

**Mutualidades de saúde**  
**Em África: Características e criação**



Departamento de Cooperação  
Ministério do Trabalho e da Solidariedade De Portugal



Manual de formadores

**Mutualidades de saúde em África: Características e criação**

Programa Estratégias e Técnicas contra a Exclusão social e a Pobreza (STEP)

Departamento da Segurança social

“Bureau” internacional do Trabalho

“Aliança Nacional das Mutualidades Cristãs da Bélgica” (Alliance Nationale des Mutualités  
Chrésiennes de Belgique) (ANMC)

Solidariedade Mundial (WSM)

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

“Mutualidades de saúde em África : Características e criação”

Traduzida e reproduzida de acordo com autorização.

Copyright © Organização Internacional do Trabalho 2001

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

Primeira edição portuguesa: 2002

ISBN: 972-98623-8-9

Tradução: Carla Sofia Feliciano / Adriana Duarte de Sá

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

---

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

Os artigos, estudos e outros textos assinados comprometem unicamente os seus autores, não significando, a publicação dos mesmos, que o “Bureau” Internacional do Trabalho subscreva as opiniões aí expressas.

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

---

Edição/Distribuição:

**Departamento de Cooperação do**

**Ministério do Trabalho e da Solidariedade de Portugal**

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

ISBN: 972-98623-8-9

Tiragem: exemplares

Dep. Legal:

Impressão: Silvas – Coop. de Trabalhadores Gráficos, crl

---

## Prefácio

No limiar do século XXI, perto de 50 por cento da população dos países da África subsahariana vive abaixo do limiar da pobreza. Mais de 100 milhões de pessoas não têm acesso a uma alimentação suficiente para viver em condições próprias. Desde a chegada das independências, o crescimento por habitante foi pouco superior a zero nesta região do mundo. Infelizmente, as perspectivas de crescimento para os próximos anos não permitem aguardar uma inversão rápida destas tendências. A pobreza nos países da África subsahariana é estrutural e prevê-se duradoura.

As dificuldades económicas dos países da região reflectiram-se bastante nas despesas sociais. O sector da saúde foi um dos mais afectados por estas tendências adversas. A redução das despesas públicas de saúde teve uma repercussão negativa considerável na disponibilidade e na qualidade dos cuidados oferecidos à população. Foram tomadas medidas específicas para compensar em parte a insuficiência dos recursos disponíveis: estratégias que visam aumentar a produtividade e a qualidade dos serviços de saúde, uma melhor adequação entre necessidades e ofertas de cuidados, etc.

A iniciativa de Bamako lançada pelos ministros da Saúde dos países africanos em 1987, durante uma conferência organizada sob a égide da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), responde também a esta preocupação. Têm como objectivo *assegurar ao conjunto da população o acesso aos serviços de saúde primários e de restaurar a confiança dos utentes nos serviços de saúde pública*. A iniciativa de Bamako produziu uma participação das comunidades tanto na gestão como no financiamento dos centros de saúde. De forma mais geral, a maioria dos países introduziu um sistema de comparticipação do custo dos cuidados, apelando à contribuição dos utilizadores do sistema de saúde.

A iniciativa desenvolvida em Bamako junto com outras estratégias, permitiu registar progressos significativos. No entanto, não se revelaram suficientes para ultrapassar todos os problemas. Os sistemas de comparticipação dos custos contribuíram em certa medida para melhorar a disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde mas tornaram também mais difícil o acesso aos cuidados para as pessoas com rendimentos modestos.

Os intervenientes africanos do sector da saúde, os movimentos sociais e outros membros da sociedade civil mobilizaram-se também para pesquisar, em paralelo ou como complemento às medidas públicas, soluções com o duplo desafio de melhorar a saúde das populações e de proporcionar um financiamento duradouro dos cuidados de saúde. A criação de mutualidades de saúde constitui uma das iniciativas desenvolvidas neste âmbito.

A mutualidade conjuga os princípios fundamentais do seguro, da participação e da solidariedade. Existe seguro porque fazendo uma média ao pagamento das contribuições, o membro recebe do conjunto do grupo uma indemnização quando surge um risco (doença, nascimento, falecimento, etc). Existe solidariedade porque, se todos os membros contribuem, só aqueles que são afectados por um acontecimento determinado beneficiam de um apoio financeiro. Existe participação porque a adesão é livre e todos os aderentes têm o direito de participar, directa ou indirectamente, nas diferentes instâncias de decisão e de controlar o funcionamento da sua mutualidade. Esta participação é assegurada por mecanismos de representação democrática.

A mutualidade é um sistema de previdência eficaz para a prevenção contra a irregularidade sazonal dos rendimentos nomeadamente em meio rural. Através da mutualidade, organiza-se uma solidariedade entre doentes e saudáveis, entre jovens e idosos, entre ricos e pobres. Contrariamente a outros sistemas de seguro, o membro paga uma contribuição que não está ligada ao seu risco individual, não existindo, em princípio, critérios de exclusão.

Vários estudos confirmaram o potencial das mutualidades de saúde em matéria de acesso aos cuidados de saúde em África<sup>1</sup>. Este potencial suscitou um interesse crescente para as grandes mutualidades. O apoio ao movimento mutualista organizou-se e desenvolveu-se a um ritmo sustentado. Foi definida em Abidjan uma Plataforma<sup>2</sup> sobre as estratégias de apoio às mutualidades de saúde, durante um encontro que reuniu uma dezena de Estados e mais de cinquenta estruturas: federações mutualistas de África e de outras regiões do mundo, organizações internacionais, agências de cooperação, prestadores de cuidados de saúde, as ONG locais e internacionais, universidades, centros de pesquisa e confederações sindicais. Foi criada uma concertação<sup>3</sup> das mutualidades de saúde na África francófona de forma a aumentar as trocas de experiências e de informação neste domínio.

Se as mutualidades de saúde conhecem um desenvolvimento rápido em África, elas são ainda pouco numerosas e de criação recente. Continuam a ser ainda muito pouco conhecidas. As competências locais neste sector são ainda raras devido ao factor novidade. Estas competências têm ainda de ser desenvolvidas no seio das mutualidades e nas estruturas que podem surgir em seu apoio. Trata-se de uma condição para assegurar uma boa consciencialização sobre as formas tradicionais de entreaajuda, um apoio de proximidade duradoura, uma verdadeira apropriação das ideias e do “projecto mutualista” nos países em questão.

Este Manual de formadores sobre as características e a criação das mutualidades de saúde constitui uma contribuição ao desenvolvimento das suas competências. Foi produzido em conjunto pelo programa “Estratégias e Técnicas contra a Exclusão social e a Pobreza” do BIT, pela “Aliança Nacional das Mutualidades Cristãs da Bélgica” e pela ONG de Solidariedade Mundial. Estas estruturas trabalham desde há vários anos junto do movimento mutualista africano, apoiando o seu desenvolvimento. A produção deste Manual beneficiou também da preciosa contribuição de mutualistas e de formadores africanos que tanto participaram na concepção dos módulos de formação como na sua validação. Os editores agradecem aqui mais uma vez a todas estas pessoas pelo seu apoio. Um segundo manual consagrado à gestão, acompanhamento e avaliação das mutualidades de saúde será publicado em breve.

