao total da coluna "Despesas". Para atingir esse equilíbrio, a mutualidade deverá, talvez, rever certas hipóteses de partida: diminuição dos custos de funcionamento, aumento dos direitos de adesão, até mesmo das quotizações, etc.

Dado poderem verificar-se despesas imprevistas no decurso do funcionamento, deve ser acrescentado um montante para "imprevistos" ao total das despesas provisionais.

Exemplo

A Federação dos Pescadores de la Lagune criou uma mutualidade de saúde que cobrirá a 100% os partos nas maternidades convencionadas e a 80% as despesas de internamento nos centros de saúde (CS) e nos hospitais civis, igualmente convencionados.

Antes de iniciar o seu primeiro exercício, os promotores da mutualidade elaboraram um orçamento pre-visual que será submetido para aprovação à Assembleia Geral Constituinte.

As principais bases de cálculo deste orçamento são as seguintes:

a) *As receitas*

- No primeiro ano, são esperados 500 aderentes. Com um número médio de 6 pessoas por família, isso representa 3000 beneficiários.
- As quotizações
 - O custo médio de um parto é estimado em 5000 UM (incluindo o acto, os cuidados ao recém nascido e os medicamentos para a mãe e a criança). A taxa de utilização é estimada em 4,5%. O prémio por beneficiário para os partos será: $5000 \times 4,5\% = 225$ UM /ano.
 - O custo médio de um internamento num centro de saúde é de 7 000 UM. A taxa de utilização é estimada em 6%. O prémio para este serviço e por beneficiário será $(7\ 000 - (7000 \times 20\%)) \times 6\% = 336$ UM.
 - O custo médio de um internamento num hospital civil é de 35 000 UM. A taxa de utilização é estimada em 4%. O prémio por beneficiário para estes internamentos será $(35\ 000 - (35\ 000 \times 20\%)) \times 4\% = 1\ 120$ UM.
 - O prémio eleva-se ao total de $225 + 336 + 1120 = 1681$ UM / ano / pessoa.
 - A margem de segurança é fixada em 10% do prémio, ou seja: $1681 \times 10\% = 168$ UM / pessoa.
 - O custo unitário de funcionamento é fixado à razão de 10% do prémio + a margem de segurança, ou seja: $(1681 + 168) \times 10\% = 185$ UM / ano / pessoa.
 - O total eleva-se portanto a: $1681 + 168 + 185 = 2034$ UM/ ano / pessoa.
 - Uma margem de 5% deste total é acrescentada, tendo em vista libertar excedentes para constituir reservas, ou seja: $2\ 034 \times 5\% = 102$ UM.
 - A quotização anual total será, portanto: $2\ 034 + 102 = 2136$. É decidido arredondar para 2150/ ano / beneficiário.
- Os direitos de adesão são fixados em 1 000 UM por aderente, ou seja, receitas previsionais de $500 \times 1\ 000 = 500\ 000$ UM.

b) *As despesas*

- A AG Constituinte terá lugar em 5 Janeiro 2002. As adesões e o pagamento das quotizações terão lugar até ao fim de Janeiro. Os beneficiários deverão respeitar um período de observação de quatro meses (incluindo Janeiro), antes de terem direito às prestações da mutualidade.
- Em função deste número de beneficiários e do período de observação, as despesas em prestações previsionais serão as seguintes:
 - Partos: $3\ 000 \times 225 \times 8/12 = 450\ 000$ UM.

- Internamentos no CS: $3000 \times 336 \times 8/12 = 672\ 000$ UM.
- Internamentos em hospitais civis = $3000 \times 1120 \times 8/12 = 2240\ 000$ UM.
- A mutualidade comprará algum mobiliário para o seu escritório (mesas, cadeiras, armários, etc.) por um valor total de 225 000 UM.
- Com o dinheiro dos direitos de adesão, a mutualidade fará imprimir 4000 cartões de aderentes, cujo custo unitário é de 100 UM (orçamento do tipógrafo), ou seja 400 000 UM.
- As compras de documentos de gestão e outros abastecimentos são estimados em 150 000 UM.
- A mutualidade reunirá todos os trimestres dois representantes de cada agrupamento de pescadores que contam com membros mutualistas. Estes ver-se-ão reembolsados das suas despesas de táxi, cujo montante é estimado em 800 UM por representante. Vinte agrupamentos participarão na mutualidade para este primeiro ano, sendo as despesas de transporte provisionais de: $20 \times 2 \times 800 \times 4 = 128\ 000$ UM.
- A mutualidade alugará à Federação um pequeno escritório, cuja renda é de 5000 UM por mês, ou seja 60 000 UM por ano. As despesas com electricidade são estimadas em 10 000 UM por ano.

O orçamento da mutualidade para este primeiro ano é o seguinte:

DESPESAS			RECEITAS		
	Sub-total	Total		Sub-total	Total
Investimentos		225 000	Direitos de adesão		500 000
Mobiliário	225 000				
Prestações doença		3 362 000	Quotizações		6 450 000
Partos	450 000				
Internamentos CS	672 000				
Hospitais civis	2 240 000				
Custos de funcionamento		748 000			
Cartões de aderentes	400 000				
Abastecimentos	150 000				
Custos de deslocação	128 000				
Renda	60 000				
Electricidade	10 000				
Imprevisíveis		433 500			
10% dos totais precedentes					
Total das despesas		4 768 500	Total das receitas		6 950 000
Saldo positivo		2 181 500			
Total		6 950 000	Total		6 950 000

O saldo deste orçamento (não confundir com o resultado do exercício) é largamente positivo e resulta em grande parte do período de observação.

1.4 A implementação do orçamento

O orçamento permite antecipar as receitas e as despesas, mas isso não basta para a sua entrada em vigor. É igualmente preciso conhecer os números reais e compará-los com as previsões e procurar, sendo caso disso, a origem dos desvios. Isto é realizado na altura da implementação do orçamento. Esta comporta duas funções realizadas simultaneamente:

- a execução do orçamento;
- o acompanhamento do orçamento.

A execução do orçamento

A execução do orçamento é o acto pelo qual a mutualidade implementa as actividades previstas, realiza as despesas e as receitas programadas no seu orçamento.

Os Administradores e os Gestores da mutualidade desempenham um papel importante na execução do orçamento. Os Estatutos e o Regulamento Interno prevêem a este respeito uma repartição precisa das responsabilidades, distinguindo aquelas que autorizam uma despesa e as que a executam.

O acompanhamento do orçamento

O acompanhamento do orçamento consiste em comparar regularmente as previsões e as realizações. Permite detectar anomalias, procurar as causas e remediá-las.

As anomalias correspondem aos desvios de grande amplitude constatados entre as previsões e a realidade. É importante notar a este nível a estreita ligação entre o controlo do orçamento e o “painel de bordo” da mutualidade (ver o capítulo 2 da parte 7).

- ✓ Os diferentes indicadores do “painel de bordo” permitem compreender os desvios;
- ✓ Esses indicadores permitem, igualmente, afinar, em cada um dos exercícios, a repartição pelo ano dos diferentes títulos do orçamento.

Esta fase de acompanhamento estende-se por todo o período coberto pelo orçamento, geralmente, um ano. Isso implica que o orçamento, uma vez estabelecido para o ano, deve, seguidamente, ser objecto de fraccionamento periódico, geralmente, por mês ou por trimestre.

O escalonamento do orçamento

Este fraccionamento do orçamento requer que se proceda a um escalonamento das receitas e das despesas.

O escalonamento das receitas

As principais receitas a repartir são as quotizações. Estando estas directamente ligadas ao número de aderentes e de beneficiários, a repartição no tempo deste título de receitas começa por uma estimativa mês a mês do número de aderentes esperado.

Esta estimativa é relativamente simples para as mutualidades cujas adesões se desenrolam num período fechado (num mês, num trimes-

tre). Quando estas se desenrolam num período aberto, isto é, durante todo o ano, a mutualidade deve, então, estimar as possíveis evoluções mensais do número de aderentes.

Para fazer isso, deve ter em conta a programação das reuniões de informação da população (nas quais um dos objectivos é fazer entrar novos aderentes), assim como, os períodos de rendimentos. Os períodos de venda das colheitas são, por exemplo, mais propícios às adesões do que os períodos de carência monetária.

As outras receitas da mutualidade são, geralmente, mais fáceis de repartir no tempo (subsídios, actividades promocionais, etc.).

O escalonamento das despesas

A principal dificuldade respeitante às despesas situa-se na repartição das prestações de doença. Esta deve, com efeito, ter em conta variações sazonais da morbidez.

No arranque da mutualidade, as únicas informações disponíveis são os dados das formações sanitárias. Contudo, estas reflectem por sua vez a morbidez, mas também os períodos de fortes e fracos rendimentos; influenciando fortemente, estes últimos, a utilização dos serviços de saúde.

No primeiro ano de funcionamento, a estimativa da repartição das despesas com prestações de doença seria, pois, muito aleatória, com o conseqüente risco de constatar numerosos desvios entre a realidade e as previsões.

Nos anos seguintes, esta repartição basear-se-á sobre os dados do quadro de acompanhamento das prestações de doença (ver parte 3: A gestão das adesões, das quotizações e das prestações) que acompanha, nomeadamente, as taxas de utilização mensais dos beneficiários e as variações sazonais observadas pela mutualidade.

O quadro de comparação previsões-realizações

Este quadro constitui a ferramenta de acompanhamento do orçamento. O modelo proposto no exemplo seguinte permite comparar as previsões e as realizações, ao mesmo tempo, para um determinado período (mês, trimestre ou outro) e acumulado. Compreende várias colunas.

- ✓ Designação. Comporta a natureza da receita ou da despesa.
- ✓ Previsões orçamentais:
 - orçamento para o período: fracção do orçamento afectado ao período em questão;
 - acumulado dos períodos: adição de todas as fracções dos anteriores períodos àquela em curso de análise.
- ✓ Realizações:
 - realizações durante o período: despesas ou receitas efectivamente realizadas durante o período analisado;

- acumulado das realizações: adição de todas as despesas às receitas dos anteriores períodos aquela em curso de análise.
- ✓ **Desvios:**
 - desvio durante o período: diferença entre a coluna realizações e a coluna previsões para o período (em % das previsões).
 - desvio acumulado: diferença entre a coluna acumulado das realizações e a coluna acumulado das previsões (em % das previsões).
- ✓ **Observações.** Todas as notas sobre a causa dos desvios observados.

A análise das anomalias

As anomalias correspondem aos desvios com forte amplitude. O desvio corresponde à diferença: realizações-previsões.

Como já foi assinalado, no arranque de uma mutualidade, os desvios mais importantes são, geralmente, registados nas despesas em prestações. Provêm da dificuldade em prever o montante e a repartição destas durante o ano.

Contudo, esta dificuldade não deve camuflar outras causas de desvio que podem resultar de alterações de comportamento dos beneficiários (risco moral, fraudes, abusos) e/ou dos prestadores (riscos de sobreprescrição). O quadro de acompanhamento das prestações verifica-se, aqui, particularmente útil, a fim de melhor compreender as anomalias observadas.

Exemplo

A mutualidade criada pela Federação dos Pescadores de la Lagune efectua um quadro de comparação orçamental todos os trimestres.

O quadro efectuado no final do segundo trimestre (seis meses após o arranque da mutualidade) é apresentado a seguir.

Após o período de observação, a mutualidade apenas conhece dois meses (Maio e Junho) de prestações de doença. Para efectuar o quadro de comparação, as despesas previsionais de prestações foram repartidas, de modo igual, pelos oito meses de cobertura.

Quadro de comparação previsões - realizações - Junho 2002

Designação das despesas	Previsões			Realizações				Observações
	Anuais	Período (2º trimestre)	Acumulado dos períodos	Período	Desvios	Acumulado dos períodos	Desvios	
Prestações de doença	3 362 000	841 500	1 683 000	930 500	+10,6%	1 780 000	+5,8%	Verificar os internamentos nos centros de saúde
Partos	450 000	112 500	225 000	92 500	-17,8%	215 000	-4,4%	
Internamentos CS	672 000	168 000	336 000	253 000	+50,6%	415 000	+23,5%	
Hospitais	2 240 000	561 000	1 122 000	585 000	+4,3%	1 150 000	+2,5%	
Custos de funcionamento	748 000	62 000	589 000	70 000	+12,9%	623 000	+5,8%	
Cartões aderentes	400 000	0	400 000	0	-	400 000	-	
Abastecimento	150 000	10 000	90 000	12 000	+20,0%	115 000	+27,8%	
Custos de deslocação	128 000	32 000	64 000	38 000	+18,8%	73 000	+14,1%	
Alugar	60 000	15 000	30 000	15 000	-	30 000	-	
Electricidade	10 000	5 000	5 000	5 000	-	5 000	-	
Total das despesas	4 110 000	903 500	2 272 000	1 000 500	+10,7%	2 403 000	+5,8%	

Designação das receitas	Previsões			Realizações				Observações
	Anuais	Período (2º trimestre)	Acumulado dos períodos	Período	Desvios	Acumulado dos períodos	Desvios	
Direitos de adesão	6 450 000	0	6 450 000	250 750	-	5 137 190	-20,4%	237 810 UM de quotização em atraso a cobrar
Quotizações	500 000	0	500 000	0	-	500 000	-	
Total das receitas	6 950 000	0	6 950 000	250 750	-	5 637 190	-18,9%	

O quadro de comparação indica, entre outros, que:

- as despesas em prestações de doença são globalmente superiores às esperadas. Os desvios estão, sobretudo, ligados aos internamentos nos centros de saúde. O nível de despesas que aí é observado merece a implementação de um controlo das prestações;
- o número de pessoas que deviam aderir foi mesmo de 500, mas o dos beneficiários é apenas de 2 500 pessoas; consequentemente, o montante total das quotizações será apenas de 5 375 000 UM. Além disso, vários aderentes não pagaram a sua quotização integralmente, prometendo pagar o resto em Julho. Resta, assim, por cobrar um montante de 237 810 UM.



O plano de tesouraria

A tesouraria de uma mutualidade, como de qualquer outra organização, designa o dinheiro imediatamente disponível (disponibilidades) na caixa e nas contas bancárias, que lhe permite efectuar despesas sem ter que vender um activo.

A gestão da tesouraria visa, simultaneamente:

- dispor da liquidez necessária para fazer face em qualquer momento aos compromissos para com os aderentes e os prestadores de cuidados;
- utilizar da melhor forma a liquidez, determinando os montantes que podem ser aplicados para gerar produtos financeiros.

O plano de tesouraria é o documento no qual assenta a gestão da tesouraria. Trata-se de um quadro de previsão dos depósitos e dos levantamentos da caixa a realizar mês a mês e durante o exercício.

2.1 As funções do plano de tesouraria

O plano de tesouraria permite a uma mutualidade otimizar a sua gestão de tesouraria:

- permite à mutualidade assegurar a sua solvabilidade, isto é, a sua capacidade em fazer face, a qualquer momento, aos seus compromissos e aos seus prazos de vencimento;
- permite determinar, no caso de tesouraria positiva, os montantes que possam ser aplicados e as durações desejáveis para essas aplicações;
- constitui uma ferramenta de planificação e de previsão;
- é também um instrumento de acompanhamento e de controlo;
- permite, no caso de previsões de dificuldades de tesouraria, negociar empréstimos ou prorrogações de prazos de pagamento para com os credores.

2.2 A elaboração do plano de tesouraria

A elaboração de um plano de tesouraria está ligada à do orçamento, já que se trata de estimar as receitas e as despesas do ano. Contudo, diferentemente deste último, o plano de tesouraria é estabelecido mês a mês e interessa-se, unicamente, pelos fluxos de liquidez.

O plano de tesouraria apresenta-se como um quadro de síntese que faz ressaltar, para cada mês:

- o saldo do mês anterior;
- o total mensal dos depósitos em caixa;
- as disponibilidades do mês: saldo anterior + total dos depósitos em caixa;
- o total mensal dos levantamentos da caixa;
- o saldo do mês: disponibilidades do mês – total dos levantamentos da caixa.

O saldo mensal pode ser positivo ou negativo.

- Quando é positivo, isso significa que as disponibilidades do mês são superiores aos levantamentos da caixa e, portanto, que não haverá problemas de liquidez. Se este saldo é importante, a mutualidade pode considerar aplicar parte dele, a fim de gerar produtos financeiros.
- Quando o saldo é negativo, isso significa que os levantamentos da caixa são superiores às disponibilidades. A mutualidade não disporá suficientemente de dinheiro para fazer face aos seus compromissos. Neste caso simbólico, várias soluções podem ser consideradas. Em particular:
 - ✓ negociar um empréstimo a curto prazo para “equilibrar o orçamento”;
 - ✓ deferir certas despesas (por exemplo obtendo aumentos de prazos de pagamento);
 - ✓ empreender acções para aumentar os depósitos em caixa (por exemplo, conduzindo uma campanha de cobrança das quotizações em atraso).

A elaboração de um plano de tesouraria é um trabalho particularmente delicado no quadro de uma mutualidade de saúde. As dificuldades são as mesmas que as encontradas para a elaboração do orçamento e respeitam, sobretudo, à estimativa das despesas em prestação doença. A sua previsão deve com efeito ter em conta variações sazonais da morbidez (mais o paludismo durante as chuvas, mais as meningites durante o harmatão*, etc.).

A experiência mostra, igualmente, que, quando uma mutualidade pratica uma quotização fraccionada (semanal, mensal, etc.), ela deve prever uma variação mensal da sua taxa de cobrança. Com efeito, esta sofrerá variações em função dos períodos de fortes ou de fracos rendimentos. Consequentemente, são, geralmente, precisos vários anos a uma mutualidade antes de controlar as suas estimativas. Será, pois, necessário ser particularmente prudente durante esse período em matéria de aplicações.

* Vento leste, quente e seco (Nota da tradução)

Exemplo

A mutualidade dos Pescadores de la Lagune elabora um plano de tesouraria a seis meses. Este, para o primeiro semestre de funcionamento da mutualidade, apresenta-se assim:

	Total do semestre	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho
Transporte do mês anterior (A)		553 000	603 000	278 000	241 000	317 250	1 392 000
Depósito em caixa							
Quotizações	6 450 000	6 450 000					
Direito adesão	500 000	500 000					
Levantamento das aplicações						1 500 000	
Produtos financeiros					81 250		
Total depósitos em caixa (B)	6 950 000	6 950 000	0	0	81 250	1 500 000	0
Levantamentos da caixa							
Compra mobiliário	225 000	225 000					
Prestações de doença	840 500					420 250	420 250
Cartões de aderentes	400 000	100 000	300 000				
Abastecimentos	90 000	70 000	20 000				
Deslocações	64 000			32 000			32 000
Aluguer	30 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Electricidade	5 000						5 000
Total de levantamentos caixa (C)	1 654 500	400 000	325 000	37 000	5 000	425 250	462 250
Disponibilidades mês (A+B)	6 950 000	7 503 000	603 000	278 000	322 250	1 817 250	1 392 000
Aplicações (D)		6 500 000					
Saldo no fim do mês (A+B-C-D)	5 295 500	603 000	278 000	241 000	317 250	1 392 000	929 750

Os saldos mensais previstos para os primeiros meses são importantes e resultam do período de observação que se estende de Janeiro a Abril. Os responsáveis da mutualidade prevêem, então, aplicar uma parte da tesouraria numa conta poupança, a fim de promover a rentabilização de uma parte dos fundos. É o que fazem desde Janeiro, aplicando 6 500 000 UM num depósito a prazo de três meses, no vencimento do qual, a mutualidade vai arrecadar produtos financeiros. No início de Maio, recolocam este fundo num depósito a prazo de três meses, retirando 1 500 000 UM, depositados na conta bancária corrente, como previsão das primeiras prestações de doença. Para o segundo semestre, a mutualidade decide estabelecer planos de tesouraria mensais, esperando um bom controlo das suas despesas com prestações de doença.

Parte 6

A gestão dos riscos ligados ao seguro

Uma mutualidade é exposta a um certo número de riscos que decorrem em parte da incidência do seguro sobre o comportamento dos beneficiários e dos prestadores de cuidados. Estes riscos são conhecidos e podem ser prevenidos ou limitados pela implementação de medidas técnicas e financeiras adequadas. Esta parte, compreendendo dois capítulos, examina os diferentes riscos ligados ao seguro, apresenta as medidas, visando limitá-los, e introduz os mecanismos destinados a consolidar a situação financeira da mutualidade.

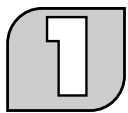
Capítulo 1 Os principais riscos ligados ao seguro e a sua prevenção

Este primeiro capítulo descreve os principais riscos ligados ao seguro de saúde, em particular, o risco moral, a selecção adversa, os abusos e fraudes. Passa em revista as diferentes categorias de medidas, visando prevenir esses riscos ou limitar-lhes o impacto.

As condições de aplicação destas medidas são aí descritas e compreendidos os seus possíveis efeitos negativos sobre certos aspectos do funcionamento das mutualidades.

Capítulo 2 Os mecanismos de consolidação financeira

Este segundo capítulo trata dos mecanismos financeiros que podem ser utilizados para fazer face às incertezas, em matéria de custos das prestações da mutualidade. São, assim, introduzidos a constituição de reservas financeiras, a participação num fundo de garantia e a subscrição de um sistema de resseguro.



Os principais riscos ligados ao seguro e à sua prevenção

Uma mutualidade de saúde é confrontada com certos riscos ligados ao seguro. Estes riscos decorrem, em grande parte, das escolhas e das modalidades de participação das despesas de saúde dos beneficiários, assim como mecanismos de funcionamento da mutualidade.

Por exemplo, nota-se que:

- as consultas ambulatoriais são fortemente submetidas ao risco de uma utilização abusiva por parte dos beneficiários. Com efeito, a participação destas consultas pelo seguro pode incitar os beneficiários a recorrer a ele mais do que o necessário para "valorizar" o mais possível a sua quotização;
- a participação das doenças crónicas e da cirurgia programável expõe a mutualidade ao risco de uma adesão maciça de pessoas sofrendo dessas doenças ou necessitando de ser operadas.

Sendo conhecidos estes riscos ligados ao seguro, os promotores e responsáveis de uma mutualidade de saúde devem recorrer a medidas de prevenção.

As principais medidas com possibilidade de ser implementadas são descritas neste capítulo. A mutualidade deverá escolher aquelas que melhor se adaptem à sua realidade, ou cuja combinação seja a mais apropriada, tendo em vista as suas características.

Estas medidas têm, na maioria das vezes, efeitos secundários negativos, nomeadamente, em termos de aceitação pelos aderentes. Trata-se, pois, de adoptar uma combinação equilibrada e complexa de medidas, que muitas vezes requer alguns anos de aprendizagem, de acompanhamento e de avaliação.

1.1 Os riscos ligados ao seguro

Estes riscos estão ligados ao facto de que o sistema de seguro implementado pela mutualidade irá ter incidências sobre a procura e a oferta de cuidados.