1 Ver em particular “Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture e à l'accès aux soins de santé: Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre”; BIT/STEP, BIT/ACOPAM, PHR/USAID, ANMC e WSM, Washington, 2000.

2 “Plate-forme d'Abidjan: Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique”; BIT/STEP, BIT/ACOPAM, PHR/USAID, GTZ, ANMC e WSW, Genève, 1998.

3 Ver [Http://www.concertation.org](http://www.concertation.org).

## Índice

	Página
<b>Introdução</b>	1
<b>Conjunto de módulos 1:</b>	
<b>Características das mutualidades de saúde</b>	9
<hr/>	
<b>Módulo 1:</b> A previdência em matéria de despesas de saúde .....	9
<b>Módulo 2:</b> Fundamentos e especificidades das mutualidades de saúde .....	37
<b>Módulo 3:</b> A organização interna e a federação das mutualidades de saúde .....	69
<b>Módulo 4:</b> A adesão a uma mutualidade de saúde.....	101
<b>Módulo 5:</b> Os serviços oferecidos por uma mutualidade de saúde .....	127
<b>Conjunto de módulos 2:</b>	
<b>Criação de uma mutualidade de saúde.....</b>	<b>169</b>
<hr/>	
<b>Módulo 1:</b> As etapas da criação de uma mutualidade de saúde.....	169
<b>Módulo 2:</b> A criação de um sistema de gestão de uma mutualidade de saúde.....	225
<b>Módulo de informação:</b>	
<b>Descoberta das mutualidades de saúde</b>	261
<hr/>	
Glossário	295
<hr/>	

## **Introdução**

Esta nota introdutória fornece algumas informações que facilitam a boa utilização do Manual de formadores – Mutualidades de saúde em África: Características e criação. Aconselha-se vivamente aos utilizadores do Manual a sua leitura antes da preparação de uma primeira formação.

### **1. Objectivos do Manual de formadores - Mutualidades de saúde em África: Características e criação**

---

Este Manual de formadores tem como objectivos reforçar as competências dos promotores, dos gerentes e dirigentes das mutualidades de saúde nos seguintes domínios:

- fundamentos e especificidades das mutualidades de saúde,
- organização, funcionamento e serviços das mutualidades de saúde,
- criação das mutualidades de saúde.

Aborda uma primeira fase da formação das mutualidades de saúde. Será complementado por um segundo manual consagrado à gestão, acompanhamento e avaliação. Por conseguinte, os elementos relativos à gestão abordados neste primeiro manual são limitados aos suportes e ferramentas a aplicar durante a criação da própria organização mutualista.

### **2. Os conjuntos de módulos do Manual**

---

O Manual de formadores compreende dois conjuntos de módulos:

- 1. Características das mutualidades de saúde**
- 2. Criação de uma mutualidade de saúde**

O primeiro conjunto de módulos diz respeito à noção de risco e de previdência em matéria de saúde, dos Princípios de base da mutualidade, das modalidades de organização e de funcionamento das mutualidades de saúde. Este conjunto de módulos é constituído por cinco módulos:

- Módulo 1:** A previdência em matéria de despesas de saúde
- Módulo 2:** Fundamentos e especificidades das mutualidades de saúde
- Módulo 3:** A organização interna e a federação das mutualidades de saúde
- Módulo 4:** A adesão a uma mutualidade de saúde

*Módulo 5: Os serviços oferecidos por uma mutualidade de saúde*

O segundo conjunto de módulos diz respeito ao processo de criação de uma mutualidade de saúde. É composto por dois módulos:

- Módulo 1:** As etapas de criação de uma mutualidade de saúde
- Módulo 2:** A criação do sistema de gestão de uma mutualidade de saúde

Este Manual engloba também um módulo em separado destinado aos animadores de sessões de informação destinados a promotores, potenciais aderentes e prestadores de cuidados de uma mutualidade de saúde. Este módulo de informação é denominado “Descoberta das mutualidades de saúde”.

Para cada módulo, um quadro de orientação classifica os elementos seguintes:

- título do módulo,
- os objectivos do módulo,
- os grupos alvo,
- os pré-requisitos,
- a estimativa do tempo necessário para a execução do módulo(duração),
- conteúdo do módulo,
- os métodos de formação,
- os suportes pedagógicos a distribuir (em anexo a cada módulo),
- os suportes materiais.

Este quadro de orientação é apresentado no início de cada módulo.

Um glossário, apresentado no final deste Manual, propõe uma definição dos principais termos técnicos utilizados nos módulos.

Os conjuntos de módulos, bem como os diferentes módulos que os compõem, podem ser executados em conjunto ou em separado. Recomenda-se que qualquer utilização em separado seja precedida de uma chamada ou introdução em relação aos princípios de base e às características de uma mutualidade de saúde.

### **3. Grupos alvo**

---

O primeiro conjunto de módulos, “Características das mutualidades de saúde”, é destinado essencialmente aos promotores, aderentes e gestores das mutualidades e a todas as pessoas interessadas pelos princípios de base da mutualidade de saúde.

O segundo conjunto de módulos, “Criação de uma mutualidade de saúde”, dirige-se essencialmente aos administradores, promotores e gestores das mutualidades de saúde. Este situa-se no quadro geral no qual se inscrevem todas as etapas e as actividades necessárias para uma bem sucedida criação das mutualidades de saúde.

O módulo de informação, “Descoberta de uma mutualidade de saúde” é dirigido a qualquer pessoa ou organização interessada pela urgência das mutualidades de saúde em África: promotores, potenciais aderentes, ONG, prestadores de cuidados, autoridades sanitárias, agências de cooperação, etc.

### **4. Pré-requisitos**

---

#### **4.1 Pré-requisitos relativos ao formador**

Os conjuntos de módulos não são concebidos como documentos de auto-formação. São utilizados no quadro das sessões de formação destacando um ou mais formadores e participantes. Os módulos deverão ser, preferencialmente, executados em conjunto por um especialista do conteúdo e por um animador.

Em certos módulos são fornecidos “elementos de análise para o formador”. Fornecem informações complementares em relação às quais os formadores devem tomar conhecimento antes de executarem uma sessão de formação.

#### **4.2 Pré-requisitos relativos aos beneficiários da formação**

Os participantes deverão necessariamente saber ler, escrever e fazer cálculos. Os participantes numa sessão de formação podem não corresponder totalmente a estas condições, por exemplo, é possível que eles não dominem a língua de ensino. Neste caso, os formadores deverão ter recurso a uma pessoa de recurso que possa assegurar as traduções necessárias. Não existem outros pré-requisitos gerais para a execução dos dois conjuntos de módulos. Por outro lado, são indicados nos quadros de orientação, os pré-requisitos específicos a cada módulo.