Assim, constata-se, nomeadamente, que:

- a possibilidade de se segurar atrai os indivíduos cujo risco de doença é mais elevado;
- a comparticipação das despesas de saúde incita os aderentes a utilizar mais cuidados do que anteriormente e/ou a deixarem de prevenir a ocorrência das doenças;
- a mutualidade pode ter um impacto positivo no financiamento dos serviços de saúde, mas pode incitar determinados prestadores a modificar as suas práticas terapêuticas para favorecer a dispensa de actos mais rentáveis para eles e não forçosamente os mais eficientes para a saúde dos beneficiários.

Os principais riscos ligados ao seguro são:

- a selecção adversa;
- o risco moral;
- as fraudes e os abusos;
- a ocorrência de casos catastróficos.

A selecção adversa A selecção adversa é o risco de que pessoas, que apresentem um elevado risco de doença, subscrevam um seguro numa maior proporção do que os outros membros da população. Dito de outra forma, uma mutualidade, em função da gama das prestações que oferece e das modalidades de adesão, pode "atrair" uma população mais exposta aos riscos de doença (fala-se de seguro dos "maus riscos") do que a média da população.

A selecção adversa, igualmente chamada anti-selecção, põe em causa um dos fundamentos do seguro: o princípio de partilha de riscos entre os doentes e os saudáveis.

A selecção adversa pode levar uma mutualidade a uma espiral perigosa: se as pessoas saudáveis representarem um número mais reduzido do que o previsto, a mutualidade poderá sofrer um desequilíbrio financeiro e ser levada a aumentar as suas quotizações. A partir daí, apenas os indivíduos com maior risco de doença estarão interessados em aderir, aumentando, desta forma o desequilíbrio, e assim por diante.

O risco de selecção adversa traduz-se concretamente ao nível:

- ✓ do perfil dos beneficiários entre os quais se encontrará, em especial e em função das prestações cobertas, uma proporção mais elevada do que na população global de:
 - doenças crónicas;

- mulheres em idade de procriar;
 - crianças dos 0 a 5 anos;
 - pessoas idosas.
- ✓ da dimensão média das famílias membros da mutualidade: em função das modalidades de adesão e do montante da quotização, os aderentes podem ser tentados a operar uma selecção no seio da sua família, apenas quotizando para aqueles que têm um maior risco de doença;
 - ✓ do consumo de cuidados pelos beneficiários: estando em maioria na mutualidade as pessoas com forte risco de doença, a taxa de utilização, e, igualmente, o custo médio dos serviços de saúde será mais elevada do que a utilizada no cálculo das quotizações (baseado em dados relativos ao público-alvo no seu conjunto).

O risco moral

O risco moral resulta do facto de que os beneficiários, por um lado, e os prestadores de cuidados, por outro, podem modificar o seu comportamento em razão do seguro.

O sobreconsumo

Tratando-se dos beneficiários, o risco moral traduz-se por um fenómeno de sobreconsumo de cuidados. Os beneficiários da mutualidade terão tendência a utilizar abusivamente, mais do que habitualmente, os cuidados cobertos a fim de “rentabilizar” ao máximo as quotizações pagas. Este fenómeno de sobreconsumo traduz-se, concretamente, por:

- ✓ uma taxa de utilização dos serviços de saúde anormalmente elevada;

Esta situação não deve, contudo, ser confundida com o facto de que a comparticipação das despesas de saúde tende naturalmente a aumentar a taxa de utilização dos serviços de saúde que, assim, se aproxima da taxa de morbidez local. Um dos principais objectivos da mutualidade é, com efeito, levantar a barreira financeira que trava o consumo de cuidados. A consequência desta barreira é que a taxa de utilização dos serviços de saúde, antes da implementação da mutualidade é, geralmente, inferior à taxa de morbidez¹⁶;

- ✓ um aumento do custo médio dos cuidados cobertos.

Dada a cobertura dos cuidados, alguns aderentes terão tendência a pedir aos prestadores mais actos (aumento dos exames de laboratório, das radiografias, das ecografias, etc.) e mais medicamentos do que o necessário.

16 Uma mutualidade deve, portanto, se as dificuldades de acesso aos cuidados atingem uma grande parte do público-alvo, basear o cálculo das suas quotizações na taxa de morbidez e não nas taxas de utilização registadas nos diferentes serviços.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde cobre a população de duas aldeias, das quais a aldeia A acolhe o centro de saúde. A segunda, a aldeia B, dista 6 quilómetros do centro de saúde. A mutualidade comparticipa em todos os cuidados ambulatoriais no centro de saúde, assim como, nos partos.

Ao fim de um ano de funcionamento, a mutualidade estabelece um primeiro balanço. O acompanhamento que realizou durante o ano permite-lhe constatar que para as consultas ambulatoriais:

- a taxa de utilização dos não mutualistas eleva-se a 0,3 consulta/ano/pessoa;
- a taxa é de duas consultas/ano/pessoa para os mutualistas da aldeia A;
- a taxa é de uma consulta/ano/pessoa para os mutualistas da aldeia B.

Após estudos mais aprofundados, a mutualidade tira as seguintes conclusões:

- a utilização média de cuidados pelos beneficiários da aldeia B é pouco mais de três vezes superior ao dos não mutualistas. Contudo, eleva-se em média, num ano, a uma consulta por pessoa, o que representava a taxa de utilização esperada, após o estudo de viabilidade. Esta taxa reflecte a morbidez local;
- o consumo dos beneficiários da aldeia A é nitidamente superior às previsões, pois eleva-se a duas consultas por ano e por pessoa;
- a diferença entre as duas aldeias explica-se pelo facto da distância entre a aldeia B e o centro de saúde desencorajar os recursos, inúteis, aos cuidados. Em contrapartida, na aldeia A, a proximidade do centro de saúde incita os aderentes a multiplicar as consultas não necessárias, resultando um importante fenómeno de sobreconsumo.

A sobreprescrição

O aumento das despesas médias de cuidados pode igualmente resultar de uma mudança de comportamento dos prestadores de cuidados. A solvabilidade dos beneficiários da mutualidade pode, com efeito, incitar certos prestadores a recorrer aos actos mais rentáveis ou a prescrever cuidados inúteis, a fim de aumentar as suas margens beneficiárias ou dar "satisfação" aos beneficiários.

Este fenómeno traduzir-se-á, por exemplo, por um prolongamento da duração de estadia num internamento, a sistemática prescrição de exames laboratoriais, de radiografias, de ecografias, etc., ou, ainda, um aumento do número médio de medicamentos por receita. O risco de sobreprescrição é tanto mais importante quando, como anteriormente foi visto, os beneficiários podem eles próprios levar os prestadores a este tipo de práticas.

As fraudes e os abusos

Existem vários tipos de fraudes possíveis, entre as quais, a mais frequente é a usurpação de identidade por indivíduos que procuram aproveitar prestações da mutualidade, sem serem beneficiários e, portanto, sem contribuírem para o seu financiamento.

Esta fraude pode ser o facto:

- ✓ dos próprios aderentes, que podem ser tentados (levados) a fazer aceder pessoas do seu meio (membros da família ou vizi-

nhos, por exemplo) às prestações da mutualidade sem que estas sejam beneficiárias;

- ✓ de indivíduos não beneficiários da mutualidade que tentem fazer-se passar por beneficiários, junto dos prestadores de cuidados.

Os abusos e fraudes traduzem-se, concretamente, para a mutualidade num aumento de utilização dos serviços de saúde. Este aumento será progressivo. Pode ser cancelado rapidamente, se a mutualidade efectuar um bom controlo, permitindo detectar e sancionar os primeiros casos de fraudes. Pode, em contrapartida, aumentar rapidamente e atingir proporções catastróficas, se não houver controlo nem sanção.

O controlo social desempenha um papel importante a este nível. É por isso que o risco de fraudes e de abusos é menos importante numa pequena mutualidade, onde todos os aderentes se conhecem. Este risco é, em contrapartida, particularmente importante nas grandes mutualidades. É-o, igualmente, no caso de conluio entre os aderentes e os prestadores de cuidados. A título de exemplo, os aderentes podem entender-se com um prestador de cuidados para que este faça passar por consultas pequenos internamentos, quando estes últimos constituam o único serviço coberto pela sua mutualidade.

A ocorrência de casos catastróficos

Este último risco está ligado a eventos excepcionais e não controláveis pela mutualidade, tais como:

- ✓ o aparecimento de epidemias que provocam um aumento maciço e brutal da quantidade e/ou do custo das prestações e podem levar a uma situação de crise financeira para a mutualidade;
- ✓ a comparticipação de uma despesa de cuidados excepcional. Este risco respeita, essencialmente, à cobertura dos serviços de internamento e de cirurgia e aparece, aquando da comparticipação de um dano particularmente grave que requeira uma intervenção pesada e onerosa. Trata-se de casos raros, mas que podem, igualmente, colocar uma pequena mutualidade em situação de crise financeira.

1.2 A prevenção dos riscos ligados ao seguro

O objectivo da prevenção é evitar o aparecimento dos riscos anteriormente descritos ou reduzir o seu impacto na mutualidade. Sendo estes riscos previamente conhecidos, os responsáveis de uma mutualidade de saúde devem integrar nos mecanismos de funcionamento um conjunto de medidas que permitirão prevenir ou limitar o seu aparecimento. Deverão, nomeadamente, ter em conta que os riscos são muito dependentes da natureza dos serviços cobertos.

Não existe receita miraculosa nesta matéria e cada mutualidade deve escolher, entre todas as possíveis medidas, as que melhor se adaptem à situação. As medidas mais correntes são adiante descritas, colocando em evidência os seus efeitos positivos e negati-

vos. Com efeito, cada medida pode ter consequências nefastas, nomeadamente, nas adesões.

As medidas relacionadas com as adesões

Estas medidas visam reduzir o risco de selecção adversa ao:

- ✓ procurar uma cobertura, a maior possível, dos potenciais beneficiários. O objectivo é, de algum modo, "diluir" a proporção de pessoas com forte risco de doença;
- ✓ limitar a possibilidade de os membros do público-alvo decidirem por si próprios se se querem ou não segurar.

As principais medidas possíveis respeitam os tipos, os modos e o período de adesão, o número de beneficiários no início do funcionamento da mutualidade e o respeito da unidade de base das adesões.

Os tipos de adesão

Num sistema de seguro são possíveis três tipos de adesão principais:

- ✓ a adesão voluntária: o potencial aderente é livre de escolher entre aderir ou não à mutualidade;
- ✓ a adesão automática: a adesão é automática quando a filiação numa entidade (aldeias, cooperativas, empresas, etc.) implica automaticamente a adesão à mutualidade. A decisão de aderir é tomada pelo grupo (e não por cada indivíduo) e não é imposta do exterior;
- ✓ a adesão obrigatória: os indivíduos, as famílias ou os agrupamentos são obrigados a aderir sem que esta decisão tenha sido tomada por eles.

As formas de adesão

São possíveis três formas principais de adesão, conforme a respectiva base seja:

- ✓ o indivíduo: cada pessoa adere individualmente, sem obrigações de pertencer a uma família ou uma colectividade;
- ✓ a família: todos os membros da família devem estar inscritos e pagar a sua quotização; os critérios que definem a família e a condição de pessoa a cargo são fixados pelos Estatutos e pelo Regulamento Interno;
- ✓ um grupo, uma aldeia, uma cooperativa, uma empresa, etc.: todos os membros aderem colectivamente à mutualidade.

A adesão individual comporta um risco máximo de selecção adversa. Esta forma deverá ser, de um modo geral, evitada, excepto quando estiver associada a uma adesão obrigatória.

A adesão familiar é a adesão de grupo que permite, em contrapartida, limitar a escolha individual de aderir e, assim, uma repartição mais equilibrada de doentes e de pessoas saudáveis no seio da mutuali-

dade. Estas formas de adesão atenuam, portanto, o risco de selecção adversa. Introduzem, contudo, um constrangimento para os aderentes:

- ✓ a adesão familiar pode ser desfavorável às famílias numerosas, cujo montante de quotização será elevado quando for fixado por pessoa;
- ✓ a adesão de grupo implica que todos os membros devem poder quotizar. Dito de outra forma, se um membro estiver impossibilitado de pagar a sua quotização, o grupo inteiro pode ser excluído da mutualidade. Este constrangimento pode ser ultrapassado pela implementação de mecanismos de entreatajuda e de solidariedade que, no seio do grupo, permitam o pagamento das quotizações.

A incidência destas formas de adesão está dependente dos tipos de adesão. Por exemplo, uma adesão individual e voluntária implicará um risco máximo de selecção adversa. Inversamente, uma adesão obrigatória ou automática por agrupamento é a medida mais eficaz contra este risco.

O número de beneficiários no início do funcionamento da mutualidade

O risco de selecção adversa é importante no início do funcionamento de uma mutualidade, quando o número de beneficiários é ainda pequeno e os primeiros indivíduos que aderem são aqueles com forte risco de doença (por isso mais interessados em estar cobertos).

Uma mutualidade deve, portanto, procurar chegar ao máximo possível de pessoas desde o início. Para isso, pode:

- ✓ fixar um número limitado de beneficiários, abaixo do qual não poderá dar início às participações. Este limiar é, igualmente, fixado em percentagem do público-alvo. Permite uma atenuante eficaz para os casos de selecção adversa, mas deve ser bem colocado. Com efeito, o risco é de bloquear o início do funcionamento da mutualidade se o número mínimo de beneficiários a atingir for demasiado elevado;
- ✓ realizar campanhas de sensibilização. O princípio da mutualização do risco doença deve ser bem compreendido pelo conjunto dos aderentes, aos quais não é inútil lembrar, regularmente, os princípios de responsabilidade e de solidariedade.

A AG Constituinte e as seguintes Assembleias constituem momentos importantes de informação e de sensibilização dos aderentes, mas nem sempre são os suficientes. Uma mutualidade de saúde dispõe, igualmente, de numerosos possíveis contactos, a fim de assegurar uma permanente sensibilização: autoridades locais, instituições religiosas, associações de bairros, de jovens, agrupamentos femininos, etc.

As campanhas de sensibilização têm, igualmente, por fim informar o conjunto da população, visando aumentar o número de aderentes e garantir um melhor funcionamento dos mecanismos de seguro.

O período de adesão

A possibilidade de aderir a qualquer momento do ano pode favorecer a selecção adversa, sobretudo, se a mutualidade adopta um período de observação muito curto. Aqui, o risco recai, sobretudo, sobre as intervenções programáveis (hérnias, etc.). Após o diagnóstico, um indivíduo pode requerer aderir à mutualidade e, depois, marcar entrada no hospital, tendo em conta o seu período de observação.

A concentração das adesões num período limitado do ano reduz este risco e apresenta, igualmente, a vantagem de simplificar o acompanhamento das suas actividades.

O respeito da unidade de base das adesões

Quando a adesão é familiar (o caso mais frequente), podem observar-se dois casos, conforme o tipo de quotizações:

- ✓ uma quotização fixa por família (a quotização é a mesma para todas as famílias, qualquer que seja o número de beneficiário) pode incitar os aderentes a inscrever o máximo possível de pessoas a seu cargo. Sendo maior do que previsto o número de beneficiários por família, as despesas médias em prestações serão igualmente. Trata-se de um aspecto particular do risco moral, no qual o aderente rentabiliza a sua quotização, abrindo o direito às prestações a um máximo de pessoas;
- ✓ uma quotização fixada individualmente pode conduzir ao efeito inverso, quando o público-alvo tem rendimentos limitados: os aderentes são tentados a fazer uma selecção e a não quotizar, senão para os membros da família que parecem mais sujeitos ao risco de doença, o que conduz a um fenómeno de selecção adversa.

Estes dois casos mostram a necessidade da mutualidade fazer respeitar as regras relativas às adesões, e nomeadamente, à definição da unidade de base (famílias, grupos etc.), fixadas pelos Estatutos.

Exemplo

Um agrupamento de produtores de café implementa uma mutualidade de saúde que se dirige a toda a população das aldeias e dos lugares da comunidade, pois o café é a principal cultura de rendimento e é produzido por todas as famílias.

Durante o estudo do contexto, o grupo de trabalho designado pelo agrupamento recolheu vários dados que lhe permitiram estimar, nomeadamente:

- a dimensão média das famílias da comunidade que se eleva a 6,5 membros;
- a pirâmide das idades reconstituída no seguinte quadro:

Classes	0-10 anos	11-20 anos	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51 e mais	Total
% de mulheres	13 %	11 %	8 %	5 %	4 %	9 %	50 %
% de homens	15 %	15 %	6 %	5 %	3 %	6 %	50 %
Total	28 %	26 %	14 %	10 %	7 %	15 %	100 %

Na base das propostas feitas pelo grupo de trabalho, os membros do agrupamento de produtores decidem em AG Constituinte sobre a opção pela mutualidade de uma adesão familiar com o pagamento de uma quotização para cada membro da família. A família é definida como compreendendo o casal e filhos e as pessoas a cargo (pais idosos, crianças adoptadas, etc.). As prestações da mutualidade cobrem, principalmente, os partos e os internamentos.

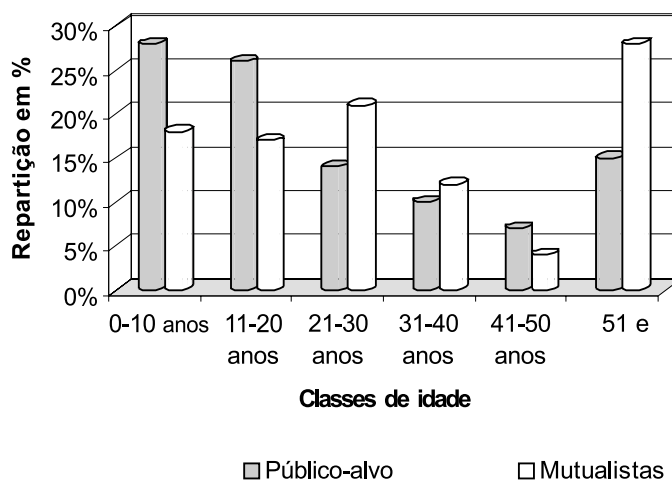
Durante o período de adesão, a CE da mutualidade decide acompanhar o perfil dos primeiros beneficiários.

Constata, assim, que:

- a dimensão média das famílias dos aderentes apenas se eleva a 3,5 membros;
- a pirâmide das idades (na base das informações do registo de adesão) no seio desta primeira amostra de mutualistas apresenta-se assim:

Classes	0-10 anos	11-20 anos	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51 e mais	Total
% de mulheres	9 %	5 %	20 %	10 %	1 %	13 %	58 %
% de homens	9 %	12 %	1 %	2 %	3 %	15 %	42 %
Total	18 %	17 %	21 %	12 %	4 %	28 %	100 %

A tradução gráfica dos dados destes dois quadros permite visualizar melhor o desvio que se produz entre o público-alvo e a população mutualista:



Que conclusões pode a CE tirar destes dados?

- Três tipos de pessoas são, em proporção, mais numerosas na mutualidade do que no público-alvo:
 - as mulheres entre 21 e 40 anos;
 - as pessoas com mais de 51 anos;
 - as mulheres no seu conjunto.
- Outras, pelo contrário, são menos numerosas, nomeadamente:
 - os jovens com menos de 20 anos;
 - os homens de 21 a 40 anos.

Uma avaliação realizada no fim do período de adesão permite constatar que é efectuada uma selecção nas famílias que tendem a quotizar, primeiro, para as mulheres grávidas e pessoas idosas. Esta constatação é reforçada pelo facto da dimensão média de uma família mutualista ser nitidamente mais baixa do que no público-alvo.

Quais são as medidas a implementar?

A mutualidade é claramente confrontada com um fenómeno de selecção adversa. A importante proporção de pessoas idosas poderia levar a um grande número de internamentos longos e onerosos, susceptíveis de rapidamente colocarem a mutualidade em situação de crise financeira.

Face a uma tal situação, os responsáveis têm todo o interesse em lançar uma campanha de informação ou a convocar uma AG extraordinária, a fim de fazer respeitar a unidade familiar. Ser-lhes-á, igualmente, necessário considerar a implementação de outras medidas, tais como, a introdução de um período de observação suficientemente longo (para os partos em especial) e a de um co-pagamento (ver abaixo). A introdução destas medidas deverá ser bem explicada aos aderentes.

As medidas relacionadas com as modalidades de recurso aos cuidados

Estas medidas constituem um conjunto de patamares que permitem dominar os dois aspectos do risco moral: o sobreconsumo e a sobre-prescrição. Estas medidas respeitam, igualmente, aos outros riscos, nomeadamente, às fraudes e aos abusos e à selecção adversa.

O período de observação

O objectivo principal do período de observação é evitar que se filiem indivíduos apenas quando têm necessidade de recorrer aos cuidados. Com efeito, já que não há um exame médico, aquando da adesão, certas pessoas podem esperar a necessidade dos serviços da mutualidade para se filiarem e serem tentadas, uma vez curadas, a deixá-la. Agindo deste modo, elas vão contra o princípio de solidariedade entre os doentes e os saudáveis.

O outro objectivo do período de observação é permitir à mutualidade constituir liquidez suficiente para fazer face às despesas de saúde, desde o arranque das participações.

O período de observação é frequentemente fixado em seis meses, mas é preciso sublinhar que não há regra geral nesta matéria. Certas mutualidades fixá-lo-ão em três ou, por vezes, num mês, outras até mesmo num ano. Do mesmo modo, certas mutualidades fixam um período de observação similar para todos os serviços de saúde cobertos, outros fazem-lhe variar a duração: um mês para as consultas, três meses para os internamentos, dez meses para os partos, etc.

O período de observação é uma medida eficaz contra a selecção adversa, mas tem alguns inconvenientes.

- ✓ Um período de observação demasiado longo é, geralmente, mal compreendido e tende a desencorajar as adesões.
- ✓ Períodos de observação múltiplos em função dos serviços de saúde cobertos, são os mais lógicos, mas implicam uma maior

complexidade para determinar os direitos às prestações e tornam, assim, mais pesada a gestão técnica da mutualidade.

O co-pagamento

O co-pagamento corresponde ao montante do custo dos cuidados que fica a cargo do paciente. Trata-se de um mecanismo de partilha dos riscos e dos custos entre a mutualidade e o aderente. Os diferentes mecanismos de co-pagamento têm, essencialmente, um efeito sobre o risco moral e permitem um melhor domínio das despesas da mutualidade. Mas apresentam, igualmente, inconvenientes, como o de muitas vezes ser mal percebido pelos aderentes.

O posicionamento do co-pagamento deve ser estudado cuidadosamente pois:

- ✓ muito elevado, arrisca limitar o acesso aos cuidados e, portanto, ir contra os objectivos da mutualidade;
- ✓ muito fraco, terá pouco efeito no sobreconsumo.

O co-pagamento pode tomar várias formas.