### **5. Abordagem e métodos de formação**

---

A medida pedagógica adoptada favorece uma participação bastante activa dos beneficiários da formação. Os métodos utilizados procuram valorizar o conhecimento e as competências de actuação dos participantes, privilegiando a troca de experiências e a mobilização dos seus conhecimentos.

A formação é concebida de forma a permitir a aquisição dos conhecimentos práticos necessários ao domínio dos diferentes aspectos do desenvolvimento das mutualidades de saúde. No entanto, os conjuntos modulares não propõem métodos ou sistemas padronizados relativamente às

mutualidades de saúde. Os participantes devem desenvolver medidas próprias e adaptadas ao seu meio.

A execução de um módulo de formação exige a utilização de vários métodos pedagógicos. Por exemplo, é possível utilizar de forma sucessiva um «brainstorming», um estudo de caso e um trabalho de grupos.

Os métodos utilizados durante o desenvolvimento dos módulos são escolhidos em função de um determinado número de parâmetros:

- os objectivos da formação,
- os conhecimentos e competências dos grupos alvo,
- as características dos módulos,
- contexto e os recursos disponíveis,
- a capacidade dos formadores,
- os métodos de formação utilizados anteriormente.

Os métodos activos são privilegiados: estudos de casos, trabalho individual ou de grupos, simulações, discussões de grupo, etc.

Cada método pedagógico requer a utilização de um ou mais suportes materiais e pedagógicos que são especificados no quadro de orientação do módulo.

Os formadores devem fornecer a cada participante um exemplar de todos os “suportes pedagógicos”. O momento em que cada suporte deve ser fornecido aos participantes é indicado nas diferentes secções.

O vocabulário utilizado nos módulos é dirigido aos formadores encarregues da execução da formação. Cabe aos formadores a escolha de um vocabulário adaptado ao nível de compreensão dos participantes num determinado grupo de formação.

Os pontos visuais (os ícones), abaixo indicados, identificam os principais métodos utilizados nos módulos:

Trabalho em plenário

Trabalho de grupos

Trabalho individual

Exposição

“Brainstorming”

Síntese

Simulação

Esquema

Texto de apoio

## INTRODUÇÃO

### 6. Duração

---

O programa completo sobre os dois conjuntos de módulos pode ser fornecido em duas semanas. O quadro abaixo apresentado indica a duração aconselhada dos dois conjuntos de módulos bem como a duração dos módulos que os compõem. No entanto, este programa pode ser adaptado às necessidades específicas dos participantes e os módulos podem ser subdivididos em várias sessões. Para qualquer dos casos, os formadores deverão preparar um período de tempo para apresentação e discussão com os participantes.

#### Duração aconselhada dos conjuntos de módulos e dos módulos

Duração			
aconselhada			
<b>Conjunto de módulos 1</b>			
<b>Módulo 1:</b>	A previdência em matéria de despesas de saúde	4h 20	
<b>Módulo 2:</b>	Fundamentos e especificidades das mutualidades de saúde		5h 40
<b>Módulo 3:</b>	A organização interna e a federação das mutualidades de saúde	5h 35	
<b>Módulo 4:</b>	A adesão a uma mutualidade de saúde	6h 55	
<b>Módulo 5:</b>	Os serviços oferecidos por uma mutualidade de saúde	9h 30	
		Total conjunto de módulos 1:	32h 00
<b>Conjunto de módulos 2</b>			
<b>Módulo 1:</b>	As etapas da criação de uma mutualidade de saúde	12h 45	
<b>Módulo 2:</b>	a criação de um sistema de gestão de uma mutualidade de saúde	6h 20	
		Total conjunto de módulos 2:	19h 05

O módulo “Descoberta das mutualidades de saúde” é concebido de forma a poder ser executado durante apenas um dia.

## **7. Adaptação dos módulos e avaliação**

---

Os módulos devem ser objecto, sempre, de uma adaptação específica, a partir de uma avaliação dos conhecimentos e das necessidades dos grupos alvo. O formador deverá igualmente considerar na sua análise outros aspectos ligados ao meio dos beneficiários da formação.

O conteúdo dos conjuntos de módulos deverá ser adaptado às condições locais no que diz respeito aos nomes, às situações e exemplos apresentados e ao vocabulário utilizado. Para avaliar os conhecimentos adquiridos pelos participantes, é conveniente a realização de um teste no início (pré-teste) e no final de cada módulo (post-teste). Realizado no início, o teste permitirá conhecer o nível de conhecimento dos participantes antes de dar início às sessões de formação. Aplicado no final do módulo, o mesmo teste permitirá avaliar os conhecimentos e competências adquiridas durante as sessões de formação.

As avaliações diárias, realizadas com um grupo de participantes, permitirão aplicar as adaptações necessárias às diferentes etapas da formação para atingir os objectivos inicialmente propostos.

## **8. Preparação do programa**

---

### *Antes da sessão*

Antes de dar início a uma sessão de formação, os formadores deverão considerar um determinado número de disposições:

- tomar conhecimento dos principais documentos de referência das estruturas de onde são provenientes os participantes;
- promover entrevistas com os responsáveis por estas estruturas e, na medida do possível, com determinados participantes. Estas entrevistas permitem por um lado, conhecer melhor as expectativas das pessoas que tenham solicitado a formação e por outro lado, identificar os participantes que disponham de uma experiência interessante susceptível de ser aproveitada durante a execução do módulo;
- conhecer as actividades e experiências de cada participante. Este conhecimento é sobretudo útil para uma boa constituição dos grupos de trabalho;
- preparar o conjunto do material necessário para a condução da formação, reproduzir os textos de apoio e de estudo de casos, os testes bem como o quadro de avaliação final da formação. Para o sucesso de uma sessão de formação é importante a existência de uma boa organização material. O formador deverá chamar à atenção dos responsáveis pela estrutura ou dos organizadores para os problemas de alojamento, de transporte, de alimentação, etc.

### *Durante a sessão*

Uma sessão de formação, sobretudo quando tiver uma duração de vários dias, não está isenta de situações difíceis, e até mesmo conflituosas. As dificuldades ou conflitos podem surgir no plano pedagógico, organizacional/logístico ou porque pessoas com temperamentos diferentes se encontram. O formador pode, neste caso, propor a criação de uma comissão de orientação da sessão. Esta comissão pode ser composta por:

- um ou mais formadores,
- um representante da instituição sob a égide de quem o grupo está organizado,
- dois ou três participantes designados pelos seus pares.

A comissão de orientação facilita a comunicação durante o decorrer da sessão. Deve reunir-se de preferência antes do início de cada dia de formação para elaborar o balanço das sessões anteriores e para propor eventuais reagrupamentos.

É importante apresentar e discutir os objectivos de cada módulo antes de iniciar a execução.

Conjunto de módulos de formação n° 1:  
**Características das mutualidades de saúde**  
**MÓDULO 1**

*A previdência em matéria de despesas de saúde*

## Sumário

Módulo 1:

A previdência em matéria de despesas de saúde

---

<b>Condução da formação</b>	<b>Página</b>
1. O “risco de doença” .....	15
2. As consequências financeiras da doença.....	18
3. As alternativas para suportar as despesas ligadas à doença.....	20
4. Dois mecanismos de previdência: o pré-pagamento e o seguro.....	23
5. Encerramento do módulo.....	25
 <i>Suportes pedagógicos</i>	
Esquema nº 1: A pirâmide da saúde.....	29
Texto de apoio nº 1: As alternativas para suportar das despesas ligadas à doença.....	31

## *A previdência em matéria de despesas de saúde*

### *Objectivos*

No final deste módulo, os participantes estarão aptos a:

- definir o “risco de doença”;
- descrever as consequências financeiras da doença;
- apresentar diferentes mecanismos de protecção face ao “risco de doença”.

### *Grupos alvo*

- Promotores das mutualidades de saúde
- Aderentes das mutualidades de saúde
- Gestores das mutualidades de saúde

### *Pré-requisitos*

Nenhum

### *Duração*

4h 20

### *Conteúdo*

- Definição do “risco de doença”
- As consequências financeiras da doença
- As alternativas para suportar as despesas ligadas à doença

### *Métodos*

- ”Brainstorming”
- Exposição
- Trabalho de grupos
- Plenário (trabalho e síntese)

*Apoios materiais*

- Métoplan (Metodologia do Planeamento)
- Quadro preto
- Quadro de papel
- Retroprojector

*Apoios pedagógicos*

- Esquema
- Texto de apoio

# 1 O “risco de doença”

## a. Exposição (0h 15)

---

Introduza este módulo com a ajuda do seguinte texto:

*Ao longo dos últimos três decénios, as sucessivas crises económicas tiveram um impacto negativo nas despesas sociais na maioria dos países africanos abaixo do Sahara. Esta situação afectou particularmente o sector da saúde a partir de 1970, tendo como consequências a degradação do serviço público e o aumento do custo dos cuidados de saúde de qualidade.*

*Face a esta situação, os ministros da Saúde dos países africanos reuniram-se em Bamako em 1987, durante uma conferência organizada em conjunto pela UNICEF e a OMS, tendo em vista a definição de uma estratégia de reforma dos sistemas de saúde. Esta conferência salientou a extensão dos cuidados de saúde primários, a participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde e no financiamento dos cuidados.*

*A partir de 1993, quase todos os países de África ao sul do Sahara tinham abandonado a gratuitidade dos cuidados em benefício de sistemas de comparticipação dos custos: uma contribuição financeira era doravante exigida aos utilizadores de forma a cobrir uma parte dos custos de saúde e melhorar a provisão em medicamentos.*

*Esta política permitiu reforçar a disponibilidade e a qualidade dos cuidados. Ela coloca no entanto problemas de equidade e de acesso aos cuidados das camadas mais pobres da população.*

**b. Trabalho em plenário (0h 30)**

---

Anime um debate sobre as dificuldades encontradas pelos indivíduos e as famílias para suportar as despesas ligadas à doença. Complete, se necessário, as respostas com os elementos que seguem:

- *A doença é com frequência imprevisível; o período e o montante das despesas de saúde não podem ser determinados com antecedência. O indivíduo ou a família devem no entanto estar prontos a assumir estas despesas no momento em que a doença surge.*
- *Em caso de hospitalização ou de doença grave, o montante das despesas a efectuar ultrapassa a capacidade de pagamento da maioria dos indivíduos e famílias. Em África, muitas pessoas não podem sequer assumir as despesas das doenças benignas. Estas dificuldades são acrescidas pelos custos indirectos que se juntam à factura de cuidados: deslocações, enfermeiros, alimentação, etc.*

Finalize este debate baseando-se no texto seguinte:

Ninguém está ao abrigo da doença. Esta anula quaisquer previsões e pode ter consequências financeiras desastrosas sobre o património e a existência dos indivíduos. A contribuição financeira dos doentes ou da sua família no combate da doença é necessária para assegurar o bom funcionamento dos serviços de saúde, mas limita o acesso dos mais carenciados aos cuidados. Com muita frequência, os indivíduos e as suas famílias não podem assumir as despesas necessárias para beneficiarem dos cuidados específicos.

**c. Trabalho em plenário (0h 30)**

---

Solicite aos participantes que proponham uma definição do “risco de doença”. Complete as respostas com a definição abaixo indicada.

*Para o indivíduo, a doença constitui um risco cuja designação ultrapassa as meras questões de saúde. Logo que surge, a doença é susceptível de causar danos financeiros consideráveis. Para reduzir o risco de sofrer estes danos, é necessário que o indivíduo se proteja. Este risco relacionado com a doença é denominado, em matéria de seguro, “risco de doença”.*

Complete a discussão sobre a definição do risco de doença com a ajuda do texto abaixo descrito. Projecte, em seguida, o esquema nº 1 (A pirâmide da saúde).

*O risco corresponde à eventualidade de produção de um acontecimento, bom ou mau, no futuro. Por extensão, o termo “risco” designa um acontecimento indesejável contra o qual é subscrito um seguro. Os principais riscos sociais são: a doença, a invalidez, a velhice, o desemprego e o falecimento.*

*A doença pode provocar danos prolongados e por vezes irreversíveis na saúde do indivíduo. Constitui assim um risco para a saúde. Caso não esteja segurado, o indivíduo pode ver-se na incapacidade de suportar as despesas necessárias ao seu restabelecimento, aumentando assim o risco que a doença provoca na sua saúde. A doença pode provocar perdas materiais importantes contra as quais é necessário que o indivíduo se proteja. Concluindo, a doença pode levar a uma incapacidade de trabalho momentânea ou prolongada e assim a uma perda de rendimentos.*

*Sobre o plano financeiro, os riscos são normalmente divididos em duas categorias:*

- *Os grandes riscos:*

*Reagrupam os riscos associados às doenças graves e, de forma mais global, aos prejuízos que necessitam de despesas importantes para os cuidados: hospitalizações, intervenções cirúrgicas, partos distócicos e outras intervenções especializadas. A probabilidade de aparecimento destes casos é fraca. O esforço financeiro que eles exigem é, em contrapartida, difícil de suportar para a maioria das famílias. Efectivamente, poucos indivíduos estão aptos a financiar eles próprios e na íntegra uma intervenção delicada, sobretudo quando é necessário recorrer a prestadores de cuidados de saúde em zonas distantes.*

- *Os pequenos riscos:*

*Os pequenos riscos dizem respeito aos casos mais suaves que necessitam de despesas de cuidados de saúde mais ligeiras mas cuja frequência de aparecimento é francamente mais elevada em comparação com a frequência dos grandes riscos. Estão incluídos nesta categoria, os cuidados de enfermaria e as consultas em ambulatório.*

*De forma muito esquemática, os pequenos riscos situam-se na base da pirâmide sanitária, ao nível dos cuidados de saúde primários. Os grandes riscos intervêm nos patamares superiores desta pirâmide, ao nível dos cuidados de saúde secundários e especializados.*