- ✓ A taxa moderadora corresponde a uma percentagem do custo dos cuidados deixada a cargo do doente para os serviços oferecidos pela mutualidade. O montante a cargo do doente aumenta proporcionalmente ao do custo dos cuidados, o que modera o consumo. A taxa moderadora é o mecanismo mais frequentemente utilizado, em especial para os pequenos riscos (consultas, cuidados de enfermagem, medicamentos, etc.). O seu principal inconveniente é que os aderentes não podem saber previamente o que terão que pagar.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde comparticipa 80% do montante das despesas de internamento ao hospital regional, segundo um sistema de terceiro pagador.

Para uma factura de 100 000 UM, a mutualidade pagará ao prestador $100\ 000 \times 80\% = 80\ 000$ UM. A taxa moderadora é de 20%, conseqüentemente 20 000 UM ficarão a cargo do doente que deverá pagá-las directamente ao hospital.

- ✓ O estabelecimento de um “plafond” para as comparticipações consiste em fixar um limite para as despesas ou para o número de prestações, para além do qual, os cuidados são a cargo dos aderentes. Este estabelecimento de “plafond” é fixado, quer por visita ou estadia (limite das despesas ou do número de actos cobertos aquando de cada recurso a um serviço de saúde), quer por ano (limite de despesas anuais ou de prestações cobertas pela mutualidade para cada beneficiário). O estabelecimento de “plafond” permite limitar eficazmente o risco moral e “suavizar” as despesas em prestações de doença da mutualidade. O maior inconveniente desta medida é que ela pode constringer o beneficiário a utilizar todos os cuidados necessários ao seu tratamento.

Exemplos

Uma mutualidade fixa para os internamentos um limite de 30 000 UM. Um aderente cuja factura se eleva a 40 000 UM estará apenas coberto relativamente a 30 000 UM e deverá tomar a seu cargo os restantes 10 000 UM.

Uma outra mutualidade celebra um convénio com um hospital que pratica, como sistema tarifário, uma diária fixa. A mutualidade decide estabelecer um limite para a sua comparticipação equivalente a sete dias de internamento. Um aderente que tenha passado dez dias no hospital deverá suportar o equivalente aos três dias que ultrapassem o "plafond", cobrindo a mutualidade os sete primeiros dias.

- ✓ A franquia é, ao contrário do "plafond", um montante fixo a cargo do paciente, abaixo do qual a mutualidade não intervém. Esta medida permite moderar as despesas da mutualidade, ao mesmo tempo que oferece aos aderentes uma protecção contra as grandes despesas. A franquia deve ser particularmente bem estabelecida. Demasiado elevada desencorajará, a prazo, os aderentes que raramente terão ocasião de beneficiar de uma comparticipação nas suas despesas.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde fixa a franquia para os internamentos em 5 000 UM. Um aderente cujas despesas em internamento totalizam 15 000 UM deve pagar 5 000 UM e a mutualidade comparticipará os restantes 10 000 UM. Um outro aderente cuja factura se eleva apenas a 4 000 UM deverá pagá-la por inteiro, não intervindo a mutualidade já que o patamar da franquia não é atingido.

A referência obrigatória

A mutualidade pode exigir que os pacientes sejam consultados por um prestador de cuidados de um determinado escalão, antes de se apresentarem a um prestador de um escalão superior (por exemplo do médico generalista para o especialista).

Esta exigência, chamada referência obrigatória, permite evitar os recursos inoportunos às estruturas sanitárias de um escalão elevado, o que certos aderentes poderão ter tendência a fazer, de modo e aproveitar a vantagem da cobertura da mutualidade.

Exemplo

Uma mutualidade intervém numa zona de saúde organizada em volta de um hospital que gera um conjunto de centros de saúde periféricos. Estes centros de saúde podem acolher em internamento os casos mais simples de medicina geral, com tarifas menos elevadas do que as do hospital. Após estudo, as taxas de utilização por ano e por pessoa em internamento são estimadas, atendendo à morbidez, em 6% para os centros de saúde e 2% para o hospital. Sabendo que os doentes são, geralmente, mais atraídos pelo hospital do que pelos centros de saúde, a mutualidade e a zona de saúde entendem-se para implementar um esquema de referência. Salvo casos excepcionais, os doen-

tes deverão, primeiro, passar pelos centros de saúde, cujos médicos decidirão da oportunidade de transferência ou não para consulta no hospital. Graças a este esquema a maioria dos internamentos são tratados pelos centros de saúde, com menor custo para a mutualidade e com a mesma boa qualidade.

O acordo prévio ou a autorização de comparticipação

O acordo prévio é um mecanismo, segundo o qual o segurado ou o prestador deve obter, para que a cobertura se exerça, uma autorização de comparticipação da mutualidade, antes que os cuidados sejam dispensados. Esta técnica vai no mesmo sentido da frequência obrigatória. Contudo, requer a intervenção de um médico-conselheiro da mutualidade que pode trazer uma opinião médica exterior e ajuda esta a analisar os pedidos dos pacientes e a julgar da pertinência médica dos cuidados visados.

A racionalização das prestações

A racionalização das prestações consiste em medidas acordadas entre um prestador de cuidados e uma mutualidade para conter os encargos desta. Estas medidas assentam no controlo das quantidades de cuidados (actos efectuados) e dos preços praticados pelo prestador. Podem ser definidas através dos convénios entre a mutualidade e prestadores. Estas medidas respeitam à limitação dos abusos cometidos pelos prestadores.

Os protocolos terapêuticos constituem uma medida eficaz de racionalização das prestações. Um protocolo terapêutico é um processo padronizado de tratamento. Ele define, por tipo de patologia, os actos de diagnóstico (laboratório, radiologia ou outros), os cuidados médicos e os medicamentos a prescrever. Se for seguido, permite tratar o doente com o melhor custo. A implementação destes protocolos pode, contudo, chocar com os hábitos de prescrição que, geralmente, diferem de um para outro prestador.

A racionalização deve, igualmente, respeitar aos medicamentos. A mutualidade deve incitar a utilização dos medicamentos genéricos, que são menos caros do que os produtos de marca, com igual qualidade. Pode, portanto, pedir aos prestadores para não prescreverem senão medicamentos genéricos. Deve, neste caso, excluir ou limitar a sua comparticipação nos produtos de marca e nas especialidades.

O controlo do direito às prestações

Este controlo é efectuado antes, durante ou após o recurso aos cuidados e visa verificar o direito às prestações quanto à identidade do paciente, ao pagamento das quotizações, ao período de observação, etc. Este controlo assenta na utilização dos documentos implementados pela mutualidade: cartão de aderente, carta de garantia e ou atestado de cuidados ou outros.

O capítulo 3 da parte 3 (A gestão das prestações) descreve os mecanismos e os documentos ligados a este controlo. É importante lembrar, aqui, que este controlo deve ser regular e que as fraudes e os abusos devem ser objecto de sanções. As sanções tomam, geralmente, a forma de uma multa, de uma suspensão temporária dos direitos às prestações e, para os casos mais graves, de uma exclusão da mutualidade.

As medidas relativas à remuneração dos prestadores de cuidados

O pagamento dos prestadores de cuidados pode ser feita de múltiplas formas, entre as quais, o mecanismo do reembolso fixo. Verifica-se particularmente interessante em matéria de prevenção de risco de sobreprescrição, já que faz com que uma parte dos custos fique a cargo dos prestadores.

O reembolso fixo é um mecanismo pelo qual a mutualidade e o prestador acordam um montante fixo que corresponde, no todo ou em parte, aos actos contratados por um paciente mutualista.

O reembolso fixo pode ser praticado de vários modos.

Reembolso fixo parcial

Uma parte dos actos é facturada pela forma de reembolso fixo (exemplo reembolso fixo para as intervenções cirúrgicas e internamentos facturados em função da estadia).

Exemplo

Uma mutualidade de saúde e um hospital acordam um sistema de reembolso fixo parcial: cada internamento será facturado em 15 000 UM à mutualidade, qualquer que seja a patologia. Contudo, certos medicamentos e consumíveis médicos serão facturados para além deste reembolso fixo. Trata-se, nomeadamente, de certas especialidades onerosas.

Reembolso global por serviço

Quaisquer que sejam o número de actos, de consumíveis, a duração, etc., atribuídos a um caso, o prestador factura um montante fixo à mutualidade (pagamento por consulta, internamento, etc.).

Exemplo

Uma mutualidade de saúde cobre os partos à maternidade do centro de saúde de um bairro popular. A fim de favorecer esta iniciativa mutualista e simplificar a gestão, os responsáveis da maternidade propõem uma facturação por reembolso fixo dos partos. O reembolso fixo compreenderá: o parto, os cuidados à mãe e ao recém nascido e os medicamentos e os consumíveis médicos.

A capitação

A mutualidade paga ao prestador um montante fixo por beneficiário, por mês, trimestre ou ano, qualquer que seja a utilização dos serviços pelos beneficiários. Este mecanismo é, geralmente, utilizado para os cuidados primários.

Exemplo

Uma mutualidade e um centro de saúde acordam num sistema de capitação para o pagamento das consultas.

Sabendo que a taxa de utilização prevista dos mutualistas é de 1,5 consultas/ano/pessoa, que o custo médio de uma consulta é de 500 UM e que o número de beneficiários por ano que se inicia é de 2000 pessoas, o pagamento por caso eleva-se a: $1,5 \times 2000 \times 500 = 1\,500\,000$ UM/ano.

O convénio estabelecido prevê um pagamento mensal, isto é, um montante de reembolso fixo de 125 000 UM /mês a liquidar pela mutualidade.

O reembolso fixo limita o risco de sobreprescrição, pois qualquer abuso em matéria de prescrição, de actos e de medicamentos fica a cargo do prestador. Apresenta outras vantagens não negligenciáveis para a mutualidade, pois simplifica grandemente o controlo e o acompanhamento das prestações, assim como, das operações contabilísticas e de reembolso.

O reembolso fixo comporta, contudo, um inconveniente maior: pode incitar o prestador a reduzir o volume ou a qualidade das suas prestações. Do mesmo modo, qualquer que seja a sua forma, o reembolso fixo não permite uma distinção e uma codificação dos actos cobertos e impede conseqüentemente o seu acompanhamento pela mutualidade.

Para reduzir estes inconvenientes, a prática do reembolso fixo requer que seja dada particular atenção ao convénio com os prestadores de cuidados.

As medidas relativas às relações com os prestadores de cuidados

As medidas seguintes não são mecanismos directos de prevenção dos riscos ligados ao seguro. Desempenham, contudo, um papel importante, pois determinam, por um lado, as relações entre a mutualidade e os prestadores de cuidados e, por outro, a prevenção dos riscos.

A selecção dos prestadores de cuidados

Quando intervém num contexto onde os prestadores de cuidados são múltiplos, uma mutualidade de saúde tem todo o interesse em seleccionar o ou os prestadores, cujas condições de oferta de serviços (tarifa, qualidade dos cuidados, modalidades de pagamentos, protocolos terapêuticos, etc.) sejam as mais favoráveis.

Além destas condições favoráveis, as relações entre a mutualidade e os prestadores de cuidados assentam, em grande parte, na confiança e na parceria que convém desenvolver.

O estabelecimento de convénio com cada prestador de cuidados

O convénio entre a mutualidade e cada prestador de cuidados ou agrupamento de prestadores define as medidas respeitantes ao controlo dos beneficiários, às tarifas, às modalidades de pagamento, aos protocolos terapêuticos, etc. Prevê, igualmente, as modalidades de revisão destas medidas. O convénio é, pois, um documento importante, uma vez que serve de referência no caso de derrapagem e de litígio.

A participação na co-gestão dos estabelecimentos públicos de cuidados

As mutualidades que estabelecem convénios com dispensários, centros de saúde, até mesmo, hospitais que são co-geridos por pessoal de saúde e representantes de utilizadores, têm todo o interesse em participar nestas estruturas de co-gestão.

As mutualidades representam uma parte, por vezes importante, dos utilizadores, o que lhe dá um direito de visão e de palavra sobre a gestão dos serviços de saúde.



Os mecanismos de consolidação financeira

O seguro de saúde apresenta certas características que induzem eventualidades no seu funcionamento. Estas características podem ser, assim, resumidas:

- o seguro de saúde provoca modificações no comportamento dos segurados e dos prestadores. A amplitude destas modificações e dos riscos que daí resultam é difícil de prever. Como foi indicado, existem várias medidas possíveis para prevenir e limitar esses riscos, mas uma mutualidade não pode, geralmente, controlá-los totalmente, nomeadamente, no que respeita a casos catastróficos (epidemias, etc.);
- num seguro, a quotização é calculada antes que as prestações intervenham e que o seu preço de custo exacto seja conhecido. O cálculo da quotização não pode, portanto, ser baseado senão numa estimativa deste preço de custo, fundamentado nas estatísticas e na probabilidade.

Além disso, o seguro assenta numa noção de obrigação: como contrapartida da sua quotização, a mutualidade garante ao aderente a comparticipação de certas despesas de saúde. Deve, igualmente, fazer face aos seus compromissos perante os prestadores de cuidados. As características, acima mencionadas, e a garantia de reparação oferecida pela mutualidade, obrigam esta a implementar mecanismos de consolidação financeira que lhe permitirão fazer face aos imprevistos.

Estes mecanismos financeiros são, principalmente, de três ordens:

- as reservas;
- o fundo de garantia;
- o resseguro.

2.1 As reservas

As reservas são capitais próprios constituídos pela mutualidade para fazer face a situações imprevistas e para dispor de uma maior segurança financeira. A formação de reservas constitui uma regra elementar de prudência em matéria de gestão de uma mutualidade, submetida a numerosos imprevistos. Representa um primeiro nível de protecção que, geralmente, é objecto de uma regulamentação.

É importante notar que as reservas são alimentadas por uma afectação de todo ou parte do resultado excedentário de um exercício.

As reservas podem ser conservadas sob a forma de liquidez e, portanto, ajudar a resolver os problemas de tesouraria; permitem, assim, aumentar a solvabilidade da mutualidade e a sua solidez financeira. Mas na prática, as reservas não são necessariamente conservadas sob forma líquida. Pode acontecer, com efeito, que uma mutualidade aplique as suas reservas em immobilizações. Consequentemente, uma mutualidade pode ter reservas importantes mas, apesar disso, conhecer dificuldades de tesouraria.

Regra geral, é prudente conservar uma parte das reservas sob a forma de disponibilidades, podendo a outra parte ser aplicada em depósitos a prazo ou investida em immobilizações.

A constituição das reservas

As reservas são constituídas a partir dos excedentes dos exercícios contabilísticos. A constituição dos excedentes é prevista no cálculo das quotizações, gerando um factor de excedente unitário. O facto de ser incorporada uma margem de segurança no cálculo do prémio de risco é, igualmente, favorável à constituição de excedentes, quando se verificam as hipóteses na base do cálculo do prémio.

No final do exercício, a mutualidade estabelece as suas contas anuais e calcula, assim, o excedente do exercício. Como foi visto no capítulo 5 da parte 4 (o fecho e a reabertura dos exercícios), os excedentes são repartidos e podem ser afectados, na totalidade ou em parte, às reservas. Os Estatutos e o Regulamento Interno, além da legislação nacional, podem determinar a parte a afectar às reservas.

2.2 O fundo de garantia

O fundo de garantia é um outro mecanismo de protecção de uma mutualidade contra os imprevistos. Trata-se de um fundo ao qual uma mutualidade pode apelar em caso de dificuldades financeiras. Este fundo pode ser implementado e gerido, entre outros, por:

- uma união de mutualidades (gestão colectiva);
- uma instituição pública (Ministério, etc.);
- uma estrutura de apoio às mutualidades;
- um banco.

Geralmente, o fundo de garantia intervém sob a forma de empréstimo à mutualidade que o solicita. Trata-se de um adiantamento de tesouraria que não é utilizado quando está em situação de cessação de pagamentos e não pode mais manter as suas prestações em favor dos beneficiários. As condições de implementação e de reembolso são previamente definidas. A intervenção do fundo de garantia pode estar condicionada a modificações no funcionamento da mutualidade e à implementação de um “plano de correcção”.

Exemplo

As mutualidades de uma região decidiram associar-se e constituir uma União, com o objectivo de se dotarem de serviços comuns, reagrupando uma parte dos seus meios. Trata-se, nomeadamente, de serviços de apoio-conselho em gestão e de serviços financeiros, compreendendo, entre outros, a implementação de um fundo de garantia.

Os objectivos do fundo de garantia

O fundo de garantia tem por fim garantir aos aderentes das mutualidades a manutenção das suas prestações. Para o efeito, assegura:

- um período de funcionamento normal: o regular acompanhamento da situação financeira das mutualidades-membros;
- em caso de situação crítica: a salvaguarda dos interesses dos aderentes da mutualidade, graças a um adiantamento da tesouraria. Quando a situação é particularmente grave, a união pode substituir-se à mutualidade para o serviço directo das prestações aos beneficiários, até ao fim do exercício em curso.

Este fundo de garantia não é, portanto, um simples instrumento financeiro. Reforça o apoio técnico e a prevenção das situações financeiras críticas. Assim:

- as mutualidades-membros da União devem dotar-se de um sistema de gestão rigoroso e normalizado;
- a União das mutualidades permite o emprego de pessoal competente ao serviço de todas as mutualidades e capaz de assegurar um apoio técnico, em matéria de gestão e de acompanhamento;
- para ter acesso aos empréstimos do fundo de garantia cada mutualidade deve respeitar as regras comuns em matéria de gestão e fornecer todas as informações necessárias ao acompanhamento. Ela empenha-se, igualmente, em seguir as recomendações da União, respeitantes à sua boa gestão.

A constituição do fundo de garantia

O fundo de garantia é constituído por:

- uma contribuição das mutualidades, fixada em percentagem das prestações de doença do exercício precedente, isto é, do último exercício, cujos resultados são conhecidos. Esta contribuição não constitui um novo encargo para as mutualidades-membros, pois é extraída dos seus capitais próprios e continua a pertencer-lhes (participação ou capital do fundo);
- subsídios externos: a União recebe subsídios do Estado que decidiu, assim, sustentar o desenvolvimento mutualista desta região. Ela beneficia, desta forma, dos subsídios de algumas estruturas de apoio.

As condições de utilização

A contribuição da mutualidade dá-lhe um direito de empréstimo ao fundo de garantia. O montante deste empréstimo é limitado ao equivalente a um ano de prestações e o reembolso efectua-se segundo as condições convencionadas entre a mutualidade e a União.

Em cada ano, as mutualidades-membros devem apresentar um relatório financeiro e de actividades (trata-se dos quadros de acompanhamento do balanço, da conta de resultados e outros documentos fixados pela União). Este relatório permite à União assegurar um acompanhamento e um apoio às mutualidades.

Todas as mutualidades membros se empenham em respeitar as regras comuns de rigor de gestão. O fundo de garantia retira deste facto uma certa normalização das práticas e dos documentos de gestão. Cada mutualidade fica, contudo, totalmente livre quanto aos seus objectivos e às suas actividades.

Em caso de empréstimo, a mutualidade empenha-se em implementar medidas de correcção que são elaboradas com a União.

2.3 O resseguro

O resseguro é um outro dispositivo de segurança, pelo qual a mutualidade subscreve um contrato de seguro, junto de outra estrutura de seguros. Trata-se, de facto, do seguro do segurador. Este seguro pode ser implementado por um ressegurador (ainda é preciso que este exista, o que não é o caso em todos os países). Pode, igualmente, ser organizado por várias mutualidades que criam, em conjunto, uma estrutura que oferece serviços de resseguro ou de co-seguro (partilha de certos riscos entre as mutualidades).

Os objectivos

A mutualidade pode, assim, segurar-se contra riscos, cujas consequências financeiras são particularmente importantes.

As doenças onerosas com caracter epidémico

O aparecimento de uma epidemia é um fenómeno raro que implica gastos extraordinários para uma mutualidade. Um resseguro permite partilhar este risco entre várias mutualidades e/ou com outros sistemas de seguro.

O resseguro deve atentar que essas mutualidades que segura estejam dispersas no plano geográfico, de modo a que não sejam, simultaneamente, atingidas por uma mesma epidemia.

É preciso notar que vários países implementam medidas especiais na altura de certas epidemias, nomeadamente, serviços de saúde especiais (hospitais de campanha, etc.), dispensando cuidados gratuitos. Um exemplo, é o caso das epidemias de cólera.

Os “excesso de sinistro”

Este termo é utilizado em seguros para designar um contrato de resseguro que define um montante máximo para uma dada prestação, acima do qual, o ressegurador intervém. Este tipo de contrato é interessante quando a mutualidade cobre os cuidados de saúde secundários e terciários: quando aparece um caso grave, requerendo um internamento de longa duração, uma cirurgia pesada e outros actos onerosos, a viabilidade financeira da mutualidade pode ser seriamente ameaçada.

Este tipo de contrato de resseguro permite suavizar as despesas da mutualidade.

Trata-se de uma partilha de riscos entre a mutualidade e o ressegurador.

Exemplo

Um contrato “excesso de sinistro” fixando um patamar, ou uma franquia, de 100 000 UM para os internamentos significa, para a mutualidade, que:

- para todos os internamentos inferiores a esse patamar, a mutualidade assume inteiramente a despesa;
- para os internamentos cujos custos ultrapassem esse patamar, por exemplo 250 000 UM, a mutualidade comparticipa 100 000 UM e o ressegurador 150 000 UM.

As condições

O resseguro distingue-se do fundo de garantia, embora estes dois mecanismos necessitem da existência de uma estrutura externa, União ou sociedade de seguros, que permite organizar uma partilha dos riscos entre várias mutualidades.

A subscrição de um contrato de resseguro implica um novo encargo para a mutualidade, que deve pagar ao ressegurador um prémio anual. Este prémio é fixado pelo ressegurador que o calcula, segundo um princípio similar ao das quotizações da mutualidade (frequência, custos, despesas de gestão, etc.).

O resseguro não intervém para resolver as situações de crise financeira; em compensação, contribui para a sua prevenção, eliminando as despesas em prestações excepcionais.

Parte 7

**O controlo,
o acompanhamento
e a avaliação**

Os gestores e administradores de uma mutualidade de saúde devem realizar as actividades que permitem controlar, acompanhar e avaliar o bom funcionamento da sua mutualidade. Estas funções são cruciais para a viabilidade e a eficácia da organização. Esta parte trata, de forma sintética, destes aspectos da gestão.¹⁷ Compreende quatro capítulos.

Capítulo 1 O controlo interno

Este primeiro capítulo descreve o controlo interno, efectuado, em particular, pela Assembleia Geral e pela Comissão de Supervisão. São apresentados exemplos de procedimentos e de ferramentas necessárias.

Capítulo 2 A síntese das informações de acompanhamento: “o painel de bordo”

Este segundo capítulo apresenta uma ferramenta, o “painel de bordo”, que permite sintetizar as informações provenientes dos diferentes domínios de gestão da mutualidade. O “painel de bordo” constitui um instrumento de pilotagem, muito precioso para os gestores.