## 2 As consequências financeiras da doença

### d. Trabalho em plenário (0h 30)

---

Peça aos participantes que descrevam as principais consequências financeiras da doença. Complete as respostas baseando-se no seguinte texto:

#### **As exclusões**

*A carga financeira resultante do tratamento de uma doença traduz-se antes de mais em termos de exclusão. O facto de não dispor dos recursos necessários para enfrentar as despesas de saúde limita efectivamente o acesso do doente aos cuidados. Num contexto de pobreza, esta exclusão não toca apenas os indigentes, mas a maior parte das famílias.*

*A exclusão compreende diferentes formas dependentes das fontes e dos níveis de rendimentos dos indivíduos e das famílias:*

#### **A exclusão económica**

*A inexistência ou a insuficiência de rendimentos durante todo o ano cria uma impossibilidade permanente de financiar as despesas de saúde. Esta exclusão abrange as famílias em situação de indigência.*

#### **A exclusão financeira**

*Quando evoluímos na escala dos rendimentos, a possibilidade económica de acesso aos cuidados de saúde aumenta. No entanto, os rendimentos das famílias nem sempre são regulares; aparecem assim diferentes formas de exclusão associadas às contrariedades financeiras:*

- *A exclusão temporária produz-se quando a família não dispõe de imediato dos recursos de que necessita para financiar as despesas ligadas a uma doença. O recurso aos cuidados é assim retardado, o tempo necessário para encontrar os meios indicados.*

- *A exclusão parcial diz respeito aos utilizadores dos serviços de saúde que não dispõem de recursos suficientes para assumir a totalidade dos cuidados e/ou dos tratamentos prescritos.*
- *A exclusão sazonal toca as famílias cujos rendimentos são repartidos irregularmente ao longo do ano. Os rendimentos dos trabalhos rurais, por exemplo, estão muitas vezes concentrados em um ou vários períodos, geralmente no momento da venda das colheitas. Estes trabalhos passam por dificuldades consideráveis o resto do ano para suportar as despesas de saúde, incluindo no caso de doenças benignas.*

**O impacto em termos de pobreza**

*A doença está muitas vezes na origem de uma pobreza constante, particularmente, quando:*

- *Um dos cônjuges, que assegurava uma das fontes — muitas vezes a única — de rendimentos da família, morre ou fica inválido, por falta de cuidados de saúde.*
- *Para suportar uma despesa importante que necessite de cuidados urgentes, uma família endivida-se junto de um usurário ou vende um bem, nomeadamente um instrumento de produção, a um preço baixo.*

### **3 As alternativas para suportar as despesas associadas à doença**

#### **e. Trabalho de grupos n° 1 (0h 45)**

---

Constitua grupos de trabalho e solicite-lhes resposta à seguinte questão:

“O risco de doença gera uma real necessidade de protecção em relação à qual os indivíduos e as famílias tentam responder individualmente ou colectivamente. Concretamente, quais são as alternativas à disposição de um indivíduo ou de uma família para enfrentar as despesas associadas à saúde?”

#### **f. Síntese (0h 45)**

---

Anote as respostas dos grupos repartindo-as em três grandes categorias segundo o quadro abaixo apresentado.

Peça aos participantes que ilustrem as suas respostas, salientando as vantagens (rapidez na obtenção do montante necessário, segurança implicada, etc.) e os inconvenientes (endividamento, etc.) de cada uma das alternativas propostas.

	<b>As alternativas usuais e tradicionais</b>	<b>Os sistemas de pré-pagamento e de seguro</b>	<b>As outras alternativas</b>
<i>Individuais</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Recurso ao empréstimo usurário</li> <li>◆ Venda de bens (gado, móveis, ferramentas de trabalho, jóias, etc.)</li> <li>◆ Utilização dos fundos da loja ou oficina</li> <li>◆ Desvio do fim de um crédito</li> <li>◆ Trabalho junto de um particular</li> <li>◆ Outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Subscrição a mecanismos de pré-pagamento(sem partilha dos riscos): <ul style="list-style-type: none"> <li>• de poupança/crédito de saúde</li> <li>• de subscrição de saúde</li> </ul> </li> <li>◆ Outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Recurso à medicina tradicional</li> <li>◆ Automedicação</li> </ul> <p>Compra de medicamentos numa loja ou no mercado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Outros</li> </ul>
<i>Colectivas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Recurso à entreaajuda e à solidariedade no seio da família ou entre amigos/vizinhos: empréstimos e/ou doações</li> <li>◆ Participação em associação de entreaajuda</li> <li>◆ Outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Adesão a um sistema de seguros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• segurança social</li> <li>• seguros comerciais</li> <li>• seguros sem fins lucrativos</li> <li>• mutualidades de saúde</li> <li>• outros</li> </ul> </li> </ul>	

*MÓDULO: A previdência em matéria de despesas de saúde*

Sublinhe, recorrendo se necessário ao texto abaixo apresentado, a diferença entre as alternativas que constituem uma forma de previdência para a protecção contra o risco de saúde (antes do aparecimento de determinada situação) e as que apenas constituem um meio de proporcionar os recursos necessários de forma a suportar as despesas logo que surja um risco.

*Os indivíduos e as famílias têm duas atitudes possíveis face às despesas de saúde. Podem tanto esperar que surja a doença para procurar os recursos necessários às despesas de saúde, como tomar medidas para encarar este tipo de despesas antes do aparecimento de uma doença. No primeiro caso, não se trata de uma protecção contra o risco mas antes de superar apenas as implicações financeiras. A incerteza quanto à possibilidade de suportar os problemas de recursos continua bastante elevada. No segundo caso, a antecipação das consequências financeiras da doença permite ultrapassá-las mais facilmente. Trata-se de uma medida de previdência para protecção própria contra o risco de doença.*

*Em todas as sociedades, a maioria dos indivíduos apresenta uma aversão aos riscos. Por esta razão, um pouco por todo o lado mulheres e homens desenvolveram mecanismos de previdência para se protegerem dos riscos. Estes mecanismos foram aperfeiçoados ao longo da história, nomeadamente com o desenvolvimento do seguro que constitui a ferramenta mais eficaz de protecção contra os riscos.*

## 4 Dois mecanismos de previdência: o pré-pagamento e o seguro

### g. Exposição (0h 30)

---

Destaque a ajuda dos elementos abaixo apresentados, a distinção entre os sistemas de pré-pagamento sem partilha dos riscos e de seguros.