Capítulo 3 A avaliação da viabilidade financeira e económica de uma mutualidade de saúde

Este terceiro capítulo trata, em primeiro lugar, da avaliação da viabilidade financeira da mutualidade de saúde. São, assim, abordadas sucessivamente as avaliações da solvabilidade, do financiamento da actividade seguro e do “bom funcionamento financeiro” da mutualidade. O capítulo estuda, depois, a viabilidade económica da mutualidade de saúde.

Capítulo 4 A avaliação e os ajustamentos do funcionamento de uma mutualidade de saúde

Este último capítulo descreve as diferentes formas possíveis de avaliação numa perspectiva de desenvolvimento da mutualidade de saúde. A utilização das avaliações para uma pilotagem eficaz a curto, médio e longo prazo é, de seguida, ilustrada na base de exemplos concretos.



O controlo interno

O controlo interno tem por objectivo verificar que:

- as decisões da AG são bem executadas;
- as tarefas definidas e repartidas entre os responsáveis e os gestores, pelos Estatutos e o Regulamento Interno, são, efectivamente, cumpridas;
- os procedimentos de gestão são correctamente acompanhados e as operações financeiras e o registo contabilístico são efectuados em conformidade com as “regras do ofício”.

O controlo visa, igualmente, analisar as eventuais falhas e trazer os necessários correctivos para melhorar a organização e o funcionamento mutualidade.

¹⁷ Para uma revisão mais detalhada dos mecanismos de acompanhamento e de avaliação, o leitor poderá reportar-se ao Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros de saúde, BIT/STEP/CIDR, Genève, 2001.

O controlo é uma actividade, por vezes, mal entendida pelos Administradores de uma organização, pois é, muitas vezes, assimilado a uma operação de “policia” que não traz senão “aborrecimentos”. Trata-se, pelo contrário, de um factor favorável ao trabalho dos Administradores, pois o controlo favorece uma maior transparência, evita mal entendidos e reforça por este facto a confiança necessária a um bom desenrolar das actividades.

O controlo é realizado internamente por dois órgãos da mutualidade: a CS e a AG. Notar-se-à que outros órgãos, igualmente, efectuam controlos. Trata-se, contudo, de controlos de uma diferente natureza. Por exemplo, a CE deve efectuar controlos “técnicos”, como o do direito às prestações ou do respeito das tarifas acordadas com os prestadores.

1.1 O controlo pela Comissão de Supervisão

As funções da CS foram apresentadas na parte 2. O controlo realizado por este órgão assenta na boa utilização dos documentos de gestão das adesões, das quotizações e das prestações, da boa escrituração da contabilidade, da boa marcha dos mecanismos de acompanhamento e do respeito pelos compromissos da mutualidade para com aderentes e terceiros (em particular, prestadores).

- A boa utilização dos documentos de gestão das adesões, da quotização e das prestações. As operações de controlo foram apresentadas nos capítulos consagrados a este domínio de gestão (parte 3). Trata-se, principalmente, de verificar que as informações estejam bem registadas e sejam exactas.
- A boa escrituração da contabilidade. Globalmente a CS deve controlar que:
 - ✓ a contabilidade esteja actualizada (sem atrasos no registo das operações);
 - ✓ para cada operação exista uma peça justificativa;
 - ✓ cada despesa seja objecto de uma ordem de pagamento;
 - ✓ os saldos reais da caixa e da ou das contas bancárias estejam em conformidade com os mencionados nos documentos contabilísticos;
 - ✓ os documentos contabilísticos (diários, livro-razão, etc.) estejam bem escriturados.

Algumas destas operações, como o controlo da caixa e a verificação bancária, foram apresentadas na parte 4.

- A boa marcha dos mecanismos de acompanhamento. Trata-se de verificar que os quadros de acompanhamento das adesões, das quotizações e das prestações, assim como o “painel de bordo” (ver parte 7, capítulo 2), estejam actualizados.
- O respeito pelos compromissos da mutualidade para com os aderentes, dos prestadores e dos outros parceiros. A mutualidade deve respeitar um conjunto de obrigações, assumidas através dos Estatutos, dos convénios com os prestadores de cuidados e, eventualmente, dos acordos com outros parceiros. A CS deve, por exemplo, verificar que:
 - ✓ não tenham sido excluídos aderentes ou que não tenham sido recusadas adesões abusivamente;
 - ✓ as facturas dos prestadores estejam pagas nos prazos fixados pelos contratos;
 - ✓ os eventuais empréstimos bancários sejam reembolsados, segundo as condições estabelecidas.

As tarefas da CS são, portanto, numerosas e variadas. A utilização de uma lista de controlo (check-list) pode facilitar a realização dessas tarefas e tornar o trabalho da Comissão mais metódico. Esta lista deve recensear os controlos mais importantes, respeitando os principais documentos e as operações correntes.

É, igualmente, importante sublinhar que os membros da CS não podem realizar o trabalho de controlo se não beneficiarem de uma formação similar à dos membros da CE e do CA.

Exemplo

Uma mutualidade de saúde confia uma parte da sua contabilidade a uma estrutura de apoio. A CE tem um diário de caixa e um diário de banco, assim como, um borrão para as operações diversas (contabilidade de tesouraria).

Regista as adesões, as quotizações e as prestações nos registos. Um manual de procedimentos, assim como, um acordo com a estrutura de apoio regem estas diferentes operações.

A CS realiza um controlo mensal na base de uma lista de operações previamente preparada. Este controlo dá lugar ao preenchimento da seguinte ficha.

Controlo do mês de:.....

Data do controlo:

1. Controlo do registo das adesões

	Total de fichas de adesão ¹⁸	Saldo do registo de adesão
Número de aderentes		
Número de pessoas a cargo		
Número de beneficiários		

Explicação dos eventuais desvios constatados entre os totais das fichas de adesão e os saldos do registo da adesão.

2. Controlo do registo das quotizações

	Total das fichas de quotizações	Saldo do registo das quotizações	Diário de caixa ou banco
Quotizações emitidas			
Quotizações recebidas			
Atrasados			

Explicação dos eventuais desvios constatados entre os totais dos diferentes documentos.

18 No conjunto dos quadros, os dados reportam-se ao mês considerado no quadro de acompanhamento.

3. Controlo do registo das prestações

	Total dos atestados de cuidados (o caso em questão)	Total das facturas dos prestadores	Total do registo das prestações	Total do diário de caixa e/ou de banco
Total das despesas em prestações doença				

Explicação dos eventuais desvios constatados entre os totais dos diferentes documentos.

4. Controlo da caixa

Folha de caixa em anexo.

5. Controlo da conta bancária

Quadro de verificação bancária em anexo.

6. Controlo do pagamento das facturas dos prestadores

	Centro de saúde de Gurtuh	Maternidade de Gurtuh	Hospital de Quatak
Data convencionada para pagamento			
Data efectiva de pagamento			
Montante a pagar			
Montante pago			

Explicação das eventuais ultrapassagens de prazo e/ou dos desvios entre os montantes facturados e os montantes pagos.

7. Controlo do envio da contabilidade do mês anterior à estrutura de apoio

Data prevista de envio		
Data efectiva de envio		
Documentos enviados:		
– Duplicado de registo de adesão	SIM	NÃO
– Duplicado do registo das quotizações	SIM	NÃO
– Duplicado do registo das prestações	SIM	NÃO
– Duplicado do diário de caixa	SIM	NÃO
– Duplicado do diário de banco	SIM	NÃO
– Duplicado da folha de caixa	SIM	NÃO
– Duplicado do quadro de regularização bancária	SIM	NÃO

Explicação no caso da ultrapassagem do prazo do envio e/ou a falta de um ou vários documentos no envio.

Além desta ficha mensal, a CS estabelece um breve relatório anual que sintetiza o conjunto de problemas encontrados no ano e os melhoramentos a introduzir.

1. a escrituração dos documentos;
2. a aplicação dos procedimentos;
3. o acompanhamento dos compromissos;
4. outros.

1.2 O controlo pela Assembleia Geral

A gestão corrente da mutualidade é realizada pelo CA e a CE. Os membros destes órgãos devem prestar contas aos aderentes que, reunidos em AG, têm a seu cargo tomar as grandes decisões e definir as orientações da mutualidade.

O CA e a CE devem, portanto, apresentar um relato das actividades realizadas e da situação financeira da mutualidade. Este relato é estabelecido com base num relatório de actividades, respeitando o ano findo. Este relatório é elaborado sob responsabilidade do CA. Serve de base, com o relatório da CS, ao controlo das actividades da mutualidade, pela AG.

O relatório anual das actividades

O relatório de actividades deve ser compreensível para todos e permitir a todos os aderentes tomar uma parte efectiva nas decisões que serão tomadas na reunião. Para fazer isso, é útil seguir as seguintes recomendações:

- ✓ a apresentação deve ser concisa, a fim de deixar o máximo de tempo possível às discussões, sem cansar os participantes;
- ✓ as informações devem ser bem escolhidas e facilmente assimiláveis: é preciso evitar “aborrecer” os aderentes, sob uma massa de números e de dados;
- ✓ as informações devem ser apresentadas de forma atraente: é preciso evitar, por exemplo, recitar uma lista de números ou realizar longas exposições. Os dados podem ser visualizados por meio de ilustrações simples (desenhos, esquemas, etc.), previamente preparados;
- ✓ os dados apresentados devem ser explicados: donde provém o resultado do exercício, a que correspondem os resultados de quotização, etc.;
- ✓ os dados devem ser reportados às previsões que tinham sido feitas para o ano considerado. Eles devem, igualmente, ser comparados com os dados dos anos anteriores, a fim de poder ser estudada a sua evolução. Quando isso é possível, é importante confrontá-los com os dados de outras experiências mutualistas similares;
- ✓ a apresentação deve propor a análise e o diagnóstico do CA e da CE (ou outros órgãos) e desembocar nas propostas, sobre as quais os aderentes deverão debater;
- ✓ o relatório de actividades não deve ficar confidencial. Deve ser distribuído aos aderentes que o peçam, até mesmo aos parceiros exteriores;

- ✓ o relatório deve, finalmente, ser cuidadosamente arquivado, pois constitui um testemunho histórico da mutualidade.

Não existe forma obrigatória nem permanente de relatório. Deve ser concebido em função das informações a apresentar, das constatações, dos problemas, etc.

Exemplo

O CA de uma mutualidade de saúde apresenta todos os anos à AG o seu relatório de actividades. Para isso, é utilizado o seguinte plano, que reagrupa a apresentação das actividades e do balanço global do ano findo e o plano de acção proposto para o ano a iniciar.

Introdução

- Período a que o relatório respeita.
- Apresentação dos redactores (membros do CA e/ou da CE).

I. Relatório de actividades do ano findo

1. As reuniões dos diferentes órgãos
2. As adesões
 - Novos aderentes, saídas, número total de aderentes, de pessoas a cargo e de beneficiários, comentários sobre a evolução (aumento ou diminuição).
 - Pontos fortes e problemas encontrados.
3. As prestações
 - Número de participações por serviço de saúde coberto, montantes, evolução.
 - Pontos fortes e problemas encontrados.
4. Os outros serviços da mutualidade
5. Os estados financeiros
 - Memória da situação financeira do ano anterior.
 - Conta de resultados e balanço do ano.
 - Comentários sobre as evoluções.
 - Pontos fortes e problemas encontrados.

II. Programa de actividades para o ano a iniciar

1. Síntese dos pontos fortes e dos pontos fracos do ano findo
2. Soluções propostas para as dificuldades encontradas
3. Implementação de novos serviços
4. Proposta de orçamento para o ano a iniciar

III. Conclusão

ANEXOS

- “Painel de bordo” do ano findo
- Situações financeiras do ano findo
- Orçamento provisional detalhado para o ano a iniciar.

O controlo interno realizado pela CS e pela AG é, geralmente, completado por um controlo externo definido na lei. Este último, geralmente, respeita à contabilidade e, muitas vezes, à situação financeira da mutualidade. Visa principalmente proteger terceiros. Permite, igualmente, à mutualidade aumentar a sua credibilidade para com aqueles.



A síntese das informações de acompanhamento: o “painel de bordo”

O acompanhamento pode definir-se como uma actividade contínua que consiste em:

- vigiar o bom desenrolar do programa de actividades previsto;
- fornecer em tempo útil os elementos de informação necessários a uma gestão e a uma tomada de decisões eficazes.

Designa-se por “sistema de acompanhamento”, o conjunto de procedimentos, documentos, circuitos de informação e responsabilidades que permitem a colecta e o tratamento dos dados obtidos no quadro de acompanhamento¹⁹.

Uma parte do sistema de acompanhamento foi apresentada nas anteriores partes. Tratava-se das diferentes ferramentas de colecta dos dados “a acompanhar”:

- o quadro de acompanhamento das adesões;
- o quadro de acompanhamento das quotizações;
- o quadro de acompanhamento das prestações;
- o quadro de comparação previsões- realizações do orçamento;
- o plano de tesouraria.

Estas ferramentas trazem numerosas informações, repartidas entre diferentes domínios da mutualidade. É importante reunir estas informações e analisá-las. Isso é o objectivo de uma ferramenta particularmente importante, o “painel de bordo”.

2.1 O “painel de bordo”

O “painel de bordo” de uma mutualidade de saúde desempenha o mesmo papel que o de uma viatura, que permite ao condutor controlar a sua velocidade, acompanhar o seu consumo de combustível e identificar eventuais disfuncionamentos, graças a diferentes mostradores e aferidores. Graças a esses utensílios, o condutor sabe quando deve abastecer de combustível, acrescentar óleo, reduzir a velocidade, etc. A ele compete conhecer o código da estrada e fazer prova de um comportamento razoável.

Do mesmo modo, o “painel de bordo” da mutualidade é um instrumento de pilotagem, que permite aos responsáveis e gestores acompanhar e gerir a sua organização, reforçar os seus pontos fortes, avaliar e corrigir os seus pontos fracos, controlar os comportamentos dos beneficiários, identificar as eventuais derrapagens e intervir em tempo oportuno.

19 BIT/STEP, CIDR.2001:Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros de saúde (Genève), tomos 1 e 2.

A regular actualização do “painel de bordo” pode ser requerida para a dispensa de serviços pelas estruturas (União, fundos de garantia, centros de serviços, etc.), às quais a mutualidade adere ou com as quais está em relação convencionada. Neste caso figurativo, o “painel de bordo” pode ser estabelecido quer:

- pela mutualidade, ela própria, que o envia, depois, para a estrutura respeitante, ou
- pela estrutura que pede à mutualidade para preencher todos os meses as fichas de acompanhamento com todas as informações necessárias ao cálculo dos indicadores.

O “painel de bordo” fornece uma síntese dos principais aspectos representativos e quantificáveis do funcionamento da mutualidade, das suas actividades e da sua gestão.

Oferece a possibilidade de acompanhar, mês após mês, a evolução de indicadores e de os comparar com valores de referência e/ou os seus valores transcritos. Estes valores de referência ou normas são os que cada indicador deveria atingir.

Por exemplo, a dimensão média de uma família do público-alvo é utilizada como indicador no quadro do acompanhamento da dimensão média das famílias mutualistas. Quando este último se desvia sensivelmente da norma, os gestores devem interrogar-se, rapidamente, sobre as razões desse desvio.

As taxas de utilização e os custos médios dos serviços de saúde utilizados no cálculo das quotizações são, igualmente, utilizados como normas para o acompanhamento das prestações na doença.

O “painel de bordo” permite, assim, acompanhar os desvios entre as previsões e as realizações.

● Apresentação

A eficácia do “painel de bordo” depende da sua apresentação, que deve permitir visualizar claramente os diferentes indicadores e a sua evolução.

Os utilizadores deste “painel de bordo” devem recorrer aos quadros de acompanhamento, para mais informações sobre cada indicador.

● Algumas regras para a concepção e a utilização de um “painel de bordo”

- ✓ o “painel de bordo” é uma ferramenta estratégica de acompanhamento e de tomada de decisões. Não deve fornecer dados, nem insuficiente nem excessivamente, por forma a permitir ao utilizador ter uma visão global da mutualidade;
- ✓ consequentemente, a mutualidade deve seleccionar os indicadores, a fim de apenas acompanhar os mais pertinentes e representativos, quanto às suas actividades, à sua organização, ao seu funcionamento e ao seu estado de desenvolvimento;
- ✓ quando a mutualidade cobre vários prestadores de cuidados, os quadros de acompanhamento das taxas de utilização dos custos dos serviços devem ser estabelecidos para cada prestador e, depois, globalmente;
- ✓ do mesmo modo, quando a mutualidade cobre várias aldeias ou grupos, os quadros de acompanhamento das taxas de penetração e de reembolso das quotizações são feitos para cada grupo e, depois, globalmente;
- ✓ o “painel de bordo” é habitualmente preenchido mensalmente, uma vez que todos os documentos de gestão da mutualidade tenham sido actualizados;
- ✓ a apresentação do “painel de bordo” deve permitir comparar, o mais simplesmente possível, os diferentes indicadores, mês a mês, durante um exercício. Isso implica que:

- as bases de cálculo dos indicadores ficam as mesmas, a fim de serem comparáveis;
- cada indicador seja objecto de um quadro de síntese (ou de um gráfico) para o qual são transportados os seus valores mensais assim como o seu valor anual.

Não existe forma universal de “painel de bordo”. O exemplo, abaixo, dá uma apresentação dos indicadores mais frequentemente reunidos, actualmente, nos “painéis de bordo” das mutualidades dos países em via de desenvolvimento (os indicadores financeiros são apresentados no quadro seguinte). O recurso às ferramentas informáticas facilita, aqui, muito a tarefa (carga de trabalho, redução dos erros, visualização gráfica).

Exemplo

Uma mutualidade cobre os internamentos (compreendendo os actos de cirurgia) num hospital regional, assim como, os pequenos internamentos e os partos num centro de saúde. A adesão é de período aberto (possibilidade de aderir em qualquer momento do ano), com um período de observação de 4 meses para todos os serviços de saúde cobertos.

Durante o exercício de 2002, os membros da CE mantêm actualizados vários quadros de acompanhamento, a partir dos quais, são mensalmente produzidos indicadores do “painel de bordo”. Os indicadores incluídos no “painel de bordo” são:

- o número de aderentes em relação aos objectivos;
- o número de beneficiários em relação aos objectivos;
- a taxa de cobrança das quotizações;
- as taxas de utilização por tipo de prestação e prestador;
- os custos médios por tipo de prestação e prestador;
- o montante dos depósitos e dos levantamentos da caixa.

A CE escolheu visualizar estes indicadores através dos gráficos seguintes. Esta visualização gráfica não é obrigatória. Contudo, ela facilita a análise. Os gráficos são, em princípio, construídos mês a mês, o que permite um acompanhamento preciso e rápidas tomadas de decisão.

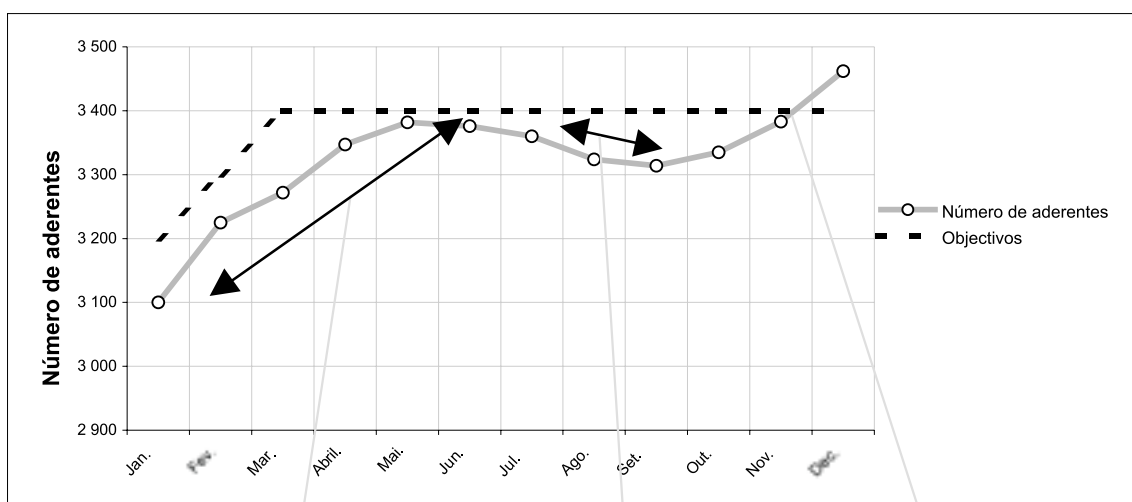
"Painel de bordo" da mutualidade

Acompanhamento do número de aderentes

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Número de aderentes	3 100	3 225	3 272	3 347	3 382	3 376	3 360	3 324	3 314	3 335	3 383	3 462
Objectivos	3 200	3 300	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400

Ajuda gráfica

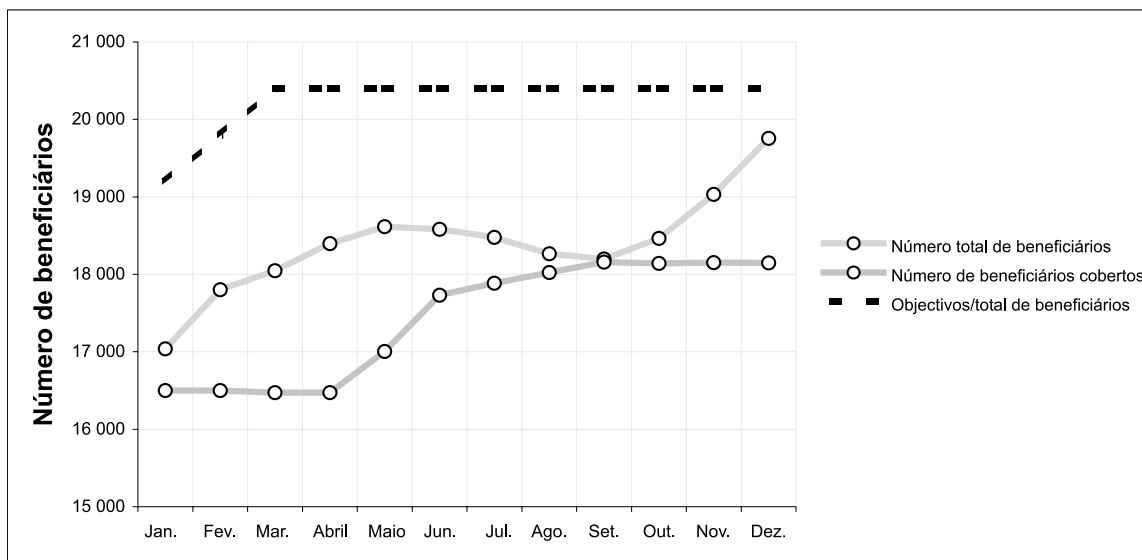


Acompanhamento do número de beneficiários

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Número total de beneficiários inscritos	17 038	17 803	18 046	18 396	18 616	18 581	18 476	18 266	18 197	18 464	19 033	19 756
Número de beneficiários cobertos	16 499	16 499	16 474	16 473	17 006	17 731	17 884	18 025	18 157	18 140	18 150	18 149
Objectivos/total dos beneficiários	19 200	19 800	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400