#### ***O pré-pagamento sem partilha dos riscos***

*O pré-pagamento sem partilha dos riscos reagrupa um conjunto de mecanismos simples que permitem a determinada pessoa pagar os cuidados futuros numa altura em que dispõe de rendimentos suficientes. Pode tornar-se vantajoso para as pessoas que possuam rendimentos irregulares e que, conseqüentemente, fiquem susceptíveis a despesas de saúde numa altura em que não disponham de recursos. Em caso de doença, estas pessoas só poderão no entanto beneficiar dos cuidados tendo em conta o montante “pré-pago”. A previdência é individualizada; não é possível efectuar uma partilha comum dos recursos para suportar os riscos.*

*Os sistemas mais correntes de pré-pagamento sem partilha dos riscos são:*

- *cartão de aderente ;*
- *pagamento antecipado a uma taxa fixa de determinadas prestações, nomeadamente dos cuidados maternos e infantis.*

*Estes sistemas são os mais frequentemente propostos pelos prestadores de cuidados de saúde para quem eles são relativamente vantajosos e de fácil criação.*

*Apresentam algumas desvantagens. Ao limitarem a cobertura oferecida a determinada pessoa, ao montante das despesas de cuidados que ela pagou previamente (montante por vezes ligeiramente acrescido de um juro), não permitem suportar os grandes riscos que exigem um esforço financeiro difícil de suportar por um único indivíduo. Esta mesma limitação reduz a atracção destes sistemas e exige da parte dos aderentes um forte desejo de previdência face ao risco de doença.*

*Os sistemas de pré-pagamento sem partilha dos riscos surgem como mecanismos de protecção adaptados às despesas de saúde consideradas seguras, como no caso, por exemplo, das consultas não especializadas cuja frequência é importante, e com um custo relativamente baixo.*

### **O seguro**

*Contrariamente aos sistemas anteriores, o seguro define-se como um instrumento que permite a várias pessoas a partilha dos riscos. Os recursos dos segurados são considerados para o conjunto e servem para cobrir unicamente as despesas das pessoas afectadas pelo aparecimento de um risco. Os segurados, como contrapartida ao pagamento das suas contribuições (ou prémios), obtêm do segurador a garantia desta reparação financeira (ou reembolso). Os riscos cobertos pela garantia são determinados de forma precisa. Os segurados renunciam à propriedade das contribuições pagas não podendo assim reclamá-las no caso de não serem vítimas destes riscos.*

*Ou seja, o seguro leva a pagar aqueles que não ficam doentes em função dos que não têm a mesma sorte. Ao subscreverem um seguro, os indivíduos aceitam o princípio desta transferência porque estão conscientes de não estarem ao abrigo dos riscos cobertos pelo seguro, a sua aversão por estes riscos é forte e não estão em condições de os encararem individualmente.*

*O seguro distingue-se das formas de entreaajuda tradicionais que são alimentadas por contribuições modestas e cujo montante de prestações é estabelecido de forma aleatória, sem qualquer ligação com as consequências financeiras dos riscos cobertos.*

*O seguro adapta-se especialmente aos cuidados de saúde secundários e terciários. Eles estão relacionados com acontecimentos imprevisíveis cuja probabilidade de aparecimento é fraca mas cujo tratamento é muito dispendioso. Trata-se então de riscos que podem ser repartidos por um número considerável de indivíduos. A contribuição ou prémio de seguro tornar-se-á assim fraca para o segurado tendo em conta as despesas que teria de efectuar no caso do surgimento de um risco (se não estivesse segurado).*

*Como conclusão, a criação de um sistema de protecção contra o risco de doença depende de uma análise do risco e da escolha de uma resposta adaptada:*

- *pré-pagamento sem partilha dos riscos só tem utilidade para a protecção contra os pequenos riscos, ou seja, os riscos com custos reduzidos e uma frequência de aparecimento elevada.*
- *Por outro lado, o seguro está igualmente adaptado para os casos de doença que necessite de cuidados de saúde secundários e terciários. Na base de uma contribuição ou prémio fracos, o seguro pode propor uma protecção eficaz contra este risco e as suas consequências que, em condições normais, podem levar a situações económicas e financeiras catastróficas para uma família.*

#### **h. “Brainstorming” (0h 20)**

---

Questione aos participantes quais são as vantagens de um seguro para os seus beneficiários. Faça uma síntese das respostas com a ajuda do texto de apoio nº 1. Distribua em seguida este texto de apoio.

## **5 Enceramento do módulo**

#### **i. Síntese em plenário (0h 15)**

---

Encerre o módulo lembrando os objectivos e os diferentes temas abordados.

# **Suportes pedagógicos**

## Esquema nº 1

---

### A pirâmide da saúde

Cuidados de saúde especializados  
Hospital nacional  
Serviços especializados  
Cuidados de saúde secundários  
Riscos elevados  
Hospital regional  
Cuidados de saúde primários  
Centro de saúde  
Dispensário casa de saúde  
Centro de saúde  
Dispensário casa de saúde  
Pequenos riscos  
Hospital regional  
Centro de saúde  
Cuidados de saúde primários  
Centro de saúde  
Dispensário casa de saúde  
Centro de saúde  
Dispensário casa de saúde

## **Texto de apoio n° 1**

---

### **As alternativas para fazer face às despesas associadas à doença**

Podemos tentar classificar estas alternativas em três grandes categorias:

- as alternativas usuais e tradicionais,
- os seguros e os pré-pagamentos,
- as outras alternativas.

#### **As alternativas usuais e tradicionais**

Esta primeira categoria reagrupa respostas desenvolvidas por indivíduos ou famílias e que muitas vezes intimamente relacionados com o contexto social e cultural.

#### ***As respostas individuais***

Uma família confrontada com um caso de doença e que não disponha do dinheiro necessário para suportar os cuidados de saúde pode ter recurso a diferentes meios:

- pedido de empréstimo junto da família alargada, de amigos, de vizinhos, de uma instituição financeira ou ainda junto de usurários;
- vender um bem (mobiliário, jóias, gado, ferramentas de trabalho, stock de alimentação, etc.);
- levantamento dos fundos sobre a empresa familiar: comércio, oficina, etc.;
- desvio do fim inicial de crédito.
- Estas soluções permitem por vezes a uma família suportar uma necessidade imediata de dinheiro, mesmo que o prazo necessário para conseguir por exemplo um ou mais financiadores possa ser longo, mas podendo aumentar a sua pobreza (endividamento muito pesado, perda de uma ferramenta de produção, etc.).

#### ***As respostas colectivas***

Baseiam-se no recurso à entreajuda e à solidariedade entre amigos/vizinhos, no seio da família alargada, numa associação ou noutras formas de agrupamento.

Os movimentos de entreajuda em África e noutros países em desenvolvimento encontram-se distribuídos em larga escala, com formas tradicionais muito marcadas. A entreajuda em caso de doença realiza-se normalmente sob duas formas:

- em natureza: transporte dos doentes, tratamento dos campos de um agricultor hospitalizado, guarda de crianças, etc.;

- em género: concessão de empréstimos ou doações para ajuda ao pagamento das despesas de cuidados de saúde.

Podemos distinguir:

- a) a *entrajuda não organizada*: é exercida pontualmente, sem se basear numa organização social permanente. A *entrajuda* é pontual e espontânea. Realiza-se no seio da família alargada, de núcleos de amigos, de vizinhos, etc. É regida pelo princípio de que “todo o bem é recíproco ” e participamos tendo em conta a ajuda que será nos será fornecida quando tivermos necessidade.

A segurança implicada continua a ser aleatória pois parte-se do princípio de que todos os indivíduos possam ter necessidade no mesmo momento ou na impossibilidade de oferecer uma ajuda financeira suficiente (período de agregação monetária em meio rural).