Ajuda gráfica

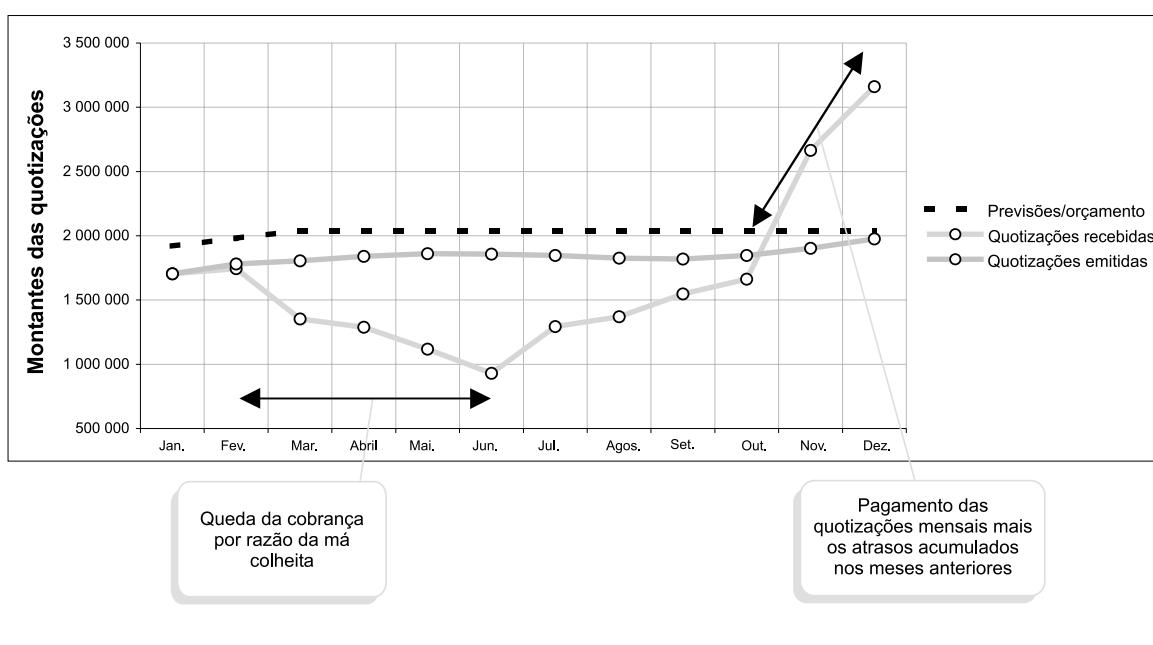


Acompanhamento da cobrança das quotizações

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Previsões/orçamentos	1 920 000	1 980 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000
Quotizações recebidas	1 703 800	1 744 694	1 353 450	1 287 720	1 116 960	929 050	1 293 320	1 369 950	1 546 745	1 661 760	2 664 620	3 160 960
Quotizações emitidas	1 703 800	1 780 300	1 804 600	1 839 600	1 861 600	1 858 100	1 847 600	1 826 600	1 819 700	1 846 400	1 903 300	1 975 600

Ajuda gráfica

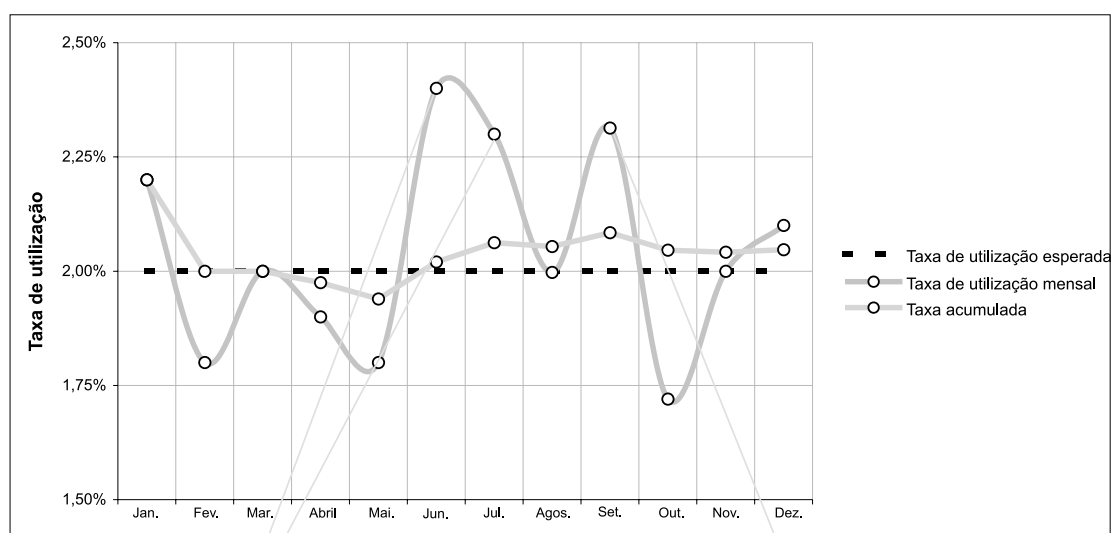


Acompanhamento das taxas de utilização/internamento - Hospital regional

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Taxa de utilização esperada	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %
Taxa de utilização mensal	2,20 %	1,80 %	2,00 %	1,90 %	1,80 %	2,40 %	2,30 %	2,00 %	2,31 %	1,72 %	2,00 %	2,10 %
Taxa acumulada	2,20 %	2,00 %	2,00 %	1,98 %	1,94 %	2,02 %	2,06 %	2,05 %	2,08 %	2,05 %	2,04 %	2,05 %

Ajuda gráfica



Controlo pela CE:
taxas ligadas à
morbidez local

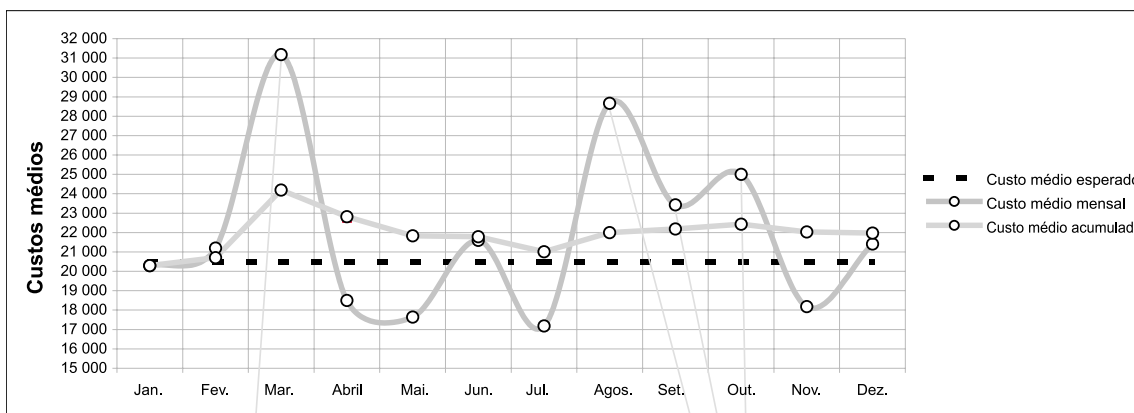
Controlo pela CE:
nenhuma anomalia
detectada

Acompanhamento dos custos médios/internamentos - Hospital regional

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Custo médio esperado	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500
Custo médio mensal	20 300	21 200	31 176	18 500	17 641	21 600	17 183	28 667	23 429	25 000	18 182	21 410
Custo médio acumulado	20 300	20 705	24 192	22 824	21 838	21 788	21 013	21 996	22 182	22 431	22 035	21 960

Ajuda gráfica



Controlo pela CE:
comparticipação de
uma intervenção
cirúrgica importante

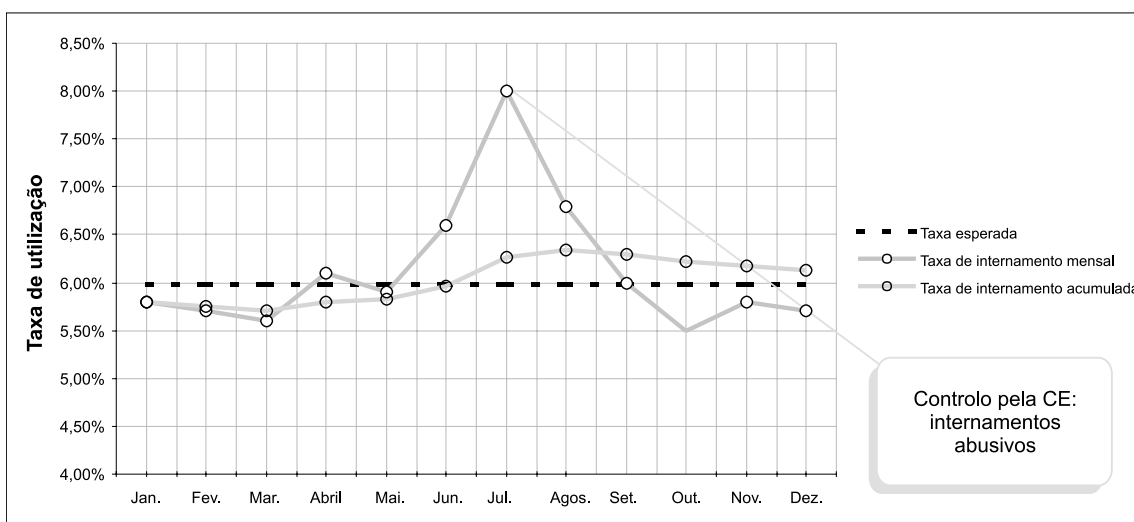
Controlo pela CE:
comparticipação de
internamentos
onerosos

Acompanhamento das taxas de utilização/internamentos - Centro de saúde

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Taxa esperada	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %
Taxa de internamento mensal	5,80 %	5,70 %	5,60 %	6,10 %	5,90 %	6,60 %	8,00 %	6,80 %	6,00 %	5,50 %	5,80 %	5,70 %
Taxa de internamento acumulada	5,80 %	5,75 %	5,70 %	5,80 %	5,82 %	5,96 %	6,27 %	6,34 %	6,30 %	6,21 %	6,17 %	6,13 %

Ajuda gráfica



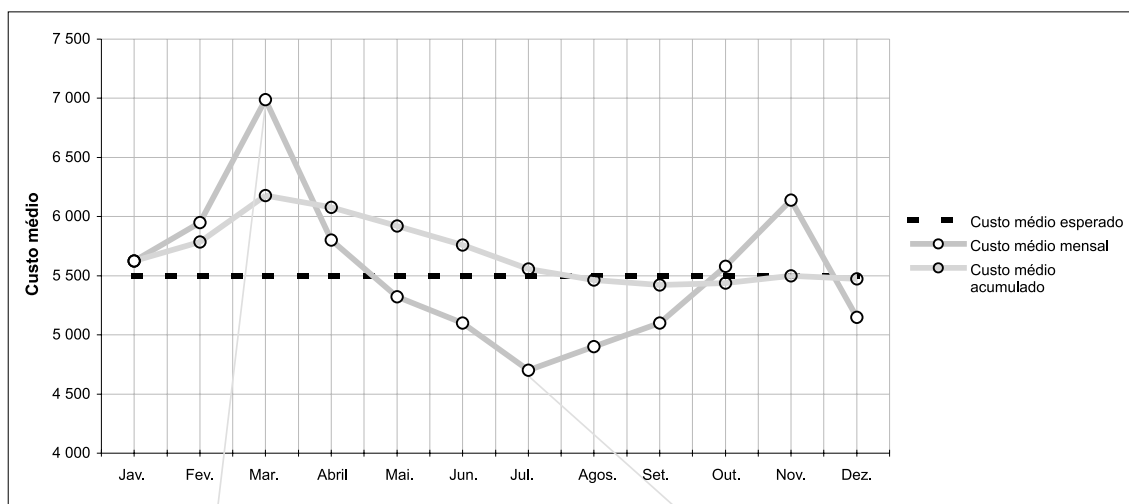
Controlo pela CE:
internamentos
abusivos

Acompanhamento dos custos médios/internamentos - Centro de saúde

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Custo médio esperado	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500
Custo médio mensal	5 623	5 950	6 987	5 800	5 321	5 100	4 700	4 900	5 100	5 581	6 138	5 150
Custo médio acumulado	5 623	5 785	6 178	6 079	5 921	5 761	5 557	5 464	5 423	5 438	5 500	5 472

Ajuda gráfica



Controlo pela CE:
montante elevado
de um internamento
justificado

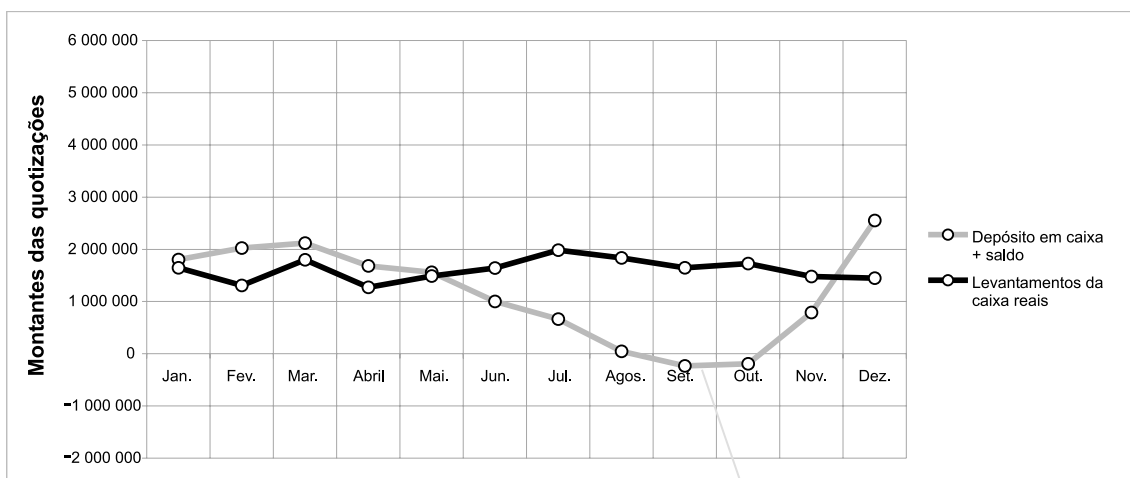
Controlo pela CE:
baixa dos custos
relacionados com
internamentos abusivos

Acompanhamento dos depósitos e levantamentos de caixa

Dados

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Depósitos caixa realizados+saldo do mês anterior	1 803 800	2 026 441	2 119 918	1 681 394	1 561 994	1 003 070	661 806	47 066	-235 271	-194 420	788 928	2 551 393
Levantamentos reais	1 647 053	1 309 974	1 801 244	1 272 360	1 487 974	1 639 584	1 984 690	1 834 082	1 645 909	1 729 272	1 477 495	1 450 083

Ajuda gráfica



Estes valores negativos resultam dos saldos negativos após Junho

NB: O financiamento dos saldos negativos foi assegurado pela cooperativa na origem da mutualidade

2.2 A resolução dos problemas identificados

O "painel de bordo" não tem outra utilidade senão permitir à mutualidade reagir rápida e eficazmente às situações e aos problemas identificados.

Para fazer isso, um método simples, baseado em várias etapas, é aqui proposto²⁰. Estas etapas são realizadas pelo CA e a CE, no âmbito da gestão corrente da mutualidade. Contudo, a escolha de uma solução a implementar necessita, por vezes, da organização de uma AG extraordinária. Trata-se de situações, ainda que raras, que não surgem, senão quando as escolhas que se impõem ultrapassam as competências dos outros órgãos.

Nos outros casos, os problemas e outros acontecimentos, assim como, as soluções adoptadas, são descritos no relatório apresentado à AG anual.

1. A identificação de um problema

Os problemas são, geralmente, identificados a partir do "painel de bordo" da mutualidade e das actividades de controlo e de acompanhamento. É necessário identificar nesta fase, o mais precisamente possível, a natureza do problema. Por exemplo, uma situação de tesouraria negativa pode ser interpretada como a consequência de demasiadas grandes despesas, ainda que ela possa resultar, entre outras, de uma muito baixa taxa de cobrança das quotizações; estas duas causas não requererão, necessariamente, as mesmas soluções.

20 Estas etapas são inspiradas em: Institut Nord-Sud.1989: A gestão das pequenas e médias organizações africanas, Gestion Nord-Sud, Montreal, pp.82-83

2. A colecta e a análise dos dados

Estando o problema claramente identificado, os responsáveis da mutualidade dispõem dos dados retirados dos documentos de gestão para tentar precisar-lhe as causas. É muitas vezes necessário comparar as informações dos diferentes centros de gestão, a fim de juntar todas as ligações de causas e efeitos. É também, muitas vezes, necessário ir procurar as informações, junto dos aderentes ou dos prestadores.

Exemplo

Os responsáveis de uma mutualidade constataam, a partir do “painel de bordo”, um brusco aumento das taxas de utilização para os pequenos internamentos num centro de saúde. Na base do registo das prestações constataam que este aumento é devido a uma maciça utilização deste serviço pelos beneficiários de uma única aldeia.

É feito um primeiro inquérito na aldeia, a fim de verificar não se tratar de fraudes nas identidades. Rapidamente, conclui-se que todos os internados são, efectivamente, beneficiários, o que exclui as fraudes nas identidades. Em contrapartida, os responsáveis da mutualidade constataam que todos os doentes se queixam do mesmo mal. O médico do centro de saúde é, então, consultado e confirma que todos os habitantes dessa aldeia apresentam os mesmos sintomas que resultam de intoxicações.

Um novo inquérito é conduzido, em colaboração com o médico na aldeia, a fim de encontrar a fonte dessa intoxicação. Descobre-se que os plantadores de algodão da aldeia tomaram o hábito de limpar os seus aparelhos de pulverização de insecticidas num rio, a montante do ponto onde é tirada a água para as necessidades domésticas.

Para resolver este problema, o CA da mutualidade e o médico decidem conduzir uma campanha de sensibilização junto dos plantadores e ajudá-los a encontrar outras soluções para a limpeza dos seus aparelhos.

3. A enumeração das soluções

Para cada problema existem, muitas vezes, várias soluções a considerar, que se procurará enumerar, qualquer que seja o seu nível de exequibilidade.

4. A verificação das soluções possíveis

As vantagens e inconvenientes de cada solução identificada são estudadas e comparadas tendo em conta, nomeadamente, as suas consequências financeiras, o seu impacto sobre os riscos ligados ao seguro, a sua concordância com os objectivos da mutualidade, etc.

5. A escolha da melhor solução

A melhor solução é muitas vezes a combinação de várias soluções possíveis. Consoante a importância da solução e as responsabilidades definidas pelos Estatutos e pelo Regulamento Interno, esta escolha incumbe à CE, ao CA ou, muito excepcionalmente, à AG, reunida em sessão extraordinária.

6. A aplicação da solução escolhida

A implementação da solução retida pode implicar novas tarefas e responsabilidades e/ou uma nova repartição destas, um ajustamento do orçamento, etc.

7. O teste da solução

A resolução de um problema ou a adaptação a uma nova situação não pára na implementação de uma solução. Com efeito, é preciso verificar que esta é pertinente e eficaz. Do mesmo modo que para a primeira etapa, a solução testada será objecto de um acompanhamento e de um controlo.



A análise da viabilidade financeira e económica de uma mutualidade de saúde

A viabilidade económica e financeira de uma mutualidade de saúde pode ser considerada como a sua capacidade para cobrir de forma duradoura os seus encargos com os seus produtos e para fazer face aos seus compromissos financeiros nos prazos requeridos.

A análise da viabilidade financeira e económica de uma mutualidade é uma operação indispensável, que deve ser realizada periodicamente. Permite determinar as medidas a tomar para reforçar a solidez da mutualidade e evitar que ela “abra falência”. É, igualmente, necessária para o desenvolvimento das relações da organização com terceiros, nomeadamente, com os bancos.

Em grande medida, a análise financeira assenta na utilização da conta de resultados e do balanço do exercício. Apoia-se, igualmente, nas situações financeiras dos anteriores exercícios e em outras fontes de informação, relativas às actividades, nomeadamente, as respeitantes às adesões e às prestações.

Este capítulo não incorpora as possibilidades da contabilidade analítica, que ainda é muito raramente utilizada nas mutualidades visadas por este guia.

Esta contabilidade é, contudo, uma ferramenta extremamente poderosa, cuja utilização é fortemente recomendada nas mutualidades que tenham capacidades para a empregar.

O método aqui proposto é o dos rácios que permite uma análise da gestão, da situação financeira e uma explicação financeira da mutualidade. A apresentação é sucinta, sendo esta análise objecto de um tratamento mais detalhado no *Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros de saúde*, produzido e publicado pelo programa STEP e o CIDR²¹.

Exemplo

Para ilustrar o cálculo dos diferentes rácios abaixo apresentados, utilizar-se-á o exemplo da Mutualidade Saphir, que conta 575 aderentes, todos também membros de uma mesma cooperativa. A mutualidade não exige direitos de adesão. Ela recebe no primeiro ano um subsídio de exploração por parte da cooperativa, destinado a sustentar o seu arranque.

A quotização eleva-se a 1000 UM no ano 1, será aumentado em 1200 UM no ano 2. Contudo, a política adoptada pela mutualidade é de manter a quotização a um nível inferior ao seu montante normal, pois os rendimentos dos seus aderentes são particularmente baixos.

Assim, ela organiza festas e outras actividades lucrativas, a fim de completar os seus recursos.

Os balanços e contas de resultados simplificados dos dois primeiros anos de funcionamento da mutualidade (ano 1 e ano 2) apresentam-se assim:

21 O conteúdo deste capítulo é, em grande parte, extraído deste guia.

Conta de resultados exercícios 1 e 2

ENCARGOS	PRODUTOS				
	Ano 1	Ano 2			
Prestações doença	650 320	703 520	Subvenção de exploração	200 000	
Despesas de funcionamento	175 530	90 980	Actividades promocionais	150 000	230 000
			Quotizações	575 000	690 000
Total de encargos	825 850	794 500	Total de produtos	925 000	920 000
Resultado do exercício	99 150	125 500			
Total	925 000	920 000	Total	925 000	920 000

Balanço exercícios 1 e 2

ACTIVO	PASSIVO				
	Ano 1	Ano 2			
Quotizações a receber	75 000	110 000	Reservas		99 150
Banco	52 680	164 660	Saldo a transferir	99 150	125 500
Caixa	24 470	18 490	Dívidas à CT (facturas a pagar)	53 000	68 500
Total	152 150	293 150	Total	152 150	293 150

3.1 A análise da situação financeira pelos rácios

Um rácio é uma relação entre dois dados por cifras. Para que ele possa interessar, deve haver uma relação entre as duas grandezas escolhidas, o numerador e o denominador. Um rácio não tem sentido em termos absolutos, deve ser comparado com qualquer coisa. São possíveis dois tipos de análise:

- a análise das tendências. Consiste em comparar os rácios com diferentes datas, para apreciar a evolução da situação financeira da mutualidade;
- a comparação dos rácios de uma mutualidade com os de outras mutualidades. Havendo falta de informação neste domínio, serão propostas aos avaliados "normas padrão", que permitirão caracterizar a situação da mutualidade.

O método dos rácios no domínio financeiro permite uma análise sistemática da gestão e da situação da mutualidade, quer seja num preciso momento ou no decurso de sucessivos exercícios. Esta análise permite responder a três questões fundamentais:

- a mutualidade é solvente? Dito de outra forma, está à altura de fazer face aos seus compromissos? (solvabilidade da mutualidade);
- as quotizações permitem financiar a actividade? (financiamento da mutualidade);
- as quotizações são essencialmente utilizadas no pagamento das prestações? ("bom funcionamento financeiro" da mutualidade).

Os rácios completam a primeira informação relativa à viabilidade, que constitui o resultado do exercício e a sua evolução ao longo do tempo. A interpretação dos rácios é, contudo,

delicada. Geralmente é preciso utilizar não só um único rácio, mas um conjunto de rácios para caracterizar e interpretar uma situação financeira.

A solvabilidade

Uma mutualidade de saúde deve estar, constantemente à altura de fazer face aos seus compromissos financeiros, nomeadamente, face aos prestadores de cuidados.

Em caso contrário, a sua existência pode mesmo ser questionada, a menos que tome, rapidamente, medidas excepcionais.

Três rácios permitem medir a solvabilidade de uma mutualidade a curto, médio e longo prazo:

- ✓ o rácio de liquidez imediata;
- ✓ o rácio de capitais próprios;
- ✓ o rácio de cobertura dos encargos.

O rácio de liquidez imediata

O rácio de liquidez imediata avalia a solvabilidade da mutualidade a curto prazo comparando as disponibilidades, isto é, os depósitos em caixa e no banco, com as dívidas exigíveis a curto prazo.

$$\text{Rácio de liquidez imediata} = \frac{\text{Depósitos em caixa} + \text{Depósitos em banco}}{\text{Dívidas a curto prazo}}$$

Este rácio permite, assim, saber se a mutualidade pode pagar a tempo os seus fornecedores (principalmente os prestadores de cuidados, no caso do sistema de terceiro pagador). Quanto mais elevado for o rácio, mais importante é a liquidez. Um rácio superior a 1 é considerado satisfatório.

Exemplo

Para os seus dois primeiros exercícios, os rácios de liquidez da Mutualidade Saphir são:

- Ano 1: $(24\,470 + 52\,680) / 53\,000 = 1,5$;
- Ano 2: $(18\,490 + 164\,660) / 68\,500 = 2,7$.

O rácio de capitais próprios

O segundo rácio indica a capacidade da mutualidade em honrar as suas dívidas (a curto prazo e a longo prazo) sem recorrer ao empréstimo. Compara todas as dívidas contraídas pela mutualidade (as quais não são todas imediatamente exigíveis) com os seus capitais próprios. Para ser considerada como solvente, uma mutualidade deve ter um rácio de capitais próprios superior a 100%.

$$\text{Rácio de capitais próprios} = \frac{\text{Capitais próprios}}{\text{Dívidas}} \times 100$$

Exemplo

Os rácios de capitais próprios da Mutualidade Saphir nos anos 1 e 2 são os seguintes:

- Ano 1: $99\ 150 / 53\ 000 = 187\%$;
- Ano 2: $(99\ 150 + 125\ 500) / 68\ 500 = 328\%$.

O rácio de cobertura dos encargos

Este rácio, igualmente chamado taxa de reserva, é um terceiro indicador da solvabilidade de uma mutualidade e, mais precisamente, da sua autonomia financeira. Compara as reservas da mutualidade com os seus encargos mensais em prestações de doença.

Este rácio pode ser expresso em percentagem:

$$\text{Rácio de cobertura dos encargos} = \frac{\text{Reservas} + \text{Saldo do resultado a transferir}}{\text{Encargos com prestações doença}} \times 100$$

ou em meses:

$$\text{Rácio de cobertura dos encargos} = \frac{\text{Reservas} + \text{Saldo do resultado a transferir}}{\text{Encargos com prestações doença}} \times 12$$

O valor da taxa de reserva a atingir é geralmente fixado entre 50 e 75%, isto é, entre seis e nove meses de despesas em prestações de doença. É aconselhado fixar-se uma taxa de nove meses em período de crescimento, que pode, depois, ser limitado a seis meses, quando a mutualidade atingiu o seu equilíbrio e um financiamento estável.

Exemplo

Os rácios de cobertura das despesas para os dois anos primeiros exercícios da Mutualidade Saphir, calculados a partir do balanço, são:

- Ano 1: $99\ 150 / 650\ 320 = 15\%$ ou 1,8 meses;
- Ano 2: $(99\ 150 + 125\ 500) / 703\ 520 = 32\%$ ou 3,8 meses.

O financiamento da actividade da mutualidade

Em princípio, uma mutualidade deve cobrir os seus encargos com a ajuda das quotizações que ela cobra. É importante saber do que se trata na realidade. São utilizados dois rácios:

- ✓ o rácio quotizações adquiridas / encargos de exploração;
- ✓ o rácio quotizações adquiridas / encargos totais do exercício.

O rácio quotizações adquiridas / encargos de exploração

Este rácio compara as quotizações aos encargos de exploração (prestações doença e custos de financiamento) da mutualidade.

$$\text{Rácio quotizações adquiridas / encargos de exploração} = \frac{\text{Quotizações adquiridas}}{\text{Encargos de exploração}}$$

O rácio quotizações adquiridas / encargos totais do exercício

Este segundo rácio toma em consideração o conjunto dos encargos do exercício: encargos de exploração, encargos financeiros, encargos excepcionais.

$$\text{Rácio quotizações adquiridas / encargos totais} = \frac{\text{Quotizações}}{\text{Encargos totais do exercício}}$$

Exemplo

No caso simplificado da Mutualidade Saphir, os rácios quotizações adquiridas / encargos de exploração e quotizações adquiridas / encargos totais são idênticos. A mutualidade não conta, com efeito, senão com encargos de exploração. Para os dois anos, esses rácios elevam-se:

- Ano 1: $575\,000 / (650\,320 + 175\,530) = 0,7$;
- Ano 2: $690\,000 / (703\,520 + 90\,980) = 0,9$.

O valor dos rácios indica que as quotizações apenas cobrem uma parte dos encargos e, por conseguinte, os resultados positivos da mutualidade estão dependentes de outros produtos.

O “bom funcionamento financeiro” da mutualidade

O seguro de saúde é vantajoso para os aderentes, se uma parte importante das quotizações é utilizada no pagamento das prestações e os custos de funcionamento são baixos. É conveniente, desde o primeiro momento, avaliar se a mutualidade emprega de forma total os seus recursos (especialmente as quotizações recebidas) no pagamento das prestações. É o objectivo do terceiro elemento de apreciação da viabilidade financeira de uma mutualidade.

São utilizados dois rácios a fim de avaliar o “bom funcionamento financeiro” de uma mutualidade de saúde:

- ✓ o rácio de sinistralidade;
- ✓ o rácio dos custos de funcionamento bruto.

O rácio de sinistralidade

O rácio de sinistralidade avalia a parte das quotizações que foi utilizada no reembolso ou no pagamento das prestações de doença.

$$\text{Rácio de sinistralidade} = \frac{\text{Prestações doença}}{\text{Quotizações adquiridas}} \times 100$$

Este rácio deve ser na ordem de 75%. Não se trata de uma norma fixa, mas de um ponto de referência indicativo, que a experiência poderá confirmar.

Se este rácio é demasiado baixo, isso significa que uma parte importante das quotizações é consagrada a outra coisa que não a cobertura das despesas de saúde. Os aderentes podem, então, sentir-se no direito de questionar o porquê das suas quotizações. Um rácio demasiado elevado pode traduzir uma situação difícil para a mutualidade, cuja margem bruta é demasiado fraca para cobrir os seus outros encargos.

Exemplo

Os rácios de sinistralidade para os dois anos de funcionamento da Mutualidade Saphir elevam-se a:

- Ano 1: $650\,320 / 575\,000 = 113\%$;
- Ano 2: $703\,520 / 690\,000 = 102\%$.

O rácio dos custos de funcionamento bruto

O rácio dos custos de funcionamento bruto mede a parte dos recursos financeiros da mutualidade utilizada para o seu funcionamento.

$$\text{Rácio dos custos de funcionamento bruto} = \frac{\text{Encargos de funcionamento}}{\text{Total dos produtos}} \times 100$$

Geralmente admite-se que este rácio deve ser inferior ou igual a 15% .

Exemplo

Os rácios dos custos de funcionamento bruto da mutualidade calculados para os seus dois primeiros anos de funcionamento são:

- Ano 1: $175\,530 / 925\,000 = 19\%$;
- Ano 2: $90\,980 / 920\,000 = 10\%$.

Exemplo de análise da situação financeira da mutualidade pelos rácios

Com base nos balanços e nas contas de resultados da Mutualidade Saphir para estes dois primeiros anos de funcionamento, constata-se que esta realiza excedentes desde o seu arranque; tudo pareceria ir, portanto, pelo melhor. Contudo, a análise pelos rácios permite salientar duas importantes fraquezas:

- o rácio quotizações adquiridas/encargos totais do exercício e o rácio de sinistralidade devem chamar a atenção. Indicam, claramente, que as quotizações da mutualidade não são suficientes para cobrir os seus encargos. O equilíbrio financeiro da mutualidade assenta, em grande parte, nos seus outros produtos, sobretudo no ano 1. Consciente de que o subsídio não é um recurso durável, a mutualidade decidiu aumentar as suas quotizações no ano 2, que, assim, passam de 1000 para 2000 UM por aderente e por ano. Os valores dos rácios melhoraram, mas continuam ainda demasiado baixos, no caso do rácio quotizações adquiridas/encargos totais e, anormalmente elevados, para o de sinistralidade. Notar-se-à, de resto, que esta melhoria não resulta somente do aumento das quotizações, mas também da baixa dos custos de funcionamento que a mutualidade racionalizou no ano 2. O rácio dos custos de funcionamento bruto situa-se no ano 2 a um nível aceitável (10%).

Na base dos números do ano 2, a mutualidade pode considerar três estratégias para o ano 3:

- pode aumentar a sua quotização, cujo montante deveria elevar-se a 1600 UM por aderente e por ano, para que a mutualidade possa abster-se dos outros produtos. O risco é, contudo, de ultrapassar a capacidade contributiva dos aderentes e, portanto, fazer cair as adesões. Uma outra possibilidade é manter o nível das quotizações, mas reduzir as prestações;
- pode prosseguir na sua actual estratégia que é de propor uma quotização inferior ao seu montante normal e continuar a organizar actividades com fim lucrativo, tais como festas. Contudo, se por qualquer razão, a mutualidade não pode manter o mesmo nível de actividades, ficará, rapidamente, na impossibilidade de honrar os seus compromissos;
- uma terceira possibilidade é combinar, em parte, as duas estratégias precedentes. A mutualidade pode aumentar um pouco as suas quotizações (por exemplo 1400 UM) e continuar a realizar outras actividades lucrativas, o que lhe permitiria melhorar os seus rácios de “bom funcionamento financeiro” e de financiamento das suas actividades e de constituir, mais rapidamente, um nível de reservas satisfatório;
- o nível de reservas é baixo já que o rácio de cobertura das despesas não atinge senão 32% no fim do ano 2. Num contexto excepcional (epidemia, etc.), a mutualidade poderia ficar rapidamente em situação de crise financeira e ficaria dependente de um apoio exterior (por exemplo, da cooperativa), para fazer face aos seus compromissos.

3.2 A análise da viabilidade económica

A análise da viabilidade económica de uma mutualidade de saúde (como de qualquer outra organização) consiste em ter em conta custos adicionais chamados “custos dissimulados”, que correspondem a recursos colocados à disposição de uma mutualidade, sem que esta tenha de suportar os seus encargos financeiros. Os custos dissimulados não são incluídos na contabilidade, mas, contudo, condicionam o funcionamento e a viabilidade da mutualidade.

Os custos dissimulados

Existem três grandes categorias de custos dissimulados.

Os bens e os serviços

- ✓ Os bens compreendem os locais, os veículos, o material e outras doações em géneros, colocados à disposição da mutualidade, sem que esta tenha que os financiar.
- ✓ Os serviços são as prestações das quais a mutualidade beneficia gratuitamente, tais como, a preparação dos relatórios financeiros, o financiamento de sessões de formação, a comparticipação de custos diversos por uma estrutura exterior.

Os recursos sob a forma de trabalho

- ✓ A disponibilização de pessoal remunerado (animadores, gestores, etc.) por uma estrutura exterior.
- ✓ A utilização de pessoal em regime de voluntariado. O voluntariado é um dos princípios da mutualidade, mas é possível que determinadas funções, nomeadamente, de gestão ou de animação, não possam ser preenchidas de forma duradoura deste modo. O facto para uma mutualidade de dever contar com a boa vontade de aderentes ou outros indivíduos para assegurar tarefas importantes, pode implicar, a prazo, bloqueamentos se aqueles se retiram. A mutualidade deve, portanto, distinguir as funções de voluntariado (participação nos órgãos da mutualidade) e aquelas cuja remuneração deveria ser considerada.

As vantagens financeiras e os privilégios ligados ao estatuto

Uma mutualidade pode beneficiar de diversas vantagens financeiras temporárias (por exemplo uma redução de tarifas acordada com um hospital durante o primeiro ano de funcionamento), que representam encargos suplementares que a mutualidade deverá assumir mais tarde. É, pois, importante considerá-los, no imediato, como custos dissimulados, a fim de medir a capacidade da mutualidade em financiá-los no momento próprio. A mutualidade pode ter vantagens ligadas ao seu estatuto jurídico (isenção fiscal, por exemplo) que podem desaparecer se está prevista a aquisição de um novo estatuto.

Os custos dissimulados põem em evidência que o funcionamento da mutualidade é dependente de uma série de contributos e vantagens não contabilizados. Se estes contributos ou vantagens cessam, a viabilidade da mutualidade pode ser posta em causa. É, pois, importante calcular o resultado económico de uma mutualidade, o qual corresponde ao resultado de um dado exercício, tendo em conta os custos dissimulados, relativos a esse mesmo exercício. Este resultado económico permite uma primeira avaliação da capacidade da mutualidade em tomar a seu cargo o conjunto dos seus custos.

O cálculo do resultado económico desenvolve-se em três etapas.

1. Primeiro, é preciso identificar com precisão os custos dissimulados. Para isso, é necessário examinar sistematicamente o funcionamento da mutualidade e procurar cada custo dissimulado

recorrendo às três precedentes categorias (bens e serviços, trabalho, vantagens financeiras e estatutárias). A identificação dos contributos realizada por estruturas exteriores pode ser facilitada pela utilização de um quadro de funções que reparte todas as funções e as tarefas, no seio da mutualidade, pelos intervenientes internos e externos.

2. Estes custos dissimulados são depois valorizados. Nesta altura, a mutualidade deve preocupar-se, essencialmente, com os custos que não serão assumidos permanentemente pelo exterior.
3. O resultado económico da mutualidade pode ser depois calculado. Se a tomada em conta dos custos dissimulados, valorizados no cálculo do resultado, tende para um resultado económico negativo, isso significa que a mutualidade está dependente desses recursos exteriores e que a sua viabilidade, a médio prazo, não está assegurada.

Exemplo

A Mutualidade Saphir apresentada no precedente exemplo beneficia de duas ajudas exteriores.

- A cooperativa coloca à sua disposição um pequeno local que serve de escritório e cuja renda se elevaria a 15 000 UM por ano se a mutualidade a devesse pagar.
- Ela beneficia da ajuda de uma estrutura de apoio à cooperativa a quem confia uma parte da sua contabilidade e que estabelece as suas contas anuais. Se estes trabalhos contabilísticos devessem ser confiados a pessoal assalariado, isso representaria um encargo anual estimado em 94 000 UM.

Os resultados económicos dos dois primeiros anos são os seguintes:

	Ano 1	Ano 2
Resultado do exercício	99 150	125 500
Custos dissimulados	109 000	109 000
Resultado económico	- 9 850	16 500

A mutualidade não teria portanto podido assumir sozinha a totalidade dos seus encargos no ano 1, o que teria sido em contrapartida possível no ano 2, mas com a consequência de uma constituição de reservas particularmente baixa.

A análise da viabilidade económica através dos raios

É possível uma outra medida de viabilidade económica da mutualidade, utilizando o método dos raios.

Para esse efeito podem ser utilizados dois raios.

A taxa de financiamento próprio

Este raio avalia a relação entre os produtos próprios (antes do subsídio) de uma mutualidade e a totalidade dos encargos do exercício (encargos contabilizados + custos dissimulados).

$$\text{Taxa de financiamento próprio} = \frac{\text{Total dos produtos próprios}}{\text{Encargos contabilizados} + \text{Custos dissimulados}} \times 100$$

Para uma mutualidade que procura a autonomia financeira, esta taxa deve ser, pelo menos, igual a 100%. Quanto mais elevada for, mais a mutualidade estará em condições de financiar, ela mesma, a totalidade dos seus custos.

Exemplo

No quadro da mutualidade tomada como exemplo, os produtos próprios nos anos 1 e 2 elevam-se, respectivamente, a 725 000 UM (produtos antes do subsídio de 200 000 UM) e 920 000 UM. Os encargos totais elevam-se a 934 850 (825 850 + 109 000) no ano 1 e a 903 500 (794 500 + 109 000) no ano 2. As taxas de financiamento próprio desses dois anos são as seguintes :

- Ano 1: 725 000 / 934 850 = 78%;
- Ano 2: 920 000 / 903 500 = 102%.

O rácio quotizações adquiridas / (encargos + custos dissimulados)

Este segundo rácio avalia a relação entre as quotizações adquiridas e a totalidade dos encargos do exercício (aí compreendidos os custos dissimulados).

$$\text{Rácio quotizações adquiridas/ encargos totais} = \frac{\text{Quotizações adquiridas}}{\text{Encargos contabilizados} + \text{Custos dissimulados}} \times 100$$

Quando o rácio é superior a 100%, a mutualidade está em condições de assumir, sozinha, a totalidade dos encargos de um exercício na base das quotizações dos seus aderentes.

Exemplo

As quotizações adquiridas da mutualidade nos anos 1 e 2 elevam-se a 575 000 UM e 690 000 UM. Os rácios quotizações adquiridas / encargos totais são iguais a :

- Ano 1: 575 000 / 934 850 = 62%;
- Ano 2: 690 000 / 903 500 = 76%.

As quotizações actuais não seriam suficientes para cobrir a totalidade dos encargos da mutualidade, o que não é uma surpresa, visto que aquelas são já inferiores aos encargos contabilizados.

4

A avaliação e os ajustamentos do funcionamento de uma mutualidade de saúde

O “painel de bordo” de uma mutualidade permite uma pilotagem a curto prazo que seria suficiente para uma gestão eficaz da mutualidade se a sua evolução apenas fosse uma sucessão de exercícios anuais, o que não é o caso. Este encadeamento de exercícios inscreve-se, com efeito, num processo a mais longo prazo, determinado pela evolução dos objectivos e do funcionamento da mutualidade

- A mutualidade não conhece uma evolução linear, mas antes uma sucessão de fases de desenvolvimento, das quais as principais são, muito esquematicamente:
 - ✓ o nascimento: é oficializado pela AG Constituinte, durante a qual a missão da mutualidade e os seus objectivos de partida são fixados;
 - ✓ a aprendizagem e o crescimento: os primeiros exercícios inscrevem-se numa fase de aprendizagem e de crescimento, no decurso da qual a mutualidade deve afinar as hipóteses retidas no estudo de viabilidade; aprender a dominar o seu funcionamento, adaptar-se aos imprevistos, dar-se a conhecer aos seus potenciais beneficiários e procurar atingir um equilíbrio financeiro. Trata-se de uma fase inicial, durante a qual, a mutualidade é particularmente frágil; as adesões flutuam, as reservas financeiras são baixas, as parcerias com os prestadores estão apenas no início, etc.;
 - ✓ a fase de equilíbrio: a mutualidade atingiu os seus objectivos de partida: a sua organização está rodada, o seu funcionamento estabilizou e a sua situação financeira é sólida. A partir desta posição, a mutualidade pode manter um determinado status quo, ou fixar-se em novos objectivos, aumentar os seus serviços, etc., e, assim, entrar numa fase nova de desenvolvimento.
- Os objectivos fixados pelos aderentes a longo (objectivos gerais) e a curto prazo (objectivos operacionais), traçam a via a seguir pela mutualidade. Para retomar a comparação com a pilotagem de uma viatura, os objectivos operacionais são as cidades por etapa e os objectivos gerais as cidades de destino final.

Para controlar o seu desenvolvimento, uma mutualidade de saúde deve poder, conforme a sua evolução, situar-se em relação às diferentes fases que atravessa, assim como, em relação aos seus objectivos. Por outro termos, deve avaliar a sua evolução e o seu avanço, relativamente à obtenção dos fins fixados.

A avaliação consiste em apreciar se os objectivos fixados são totalmente, parcialmente ou não atingidos. Dedicar-se a identificar as razões dos desvios entre o nível de obtenção dos objectivos e as previsões.²² Pelas informações e análises que ela fornece, a avaliação constitui um poderoso meio de aperfeiçoamento do funcionamento da mutualidade.

A avaliação é uma actividade periódica. Pode ser realizada no decurso ou no fim do exercício ou de forma mais espaçada, consoante os meios disponíveis para a realizar. A avaliação pode ter diversos objectivos. Por exemplo, pode ter como objectivo a viabilidade, a pertinência, a eficácia, a eficiência, ou o impacto da mutualidade ou reportar-se a um aspecto particular do seu funcionamento (promoção junto do público-alvo).

22 BIT/STEP, CIDR. 2001: Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros de saúde (Genève), volumes 1 e 2.

Os mecanismos e os suportes de avaliação não serão aqui desenvolvidos. São objecto de um guia específico²³ para o qual são os leitores convidados a recorrer.

Aqui, limitar-nos-emos a descrever as diferentes formas de avaliação e a ilustrar, com a ajuda de um exemplo, o seu papel respeitante aos ajustamentos do funcionamento de uma mutualidade.

As diferentes formas de avaliação

Existem numerosas maneiras de conceber a avaliação e esta pode ter múltiplas funções e revestir várias formas. Aqui, apenas nos contentaremos em distinguir três grandes formas de avaliação:

- ✓ a auto-avaliação;
- ✓ a avaliação interna;
- ✓ a avaliação externa.

A auto-avaliação

A auto-avaliação é uma avaliação conduzida pelos principais interessados, isto é, os aderentes. Assenta numa aproximação participativa, que permite aos aderentes medirem, eles mesmos, o nível de realização dos objectivos que eles se fixaram e controlar a boa execução das acções programadas.