- b) Os agrupamentos de *entrajuda* e de *previdência*: trata-se de um primeiro tipo de organização criado para ultrapassar os limites da *entrajuda não organizada*. Estes agrupamentos constituem-se com base em critérios precisos de agregação dos seus membros (ter o mesmo tipo de trabalho, morar no mesmo bairro, etc.) e regras definidas antecipadamente, escritas ou orais. Exigem uma forte vontade de *entrajuda* e de confiança mútua. O apoio aos membros necessitados é frequentemente fornecido em géneros, partindo de um fundo comum, alimentado por contribuições regulares.

A *tontina* (sistema mutualista) representa a forma mais conhecida e mais documentada em África. Constitui uma *entrajuda financeira organizada* por pequenos grupos de pessoas que formam uma união de poupança e de crédito. O seu modo de funcionamento é definido segundo o nível de rendimentos dos participantes, das suas necessidades prioritárias e o contexto no qual estes evoluem.

Outros agrupamentos, igualmente distribuídos por diferentes áreas, exercem actividades com um objectivo de *entrajuda* face aos riscos sociais e aos acontecimentos que possam suceder, infelizes (falecimento, doença, etc.) ou felizes (nascimento, casamento, etc.).

Estes agrupamentos são no entanto confrontados com uma evolução da sua envolvente e deparam-se com determinado número de limitações:

- ◆ Gerem de forma empírica os escassos recursos financeiros, com todos os riscos de desencorajamento envolvidos, seguidos eventualmente por erros ou falhas.
- ◆ Não têm existência jurídica.
- ◆ Concluindo, muitos assentam sobre o carisma dos seus líderes e desagregam-se quando estes desaparecem.

A segurança nestes casos é frágil face às grandes despesas.

### **Os sistemas de pré-pagamento sem partilha de riscos e o seguro**

Estes sistemas são ainda pouco numerosos em África mas um número cada vez maior de governos e de intervenientes incluem a promoção destes sistemas nas suas estratégias.

#### ***O pré-pagamento sem partilha dos riscos***

O pré-pagamento sem partilha dos riscos reagrupa um conjunto de mecanismos simples que permitem a determinada pessoa pagar os cuidados futuros numa altura em dispõe de rendimentos suficientes. Pode tornar-se vantajoso para as pessoas que possuam rendimentos irregulares e que, conseqüentemente, fiquem susceptíveis a despesas de saúde numa altura em que não disponham de recursos. Em caso de doença, estas pessoas só poderão no entanto beneficiar dos cuidados tendo em conta o montante “pré-pago”. A previdência é individualizada; não é possível efectuar uma partilha comum dos recursos para suportar os riscos.

Os sistemas de pré-pagamento sem partilha dos riscos mais correntes são:

- cartão de aderente ;
- pagamento antecipado a uma taxa fixa de determinadas prestações, nomeadamente dos cuidados maternos e infantis.

Estes sistemas são os mais frequentemente propostos pelos prestadores de cuidados de saúde para quem eles são relativamente vantajosos e de fácil criação.

Apresentam algumas desvantagens. Ao limitarem a cobertura oferecida a determinada pessoa, ao montante das despesas de cuidados que esta pagou antecipadamente (por vezes ligeiramente acrescido de um juro), não permitem suportar os grandes riscos que exigem um esforço financeiro difícil de suportar por um único indivíduo. Esta mesma limitação reduz a atracção destes sistemas e exige da parte dos aderentes um forte desejo de previdência face ao risco de doença.

Os sistemas de pré-pagamento sem partilha dos riscos surgem como mecanismos de protecção adaptados às despesas de saúde consideradas seguras, como por exemplo as consultas cuja frequência é considerável, e cujo custo é relativamente pouco elevado.

#### ***O seguro***

Contrariamente aos sistemas anteriores, o seguro define-se como um instrumento que permite a várias pessoas a partilha dos riscos. Os recursos dos segurados são considerados para o conjunto e servem para cobrir unicamente as despesas das pessoas afectadas pelo aparecimento de um risco. Os segurados, como contrapartida ao pagamento das suas contribuições (ou prémios), obtêm do segurador a garantia desta reparação financeira (ou reembolso). Os riscos cobertos pela garantia são determinados de forma precisa. Os segurados renunciam à propriedade das contribuições pagas não podendo assim reclamá-las no caso de não serem vítimas destes riscos.

Ou seja, o seguro leva a pagar aqueles que não ficam doentes em função dos que não têm a mesma sorte. Os segurados aceitam o princípio desta transferência porque estão conscientes de não estarem ao abrigo dos riscos cobertos pelo seguro, a sua aversão por estes riscos é forte e não estão em condições de os encararem individualmente.

O seguro distingue-se das formas de entajuda tradicionais que são alimentadas por contribuições modestas e cujo montante é estabelecido de forma aleatória, sem qualquer ligação com as consequências financeiras dos riscos cobertos.

O seguro adapta-se especialmente aos cuidados de saúde secundários e especializados. Eles estão relacionados com acontecimentos imprevisíveis cuja probabilidade de aparecimento é fraca mas cujo tratamento é muito dispendioso. Trata-se então de riscos que podem ser repartidos por um número considerável de indivíduos. A contribuição ou prémio de seguro tornar-se-á assim fraca para o segurado tendo em conta as despesas que teria de efectuar no caso do surgimento de um risco se não estivesse segurado.

Os sistemas de seguros apresentam-se sob diversas formas:

- **O seguro de saúde obrigatório:** organizado com a ajuda dos poderes públicos no quadro dos regimes de segurança social, o seguro de saúde obrigatório é um sistema que permite o reembolso, pela colectividade, das despesas de saúde dos indivíduos. Ela dirige-se essencialmente aos assalariados do sector público e privado. As contribuições são normalmente debitadas directamente sobre os salários.
- **As seguradoras comerciais com fins lucrativos:** como qualquer empresa comercial, a sua estratégia é guiada pela preocupação de rentabilizar. Assim, tendem a aplicar condições restritivas de adesão de forma a evitar a subscrição de pessoas que apresentam um forte risco de doença. Elas praticam, caso a regulamentação o autorize, prémios diferenciados segundo os riscos pessoais do segurado. A gestão e as decisões são centralizadas pelos proprietários das seguradoras, desempenhando os aderentes um papel passivo posicionando-se como titulares de direito.
- **Os sistemas de micro-seguros de saúde:** este termo reagrupa uma considerável diversidade de sistemas que se destinam às populações desfavorecidas que não estejam cobertas pelos sistemas de seguro de doença obrigatório e que não tenham acesso às seguradoras comerciais habituais.

Desta categoria fazem parte nomeadamente:

- ◆ As mutualidades de saúde.
- ◆ Os seguros propostos por prestadores de cuidados de saúde: um centro de saúde ou um hospital pode propor aos seus utentes potenciais o pagamento de uma contribuição fornecendo-lhes o direito à gratuidade, ou a uma redução do preço dos cuidados. Na maioria dos casos, os aderentes não estão implicados na gestão do sistema.