A auto-avaliação constitui um momento importante de reflexão dos aderentes sobre:

- ✓ o seu empenhamento em relação aos princípios de base da mutualidade: solidariedade, democracia, responsabilidade, etc.;
- ✓ o passado e o futuro da mutualidade, o seu funcionamento, o seu financiamento, a sua irradiação e a sua capacidade de responder às necessidades.

Implicando todos os aderentes no processo de análise e de tomada de decisões, a auto-avaliação constitui um instrumento importante de animação e de informação.

Os principais inputs de uma auto-avaliação são:

- ✓ o relatório anual de actividades e, através deste, os documentos de acompanhamento, o orçamento, as contas anuais, os rácios financeiros, etc., assim como, os diferentes suportes (quadros, cartazes, etc.) de comunicação que daí resultam;
- ✓ os quadros de funções teórico e real;
- ✓ os testemunhos dos aderentes.

A avaliação interna

Será aqui chamada avaliação interna uma componente da auto-avaliação que é, contudo, importante distinguir desta, pois não intervém no mesmo momento. Trata-se da avaliação anual, realizada pelos responsáveis e pelos Gestores da mutualidade, no final de um exercício, no momento da preparação do relatório anual de actividade. Esta avaliação assenta na síntese e análise das informa-

23 BIT/STEP, CIDR.2001:Guia de acompanhamento e de avaliação dos sistemas de microseguros de saúde (Genève), volumes 1 e 2.

ções de todos os domínios de gestão. Ela prepara a auto-avaliação conduzida por todos os aderentes.

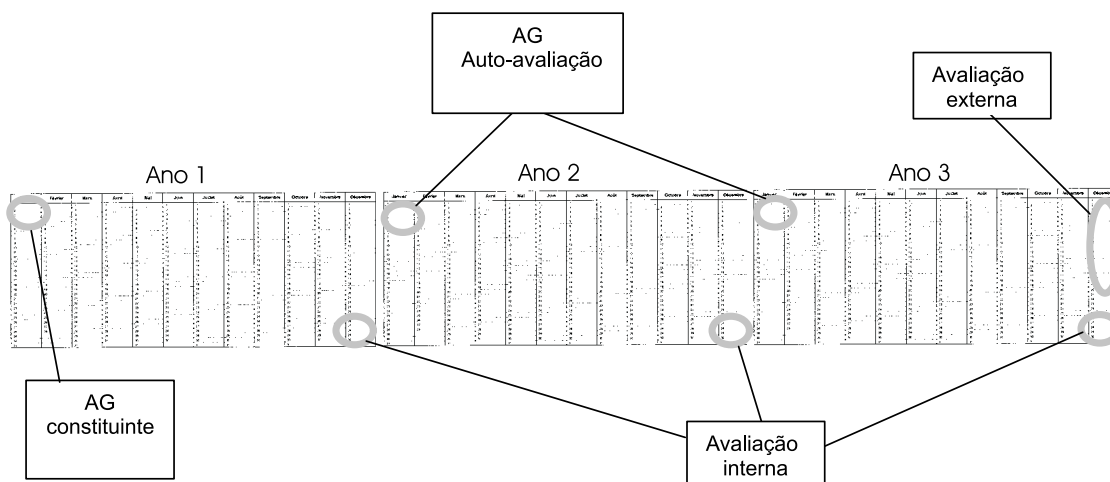
A avaliação externa

Esta terceira forma de avaliação assenta numa intervenção exterior (ONG, mutualidade, agência de cooperação, gabinete de estudos, etc.). A sua importância assenta na independência dos avaliadores e o seu "distanciamento", relativamente às actividades da mutualidade. Esta avaliação permite, igualmente, pôr em prática competências e meios não necessariamente disponíveis no seio da mutualidade.

Estes três tipos da avaliação são complementares, mas não intervêm simultaneamente. A avaliação interna e a auto-avaliação são anuais, a primeira, precedendo e preparando a segunda. A auto-avaliação pode desenrolar-se no tempo de uma AG ou num período mais longo, conforme a sua amplitude. A avaliação externa é, geralmente, menos frequente. Intervém no decurso ou no final de um programa plurianual.

Exemplo

Aquando da AG Constituinte, uma mutualidade de saúde fixa como objectivos: atingir o equilíbrio financeiro e cobrir 75% do público-alvo ao fim de três anos. Ela aplica o seguinte programa de avaliação:



O acompanhamento e a avaliação constituem um dispositivo global, indispensável à pilotagem da mutualidade no quotidiano, assim como, a médio e longo prazo. Contudo, a boa condução das actividades não assenta apenas nos utensílios e nas técnicas. Depende, também, das competências, da experiência, da perícia, da capacidade de análise, de bom senso, até mesmo da intuição dos responsáveis e dos gestores da mutualidade.

O exemplo seguinte ilustra a condução de uma mutualidade, na base das actividades de acompanhamento e de avaliação.

Exemplo

Uma organização de aldeia decide criar uma mutualidade de saúde. A aldeia conta 6000 habitantes. Está dotada com um dispensário (consultas, cuidados ambulatoriais e partos) e está situada perto do hospital regional (internamentos e cirurgia). Com a ajuda de uma ONG local, a organização de aldeia realiza um estudo de viabilidade, de que resulta a elaboração, para o ano 1, de três cenários. Estes são propostos aos habitantes da aldeia na AG Constituinte. Todos os cenários têm em comum assentar numa adesão familiar e fixar uma quotização por beneficiário. Foram estabelecidos a partir das animações realizadas na aldeia e na base das necessidades expressas pelos habitantes. Os três cenários são os seguintes:

- 1.1 A mutualidade cobrirá as tarifas de consulta a 100% mais os medicamentos (genéricos) a 50% ao dispensário, com uma quotização de 800 UM/ano /pessoa.
- 1.2 A mutualidade cobrirá unicamente os medicamentos para as consultas no dispensário a 70%, com uma quotização de 700 UM/ano/pessoa.
- 1.3 A mutualidade cobrirá as tarifas de consultas mais os medicamentos a 90%, com uma quotização de 700 UM/ano/pessoa.

Nestes três cenários, o montante dos direitos de adesão é fixado em 100 UM por aderente (montante do reembolso fixo). As quotizações são anuais e devem ser pagas nos primeiros quinze dias de Janeiro.

Estes três cenários são apresentados na AG Constituinte. No final desses debates, o terceiro cenário (1.3) foi escolhido e será preparado para o primeiro ano.

Primeiro exercício

Na base do cenário escolhido, os objectivos fixados para o primeiro exercício da mutualidade são: atingir 500 aderentes, seja 3000 beneficiários (a dimensão média de uma família é de seis pessoas).

A ficha de síntese de acompanhamento-avaliação do ano 1 mostra que, globalmente, os resultados do exercício são bons no plano financeiro. Contudo, o rácio de sinistralidade é inferior à norma habitual de 75%. Isso resulta, principalmente, do montante de quotização que parece demasiado elevado. A mutualidade sofre de um problema de atractividade: quase metade das quotizações é utilizada em outra coisa diferente do pagamento de prestações de doença, podendo os aderentes questionar-se sobre o interesse de se quotizarem.

De facto, os resultados não são bons, no respeitante às adesões. Os objectivos fixados no início do exercício estão longe de ser atingidos, pois a mutualidade conta apenas 150 aderentes e 675 beneficiários.

A dimensão média das famílias mutualistas, que apenas se eleva a 4,5% pessoas, deixa pensar que os aderentes não quotizaram para o conjunto das pessoas a seu cargo. A taxa de utilização média das consultas observada em todo o ano é nitidamente superior à esperada e confirma uma provável selecção adversa (os chefes de família escolheram quotizar para as pessoas que apresentam um mais elevado risco de saúde).

A fim de completar a análise dos resultados deste primeiro exercício, os responsáveis da mutualidade organizaram reuniões com as famílias mutualistas e pessoas não mutualistas.

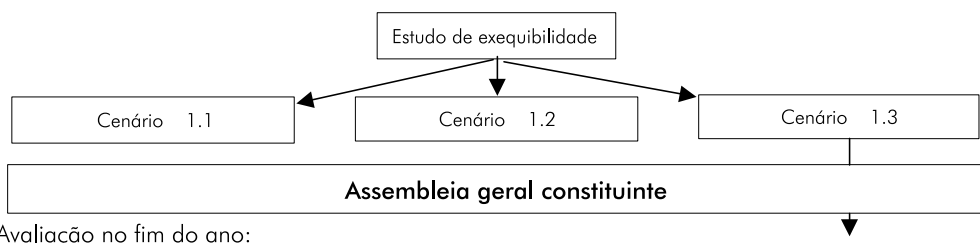
Os principais resultados destas reuniões são os seguintes:

- o conjunto das famílias considera que as quotizações são demasiado elevadas. Os que quotizaram situam-se no grupo das famílias mais ricas da aldeia. Muitas famílias teriam desejado aderir, mas não conseguiram a totalidade do dinheiro necessário para pagar as quotizações no início do exercício;

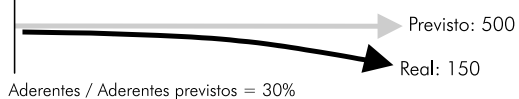
Ficha de síntese

Primeiro exercício

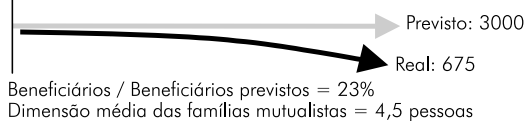
Escolha do cenário quando da AG constituinte:



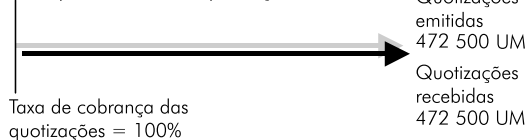
Acompanhamento do número de aderentes



Acompanhamento do número e beneficiários



Acompanhamento das quotizações



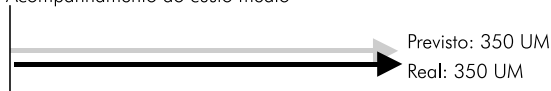
Acompanhamento dos depósitos e levantamentos da caixa



Acompanhamento da taxa de utilização dos serviços



Acompanhamento do custo médio



Conta de resultados

Encargos		Produtos	
Prestações	256 331	Cotisations	472 500
Desp. gestão	50 000	Dir. adesão	15 000
Total encargos	306 331	Total produtos	487 500
Resultado (+)	181 169		
Total	487 500	Total	487 500

Balanço após afectação

Activo		Passivo	
Disponibilidades	202 530	Reservas	181 169
Créditos	0	Dívidas CT	21 361
Total	202 530	Total	202 530

Rácios financeiros:

Liquidez imediata	948%	Quotizações/Encargos totais	154%
Capitais próprios	848%	Sinistralidade	54%
Cobertura dos encargos	71%	Despesas de funcionamento brutas	16%
	(8,5 mês)		

- uma grande maioria das famílias encontradas deseja que a mutualidade cubra, também, despesas no hospital regional, assim como, os partos no dispensário;
- muitas famílias ainda não compreenderam bem o funcionamento do seguro. Outras desconfiam e esperam para ver se a mutualidade funciona bem, antes de, eventualmente, aderirem.

No final desta primeira avaliação interna, a CE e o CA preparam três novos cenários para o segundo exercício:

- 2.1 Continuar o impulso do primeiro exercício, conservando as mesmas prestações e as mesmas quotizações. A vantagem deste cenário é que a mutualidade está financeiramente sólida. O inconveniente é que a quotização é economicamente pouco acessível e a mutualidade é pouco atraente.
- 2.2 Conservar o mesmo montante de quotização, o mesmo nível de comparticipação das consultas e acrescentar uma comparticipação a 50% nas situações de internamento a 70% das despesas de parto. A vantagem deste cenário é responder às expectativas da maioria das famílias da aldeia. O inconveniente é que o montante da quotização fica fora do alcance das famílias mais pobres.
- 2.3 Conservar as prestações do primeiro exercício (comparticipação das consultas), mas diminuir o montante da quotização que passaria de 700 para 500 UM. A vantagem deste último cenário é que poderia melhorar a acessibilidade económica da mutualidade e torná-la mais atraente. O inconveniente é que não leva em conta o alargamento das prestações ao internamento e aos partos pedidos pelas famílias.

Segundo exercício

Os três cenários são apresentados em AG no início do ano 2 . Após longos debates, o segundo cenário (2.2) é, finalmente, escolhido, contudo, com uma importante modificação : será deixada às famílias a escolha de pagar a sua quotização, anualmente ou mensalmente, a fim de melhorar a acessibilidade financeira e económica da mutualidade.

Os objectivos em matéria de adesão continuam os mesmos do ano 1 : 500 aderentes e 3000 beneficiários. Uma grande campanha de sensibilização, de animação e de informação será lançada na aldeia, logo após a AG, a fim de explicar o interesse da mutualidade e o seu funcionamento.

A ficha de síntese de acompanhamento-avaliação do ano 2 mostra que o resultado anual continua excedentário, mas a taxa de reserva (rácio de cobertura dos encargos) diminuiu por causa do aumento das actividades da mutualidade. Ela apenas corresponde ao equivalente de cerca de quatro meses de funcionamento. O rácio de liquidez imediata caiu fortemente: a mutualidade vai encontrar dificuldades para pagar a sua dívida (facturas do mês de Dezembro do ano 2) no início do ano 3. De facto, constata-se, com os dados do acompanhamento orçamental, que a mutualidade teria podido conhecer uma situação de crise financeira no decurso do exercício.

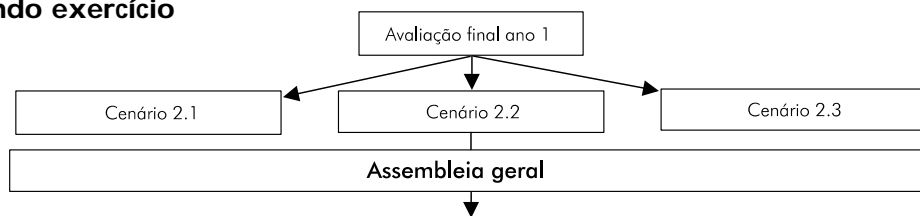
Esta situação resulta de dois factores :

- um aumento das despesas, devido a uma escalada do custo das consultas ao longo do ano. O "painel de bordo" permitiu aos responsáveis da mutualidade detectar essa derrapagem e intervir junto do enfermeiro, mas o custo médio observado no ano (455 UM) verifica-se nitidamente mais elevado que o previsto (350 UM);
- uma taxa de cobrança das quotizações muito baixa (65%). A quase totalidade das famílias escolheu quotizar mensalmente, mas muitos acumularam atrasos de pagamento.

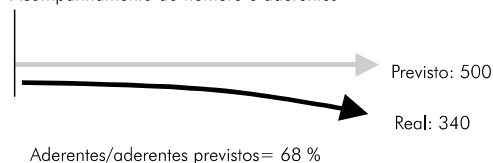
O rácio de sinistralidade progrediu nitidamente. As adesões aumentaram; contudo, a mutualidade está ainda longe do seu objectivo de 3000 beneficiários. Assim mesmo, a taxa de fidelização (isto é, a percentagem de aderentes do ano 1 que renovaram a sua adesão no ano 2) eleva-se a 60%, o que é pouco elevado. Em contrapartida, a dimensão média das famílias mutualistas aumentou ligeiramente (4,8 pessoas por família).

Ficha de síntese

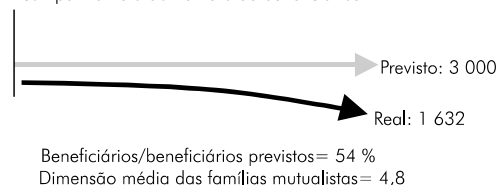
Segundo exercício



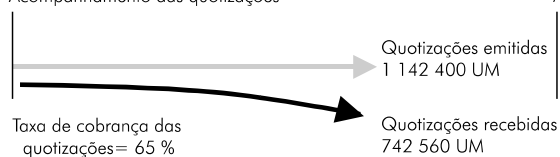
Acompanhamento do número e aderentes



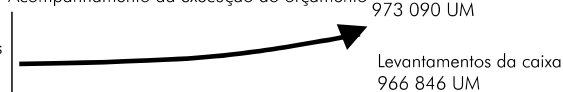
Acompanhamento do número de beneficiários



Acompanhamento das quotizações



Acompanhamento da execução do orçamento



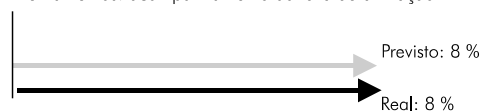
Consultas: acompanhamento da taxa de utilização



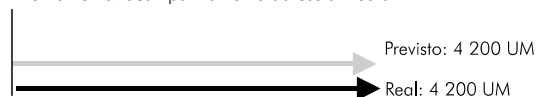
Consultas: acompanhamento do custo médio



Internamentos: acompanhamento da taxa de utilização



Internamento: acompanhamento do custo médio



Partos: acompanhamento da taxa de utilização



Partos: acompanhamento do custo médio



Conta de resultados

Encargos		Produtos	
Prestações	949 620	Quotizações	1 142 400
Disp. gestão	75 000	Dir. de Adesão	28 000
Total de encar.	1 024 620	Total produtos	1 170 400
Resultado (+)	145 780		
Total	1 170 400	Total	1 170 400

Balanco após afectação

Activo		Passivo	
Disponibilidades	6 244	Reservas	326 949
Créditos	399 840	Dívidas	79 135
Total	406 084	Total	406 084

Rácios financeiros:

Liquidez imediata	8%	Quotizações/Encargos totais	111%
Solvabilidade	413%	Sinistralidade	83%
Cobertura dos encargos	34%	Despesas de funcionamento brutas	7%
	(4,1 mês)		

Os responsáveis da mutualidade concluem desta avaliação interna que o alargamento das prestações e o facto de tornar as quotizações mensais permitiram aumentar as adesões, mas que o montante das quotizações continua a limitar a acessibilidade económica da mutualidade, apesar da possibilidade de pagar mensalmente. Para mais, a mutualidade deve resolver um problema importante de atraso no pagamento das quotizações.

Três novos cenários são preparados para serem apresentados na AG no início do terceiro ano.

3.1 A mutualidade conserva as mesmas prestações e o mesmo montante de quotização, mas prevê uma exclusão dos aderentes que acumulem mais do que um mês de atraso. A vantagem deste cenário é que deveria permitir melhorar a taxa de cobrança das quotizações. Ele corre, contudo, o risco de levar a numerosas exclusões no decurso do ano e de diminuir o número de aderentes.

3.2 A mutualidade conserva o mesmo nível de prestações, mas diminui as quotizações, que passariam de 700 para 600 UM/ano/pessoa. Este novo montante corresponde a um cálculo da quotização na base dos dados recolhidos durante os dois primeiros anos do funcionamento da mutualidade.

Assenta, contudo, numa margem beneficiária reduzida que necessitaria de vários anos para constituir um nível de reservas suficiente. A vantagem desta escolha é que a quotização baixou. Contudo, tendo a mutualidade saído financeiramente fragilizada do segundo exercício, qualquer eventual derrapagem no terceiro ano poderia agravar esta fragilidade.

Sendo pouco elevada a taxa de reserva, a mutualidade deve evitar correr demasiados riscos.

3.3 A mutualidade modifica os seus níveis de comparticipação das despesas de cuidados da seguinte forma: consultas 30%, internamentos 80% e partos 90%. O montante de quotização diminuiu e passa de 700 para 552 UM/ano/pessoa. A vantagem deste cenário é que ele baixa sensivelmente o montante da quotização, colocando a atenção nos grandes riscos. A diminuição do nível de comparticipação das despesas de consulta dá segurança à mutualidade, pois verifica-se serem estas prestações as mais difíceis de dominar. O inconveniente reside na diminuição do nível de comparticipação das despesas de consulta que constituía a origem da implementação da mutualidade. Um tal cenário é uma reorientação das prestações da mutualidade que poderia ser mal aceite pelos aderentes.

Terceiro exercício

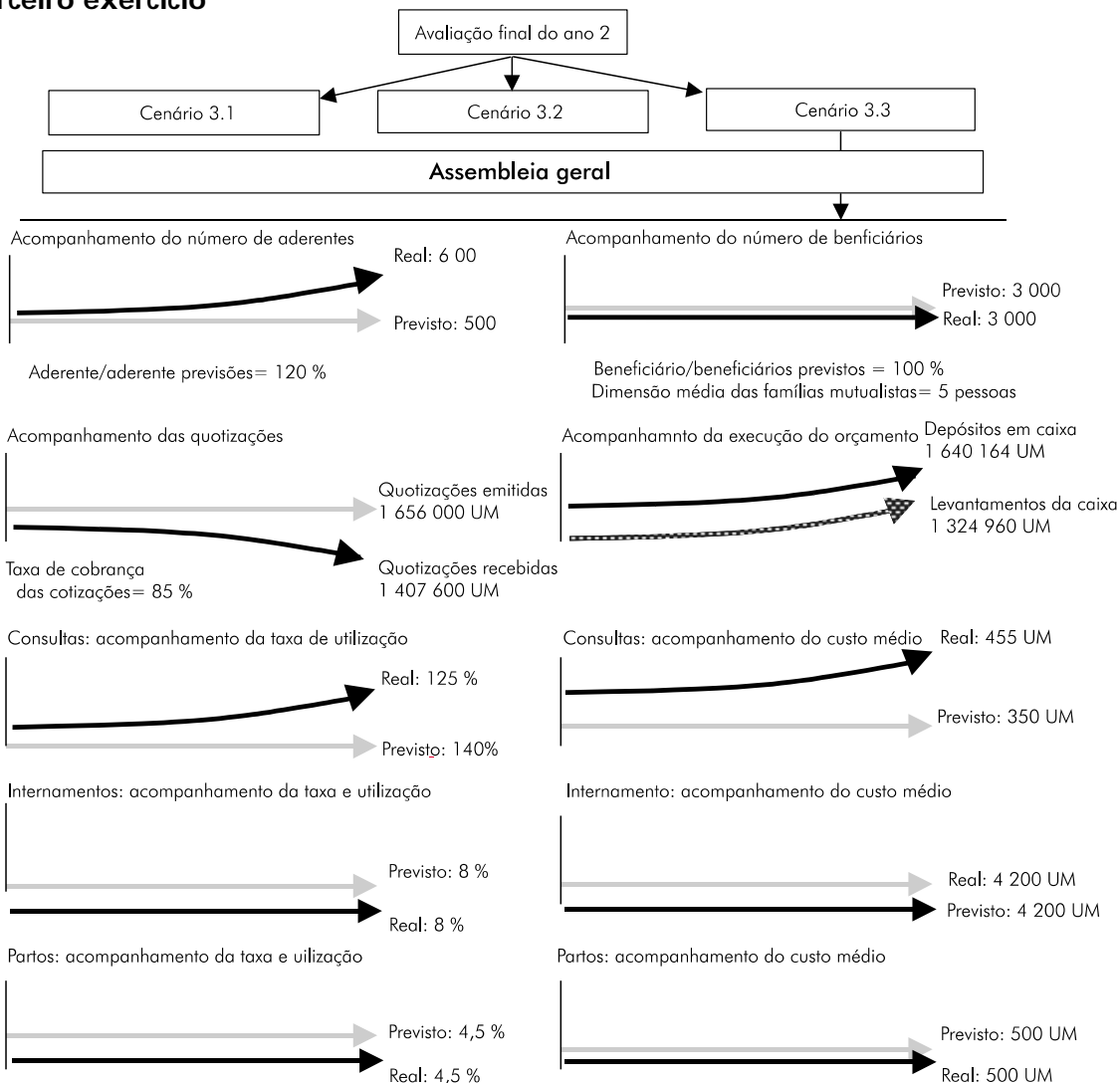
Estes três cenários são apresentados à AG, organizada no início do terceiro ano. Os responsáveis da mutualidade colocam uma particular acentuação, aquando da apresentação do seu relatório anual, sobre as dificuldades encontradas, as suas conclusões e a necessidade de reflectir sobre o problema das adesões e da cobrança das quotizações.

O terceiro cenário é escolhido pela AG. É decidido prosseguir o sistema de quotização mensal, mas limitar o nível de atraso de pagamento aceitável ao equivalente a dois meses de quotização. A fim de estar em condições de pagar rapidamente as facturas de Dezembro do hospital e do dispensário, a Assembleia solicita à CE que empreenda uma acção de cobrança das quotizações por pagar do ano 2. Qualquer aderente que não tenha, pelo menos, pago a metade do seu atraso ver-se-á excluído da mutualidade.

A ficha de síntese de acompanhamento-avaliação do ano 3 deixa pensar que o cenário adoptado para este terceiro exercício corresponde a um binómio prestações/quotizações equilibrado (o montante das quotizações parece, contudo, um pouco elevado).

Ficha de síntese

Terceiro exercício



Conta de resultados			
Encargos		Produtos	
Prestações	1 260 900	Quotizações	1 656 000
Despesas func.	90 000	Dir. adesão	29 400
Total encargos	1 350 900	Total produtos	1 685 400
Resultado (+)	334 500		
Total	1 685 400	Total	1 685 400

Balanço após afectação			
Activo		Passivo	
Disponibilidades	315 204	Reservas	658 449
Créditos	448 320	Dívidas	105 075
Total	763 524	Total	763 524

Rácios financeiros:

Liquidez imediata	300%	Quotizações/Encargos totais	123%
Capitais próprios	627%	Sinistralidade	76%
Cobertura dos encargos	49%	Despesas de funcionamento brutas	7%
	(5,8 mês)		

Todos os rácios indicam uma situação financeira satisfatória. O objectivo de 3000 beneficiários, o que representa 50% dos habitantes da aldeia, está, finalmente, atingido. A dimensão média das famílias mutualistas aumenta, mas fica inferior à média de seis pessoas por lar. Este aumento traduz uma atenuação da tendência para operar uma selecção entre os membros das famílias. A taxa de fidelização é elevada e a taxa de cobrança das quotizações melhorou.

As taxas de utilização dos diferentes serviços de saúde cobertos parecem estar estabilizadas depois do ano 2, compreendendo, aí, as consultas. Para estas últimas, parece, doravante, necessário modificar as previsões, tabelando uma taxa de utilização de 125% e não mais de 110%.

A mutualidade de saúde parece ter atingido o seu patamar de equilíbrio. As próximas recomendações da CE e do CA poderiam ser :

- conservar as mesmas prestações e montante de quotizações no ano 4. Esta opção permitiria constituir reservas financeiras consequentes na previsão da adopção de objectivos mais ambiciosos para os anos seguintes (melhor comparticipação dos serviços por exemplo);
- diminuir, muito ligeiramente, as quotizações ou alargar um pouco as prestações.

Qualquer que seja o cenário adoptado no ano 4, a mutualidade deverá prosseguir as suas acções de sensibilização, de animação e de informação da população da aldeia e tentar aumentar o número dos seus beneficiários.

Bibliografia

- ATIM, Chris. 2000: *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre* (Washington, BIT/STEP, BIT/ACOPAM, PHR/USAID, ANMC, WSM).
- BIT. 2002: *Sécurité sociale: un nouveau consensus* (Genève).
- BIT/ACOPAM, ANMC, WSM. 1997: *Mutuelles de santé en Afrique, Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*.
- BIT/STEP, ANMC, WSM. 2000: *Mutuelles de santé en Afrique: Caractéristiques et mise en place, Manuel de formateurs* (Genève).
- BIT/STEP, BIT/ACOPAM, PHR/USAID, GTZ, ANMC, WSM. 1998: *Plate-forme d'Abidjan: Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique* (Genève).
- BIT/STEP, BIT/SEED. 2001: *Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Guide* (Genève).
- BIT/STEP, CIDR. 2000: *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé* (Genève), tomes 1 et 2.
- COUILBAULT, F., ELIASHBERG, C., LATRASSE, M. 1999: *Les grands principes de l'assurance* (L'Argus Editions), 2^e édition.
- DESOUCHES, M. J., HUON de PENANSTER, S. 2000: *Comptabilité et gestion des associations* (Paris, Encyclopédie DELMAS), 8^e édition.
- FNMF (Fédération nationale des Mutuelles françaises). 1997: *La constitution des mutuelles, Guide de l'administrateur* (Paris).
- INSTITUT NORD-SUD. 1979: *La gestion des petites et moyennes organisations africaines, Manuel du formateur et du conseiller en gestion*, Gestion Nord-Sud (Montréal).
- KADDAR, Miloud et coll. 1997: «Prépaiement des soins de santé», *L'enfant en milieu tropical* (Paris, CIDEF), n.° 228.
- LASSEGUE, Pierre. 1996: *Gestion de l'entreprise et comptabilité* (Paris, Editions Dalloz), 11^e édition.
- LOUIS, R. 1976: «Organisation et fonctionnement administratif des coopératives», *Manuel de formation coopérative, fascicule 2* (Genève, BIT).
- Projet DMC/PNUD/FED. 1995: *Guide pratique du commissariat aux comptes des unions de GVC*, module n.° 1 Le travail de contrôle régulier, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- , module n.° 2 Le travail d'analyse périodique, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- , module n.° 3 Le travail de vérification annuelle, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- : *Manuel de gestion des unions de GVC, La gestion budgétaire, manuel n.° 1 Elaboration du budget*, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- , manuel n.° 2 *Contrôle budgétaire*, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.

- , manuel n.° 3 Le plan de trésorerie, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
 - , Régions forestières, L'organisation du travail comptable du GVC de base, Module de formation n.° 4 Schémas comptables et opérations détaillées, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- SIMONET, Guy. 1998: *La comptabilité des entreprises d'assurance*, Les fondamentaux de l'assurance, Comptabilité-gestion (L'Argus Editions), 5e édition

Glossário

Assembleia geral

A Assembleia Geral reagrupa o conjunto dos aderentes ou dos accionistas. Nas organizações da economia social (mutualidades, cooperativas, associações), a Assembleia Geral é o mais importante órgão de decisão. Determina os objectivos e a política geral da organização.

Associação

Agrupamento de pessoas que se reúnem livremente, com vista a atingir um objectivo determinado ou defender direitos comuns. Exemplo: associação de produtores, de consumidores, de defesa dos direitos do homem, desportiva, cultural, etc. Ao contrário das sociedades comerciais, as associações conduzem as suas actividades com fins não lucrativos.

Beneficiário (de uma mutualidade)

Qualquer pessoa que, a título de aderente ou de pessoa a cargo, beneficia dos serviços da mutualidade.

Carteira de riscos

Conjunto dos contratos escritos ou não escritos em processo de legitimidade. Cada contrato cobre uma ou várias pessoas, relativamente a um determinado número de riscos correspondentes às prestações.

Controlo social

Designa o controlo interno, induzido pela existência de relações sociais entre os aderentes (conhecidos, fazem parte do mesmo grupo étnico, etc.). O controlo social não constitui um mecanismo formal de controlo.

Convénio (entre uma mutualidade e um prestador de cuidados de saúde)

Acordo estabelecido entre o prestador de cuidados e a mutualidade, que inclui a definição dos serviços abrangidos, das tarifas a aplicar, do montante e da modalidade de reembolso. Os convénios devem garantir ao aderente a possibilidade de dispor de cuidados de qualidade, com uma tarifa razoável e previamente conhecida.

Cooperativa

Associação de pessoas que voluntariamente se agruparam para atingir um objectivo comum, através da constituição de uma empresa dirigida democraticamente, fornecendo uma quota-parte equitativa do capital necessário e aceitando uma justa participação nos riscos e nos rendimentos dessa empresa, no funcionamento da qual os aderentes participam activamente (Extracto da Recomendação 127 sobre as cooperativas da Organização Internacional do Trabalho).

Cuidados básicos de saúde

Cuidados correntes dispensados aos pacientes nas juntas médicas, primeiro ponto de contacto da população com o sistema de saúde. Incluem os cuidados preventivos e promocionais, os cuidados de tratamento simples e a recuperação nutricional.

Cuidados de ambulatório

Cuidados efectuados num estabelecimento médico, mas sem hospitalização ou internamento do paciente.

Cuidados de saúde primários

Estratégia de desenvolvimento sanitário, baseada na melhoria da qualidade dos serviços de saúde do primeiro escalão, na sua extensão (desde o aspecto curativo até às intervenções de prevenção e de promoção) e no encorajamento da participação da população na gestão dos serviços e no suporte dos seus custos.

Cuidados domiciliários

Cuidados dispensados no domicílio do paciente. Em determinados países, os médicos ou os enfermeiros também efectuam visitas ao domicílio, cujas tarifas são mais elevadas, para fazer face aos custos de deslocação do prestador.

Cuidados especializados

Consultas de médicos especialistas (ginecologista, pediatra, cirurgião, etc.), bem como actos médicos técnicos (radiologia, biologia clínica, etc.).

Cuidados hospitalares

Cuidados dispensados durante o internamento do doente, ou seja, durante uma estadia em hospital que inclua pelo menos uma noite.

Custos dissimulados

Correspondem a recursos disponíveis e utilizados pela mutualidade, que não são contabilizados na conta de resultados.

Direito de adesão

Quantia em dinheiro paga a uma mutualidade pelo novo aderente no momento da sua inscrição: cobre as despesas administrativas e não é recuperável em caso de demissão. O direito de adesão é, igualmente, designado por direito de entrada, de inscrição ou de admissão.

Escalão das infra-estruturas sanitárias

Conjunto das infra-estruturas de saúde cujas funções são idênticas. Os dispensários, os centros de saúde ou os consultórios médicos constituem o primeiro escalão; os hospitais de zona, o segundo escalão; os hospitais regionais ou os hospitais universitários, o terceiro. Geralmente, é necessário um sistema de referência para passar de um escalão a outro (salvo em caso de urgência), o que quer dizer, por exemplo, que para aceder a um hospital é necessário ter ali "referência", através de um dispensário.

Especialidade

Medicamento protegido por uma patente e vendido com um nome de marca escolhido pelo fabricante.

Excedente

Designa a diferença entre os produtos e os encargos do exercício, quando os produtos são superiores aos encargos. Dependendo das legislações e do estatuto jurídico da organização, podem ser utilizados outros termos, como, benefício ou ganho.

Exercício (contabilístico)

Período sobre o qual são estabelecidos os relatórios financeiros. A escolha do exercício está, geralmente, sujeita a uma regulamentação. Corresponde, com frequência, ao ano civil.

Formação médica ou formação sanitária

Qualquer estrutura ou instituição que intervém no domínio da saúde, enquanto prestador de cuidados, junto da população (centro de saúde, dispensário, consultório médico, hospital, etc.).

Franquia

Quando uma mutualidade apenas cobra os montantes superiores a uma quantia previamente estabelecida, esta quantia é designada por franquia. A franquia é normalmente estabelecida em função do tipo de serviços abrangidos.

Fundo de garantia

Designa um fundo ao qual a mutualidade pode recorrer em caso de dificuldades financeiras. Geralmente, o fundo de garantia intervém sob a forma de empréstimo à mutualidade que o solicita. Os casos que permitem recorrer ao fundo de garantia são, muitas vezes, definidos de forma precisa. A intervenção do fundo de garantia pode ser condicionada por modificações no funcionamento da mutualidade.

Fundo de reserva

Capitais próprios constituídos pela mutualidade para suportar despesas futuras, em particular, no caso de situações imprevistas. O seu montante é habitualmente objecto de disposições regulamentares.

Garantias

Conjunto de vantagens concedidas por um segurador a um segurado, como contrapartida do pagamento de contribuições ou de um prémio de seguro.

Medicamentos essenciais

Os medicamentos essenciais são os seleccionados pela OMS, atendendo à importância dos mesmos na prevenção ou tratamento das doenças mais frequentes num país. A utilização desta selecção permite melhorar a terapia, garantir um bom uso dos medicamentos e contribui para a redução das despesas de saúde.

Medicamento genérico

Medicamento designado pelo nome do seu princípio activo mais importante e não pela sua denominação comercial. Na generalidade, a Denominação Comum Internacional (DCI), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), corresponde ao nome genérico.

Médico-conselheiro

Médico que trabalha para uma mutualidade, dando conselhos, não só à mutualidade, como também, aos prestadores de cuidados e aos pacientes. Aconselha a mutualidade no estabelecimento de convenções com os prestadores de cuidados. Controla a pertinência dos cuidados fornecidos, a conformidade e o respeito pelas regras de reembolso. Pode, também, intervir nas actividades de educação na saúde.

Movimento social

Qualquer grupo social organizado (associação de pessoas, sindicato, agrupamento, mutualidade, cooperativa...) que desenvolve acções a favor do bem-estar dos seus aderentes e da sociedade em geral.

Mutualização do risco

Princípio segundo o qual os riscos individuais são agrupados para serem redistribuídos pelos aderentes. Trata-se de uma partilha do risco sobre a qual assentam os mecanismos de seguro.

Oferta de cuidados de saúde

Designa o conjunto de serviços de saúde disponíveis para uma determinada população.

Paciente/doente

Pessoa sujeita a um exame médico, que siga um tratamento, ou sujeita a uma intervenção cirúrgica.

Pagamento (prestações)

Designa o montante pago como prestação aos aderentes, previamente estabelecido, independentemente do montante real das despesas médicas.

Pagamento por terceiros

Sistema de pagamento das despesas de saúde, no qual o aderente só paga ao prestador a parte do custo dos cuidados que está a seu cargo (taxa moderadora). A mutualidade paga o complemento deste custo directamente ao prestador.

Perda

Designa a diferença entre os produtos e os encargos do exercício, quando os encargos são superiores aos produtos. Conforme as legislações e o estatuto jurídico da organização, podem ser utilizados outros termos, como "défice".

Período de observação

Também designado período probatório, período de espera ou estágio de espera (ou apenas "estágio"), corresponde ao tempo durante o qual um novo aderente paga as suas contribuições sem ter direito aos serviços da mutualidade. Este período é necessário para evitar que determinadas pessoas se inscrevam exclusivamente no momento exacto em que necessitam, desistindo depois do seguro (no caso, por exemplo, de adesão por previsão de parto).

Personalidade jurídica

A personalidade jurídica pode ser concedida às pessoas físicas ou morais. A pessoa física é todo o ser humano, enquanto que a pessoa moral é um agrupamento de indivíduos ao qual a lei reconhece uma personalidade jurídica distinta da dos seus aderentes. Como uma pessoa física, uma pessoa moral tem direitos e obrigações. A personalidade jurídica pode ser adquirida através de diferentes formas de registo: associação sem fins lucrativos (ASFL), cooperativa, mutualidade, sociedade anónima, sociedade de responsabilidade limitada (SARL), etc.

Pessoa a cargo

Pessoa que, sem ser aderente da mutualidade, beneficia dos seus serviços, em função da sua relação de parentesco com um aderente (por exemplo: um cônjuge, um filho, um ascendente, etc.).

Prestadores de cuidados

Termo geral que designa todas as pessoas, ou formação médica, que dispensam cuidados de saúde a um paciente.

“Plafond” (limite máximo) de indemnização

A mutualidade pode limitar a indemnização a um montante máximo. A parte dos custos superior a este montante é o encargo do aderente. Este “plafond” permite limitar as despesas da mutualidade, protegendo-a de casos “catastróficos” que, devido ao seu custo muito elevado, poderiam desencadear uma falha no sistema.

Previdência

Atitude que consiste em tomar um certo número de medidas, organizando-se para poder fazer face à ocorrência eventual de um risco. Por exemplo, armazenar géneros alimentares em previsão de seca ou escassez, poupar, tendo em vista um casamento, etc.

Protecção social

Termo genérico que abrange o conjunto das garantias contra a redução ou a perda de rendimentos em caso de doença, velhice, desemprego (ou outros riscos sociais), incluindo a solidariedade familiar ou étnica, a poupança individual ou colectiva, o seguro privado, os seguros sociais, a mutualidade, a segurança social, etc. (Extraído do “thesaurus” do “Bureau” Internacional do Trabalho, Genebra, 1991).

Quotização

Determinada quantia em dinheiro periodicamente depositada na mutualidade pelo aderente para poder beneficiar dos seus serviços. A quotização designa, mais frequentemente, a contribuição do aderente quando esta é proporcional ao trabalho; em caso contrário (montante fixo), é frequente a utilização do termo “prémio”.

Reembolso fixo

É o montante pago como prestação aos aderentes, previamente estabelecido, e independentemente do montante real das despesas médicas.

Referência obrigatória

Designa a obrigação de consultar um médico de um determinado escalão, antes de poder ser recebido por uma formação médica de um escalão superior. O médico dá referências sobre o paciente ao escalão superior.

Regulamento Interno

Documento que estabelece as regras e as modalidades práticas de funcionamento de uma associação, que todos os aderentes devem comprometer-se a respeitar. O Regulamento Interno complementa e torna mais explícitos os Estatutos.

Resseguro

O resseguro é um mecanismo, segundo o qual um sistema de seguro subscreve um seguro, junto de outra empresa seguradora. Trata-se, assim, do seguro do segurador. Um seguro de segundo grau para uma mutualidade que o associa a um ressegurador. Este mecanismo permite uma diversificação dos riscos e a sua repartição numa base mais alargada.

Risco

Probabilidade de que um acontecimento (bom ou mau) tenha lugar. Por extensão, acontecimento indesejável contra o aparecimento do qual um indivíduo se segura. Os principais riscos sociais são: a doença, a invalidez, a velhice, o desemprego, o falecimento, etc. (ver segurança social). Os riscos sociais positivos são o casamento, o nascimento, etc.

Risco de sobreconsumo

Está relacionado com o fenómeno segundo o qual os beneficiários de um seguro têm tendência a utilizar de forma abusiva, ou para além do considerado normal, os serviços propostos, de forma a "rentabilizar" ao máximo as contribuições pagas.

Risco de sobreprescrição

Os prestadores de cuidados podem provocar um aumento das prestações ao prescreverem cuidados inúteis sem oposição por parte do paciente, desde que este saiba que é segurado.

Riscos de saúde

Em matéria de riscos de saúde, é feita diferenciação entre grandes riscos e pequenos riscos. Os grandes riscos são aqueles que implicam despesas consideráveis, como é o caso do internamento, dos partos, de uma operação cirúrgica, etc. Os pequenos riscos implicam despesas menos elevadas, como as consultas, junto de um médico de clínica geral ou a compra de medicamentos.

Saúde

Segundo a definição da OMS: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de uma doença ou enfermidade".

Segurança social

Protecção que a sociedade fornece aos seus beneficiários, graças a uma série de medidas públicas contra a penúria económica e social em que poderiam vir a encontrar-se por desaparecimento ou redução sensível do seu ganho, a doença, a maternidade, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, o desemprego, a invalidez, a velhice ou o falecimento; a estes factores junta-se, igualmente, o fornecimento de cuidados médicos e a concessão de subsídios às famílias com filhos. (De acordo com a Convenção nº 102 da Organização Internacional do Trabalho, relativa à segurança social [norma mínima]).

Seguro

Sistema de cobertura de riscos ou de acontecimentos imprevistos, através da repartição prévia, entre várias pessoas, dos custos que resultam do aparecimento desses riscos.

Em linguagem corrente, o seguro designa:

- o contrato que garante prestações definidas, em caso de aparecimento de um determinado risco, contra o pagamento de um prémio ou de contribuições por “cliente”;
- a empresa ou organização (comercial ou não, pública ou privada) que gere os contratos de seguro.

Seguro comercial

Sistema de cobertura de riscos traduzido por um contrato entre um segurador (ou companhia de seguros) e um segurado (indivíduo ou grupo). Como contrapartida de um pagamento de prémios/quotizações, o segurador garante ao segurado o pagamento de uma indemnização convencionada em caso de um determinado risco (incêndio, inundação, voo, acidente, doença, perda de culturas, etc.). Os seguros comerciais têm fins lucrativos.

Seguro de grupo

Contrato de seguro assinado entre uma companhia de seguros comercial e um grupo de beneficiários (frequentemente para todo o pessoal de uma empresa). Trata-se de uma cobertura complementar aos sistemas de segurança social, quer seja no domínio dos cuidados de saúde (exemplo: seguro de hospitalização) ou no âmbito das pensões de reforma (rendimento garantido do assalariado após o fim de carreira).

Seguro de saúde complementar

Sistema facultativo de suporte das despesas não abrangidas pelo regime de segurança social, organizado por uma iniciativa privada, mais frequentemente por uma mutualidade ou uma companhia de seguros.

Seguro de saúde obrigatório (seguro de doença obrigatório)

Sistema legal e obrigatório de suporte, pela colectividade, das despesas de saúde de um indivíduo, no âmbito de um regime de segurança social generalizado e organizado pelo Estado.

Seguro social

Expressão geralmente utilizada para designar os sistemas de seguro obrigatório existentes em certos países desenvolvidos (por exemplo, na Europa) e baseados na solidariedade nacional. O governo de Bismarck, na Alemanha, foi o primeiro a instituir um sistema de segurança social neste sentido e, desde então, inspirou vários sistemas similares na Europa.

Por conseguinte, num sentido mais lato, a segurança social pode, também, ser entendida, como todo o sistema de segurança com fim não lucrativo baseado na solidariedade social, quer seja voluntário ou obrigatório; as mutualidades constituem um bom exemplo.

Seleção adversa

Trata-se de seleção adversa ou anti-seleção quando as pessoas que, correndo um risco mais elevado do que a média, se inscrevem num sistema de seguro em proporção superior à da população em geral. Esta situação, acarretando um nível de despesas demasiado elevado por aderente, pode comprometer a viabilidade financeira do sistema.

Sinistralidade (de uma mutualidade)

Designa a relação entre as prestações de que beneficiam os aderentes e as contribuições que eles pagam à mutualidade.

Taxa moderadora

Representa a parte do custo do serviço abrangido, deduzido o montante reembolsado ao aderente. É expresso em percentagem. É designado como taxa moderadora, porque permite moderar o consumo de cuidados de saúde.