- ◆ Outras formas de seguro sem fins lucrativos: pode tratar-se, por exemplo, de um seguro de transporte estabelecido por uma comunidade que dispõe de uma ambulância; a adesão pode ser voluntária, ou obrigatória (a contribuição é então colectada sob a forma de uma taxa), os fundos colectados asseguram a gratuitidade ou uma redução do custo de uma evacuação de urgência apenas se destinando a financiar os custos de funcionamento do veículo.

Os micro-seguros cobrem um grande campo de actividades, ocupam-se de diferentes níveis de riscos (pequenos e grandes riscos) e são estabelecidos por diversos intervenientes como sendo as ONG, as organizações comunitárias e outras formas de agrupamentos.

**As vantagens  
de um sistema  
de seguro para  
os seus beneficiários**

O seguro contribui para:

- Uma maior segurança em caso de doença para os aderentes e para as pessoas que têm a seu cargo:

Ao pagar uma quantia previamente estabelecida e de forma programada (cada dia, cada semana, etc.), o aderente deixa de se preocupar com as despesas excepcionais e por vezes bastante urgentes que surgem de situações imprevistas.

- Uma melhor continuidade dos tratamentos:

O número de recursos aos cuidados durante o período coberto não é limitado e para um mesmo quadro de doença, o beneficiário dispõe de facilidades para aceder aos cuidados necessários.

- Uma redução do prazo de recurso aos cuidados:

O aderente beneficia de cuidados gratuitos ou a um preço bastante reduzido. O acesso aos cuidados é assim muito menos retardado pelos atrasos necessários para que o doente ou a sua família possam acumular o montante necessário.

- Uma redução das exclusões financeiras:

As formas de exclusão ligadas à falta de dinheiro no momento do aparecimento da doença são reduzidas uma vez que os montantes a pagar para os cuidados são nulos ou pouco elevados. O aderente pode recorrer aos serviços de saúde mesmo durante os períodos financeiramente mais difíceis (agregação monetária, períodos de festas e de cerimónias, etc.).

- Uma redução das práticas paralelas:

O aderente informa qual a parte da factura relativa aos cuidados que ele possa, eventualmente, pagar ao centro de saúde ou ao hospital. Consequentemente, as relações com o prestador de cuidados são mais transparentes e as possibilidades de práticas paralelas (percepção ilícita de dinheiro pelo pessoal de saúde) menos importantes.

*Mutualidades de saúde em África: Características e criação  
ANMC/BIT-STEP/WSW*

*MÓDULO: A previdência em matéria de despesas de saúde*

Conjunto de módulos de formação n.º 1:  
**Características das mutualidades de saúde**

## MÓDULO 2

Fundamentos  
e especificidades  
das mutualidades  
de saúde

Sumário  
Módulo 2:  
Fundamentos e especificidades das mutualidades de saúde

---

**Desenvolvimento da formação**

	Página
<b>1. Mutualidade e mutualidades de saúde:</b>	
<b>Definições e fundamentos</b> .....	43
1.1 A mutualidade.....	43
1.2 As mutualidades de saúde.....	46
<b>2. Os outros sistemas de cobertura de despesas de saúde</b> .....	48
<b>3. Encerramento do módulo</b> .....	49

**Suportes pedagógicos**

Texto do trabalho de grupos nº 1: mutualidade.....	Definição e princípios de base da.....	53
Esquema nº 1: mutualidade.....	Princípios de base da.....	55
Texto de apoio nº 1: mutualidade.....	Definição e princípios de base da.....	57
Texto do trabalho de grupos nº 2: saúde.....	Definição e modo de funcionamento de uma mutualidade de.....	61
Texto de apoio nº 2: saúde.....	Aplicação dos princípios de base da mutualidade numa mutualidade de.....	63
Texto do trabalho de grupos nº 3: saúde.....	As semelhanças e as diferenças entre as mutualidades de saúde e os outros sistemas de cobertura das despesas de.....	65
Correcção do trabalho de grupos nº 3: saúde.....	As semelhanças e as diferenças entre as mutualidades de saúde e os outros sistemas de cobertura das despesas de.....	67

### **3 Fundamentos e especificidades das mutualidades de saúde**

#### **Objectivos**

No fim deste módulo, os participantes deverão ser capazes de:

- definir a mutualidade e apresentar os princípios que a regem;
- explicar as bases do funcionamento das mutualidades de saúde;
- descrever as semelhanças e as diferenças entre as mutualidades de saúde e os outros sistemas de cobertura das despesas de saúde.

#### **Grupos alvo**

- Promotores das mutualidades de saúde
- Aderentes das mutualidades de saúde
- Gestores das mutualidades de saúde

#### **Pré-requisitos**

Nenhum

#### **Duração**

5h 40

#### **Conteúdo**

- Definição e princípios de base da mutualidade
- Definição e modo de funcionamento das mutualidades de saúde
- Semelhanças e diferenças entre as mutualidades de saúde e os outros sistemas de cobertura das despesas de saúde

#### **Métodos**

- Exposição
- Plenário (trabalho e síntese)
- Trabalho de grupos

#### **Suportes materiais**

- Méta-plan (Metodologia do Planeamento)
- Quadro preto
- Quadro de papel
- Retroprojector

#### **Suportes pedagógicos**

- Esquema
- Textos de trabalho de grupos
- Textos de apoio

# **1 Mutualidade e mutualidades de saúde: Definições e fundamentos**

---

## **1.1 A mutualidade**

---

### **a. Trabalho de grupos nº 1 (1h 00)**

Distribua o texto de trabalho de grupos nº 1, sugira a leitura do texto e responda às eventuais perguntas de esclarecimento. Apresente e discuta, eventualmente, a constituição dos grupos. Solicite aos participantes a anotação das respostas do seu grupo em folhas grandes.

### **b. Síntese em plenário (0h 30)**

---

A síntese do trabalho de grupos nº 1 será realizada pergunta a pergunta. A apresentação dos resultados será feita por um ou vários membros de cada grupo. As respostas serão visualizadas, para toda a duração do módulo, nos quadros de papel ou nas paredes.

A síntese deverá ser apresentada numa lista comum de respostas às perguntas. Caso seja necessário, complete as respostas com os elementos abaixo apresentados.

*MÓDULO: Fundamentos e especificidades das mutualidades de saúde*

Pergunta 1) Como diferencia a entreatajuda da solidariedade? Ilustre as suas respostas com exemplos baseados nas práticas tradicionais da sua localidade de origem ou de residência.

A entreatajuda é uma relação de troca entre indivíduos confrontados com as mesmas dificuldades e que se identificam junto de critérios comuns de agregação (serem do mesmo bairro, com o mesmo estatuto socioeconómico, etc.). Qualquer que seja a sua forma (em natureza ou financeira), a entreatajuda assenta no princípio da reciprocidade que se espera com a ajuda.

A solidariedade exprime-se em função dos mais carenciados, sem esperar em troca qualquer contrapartida do beneficiário (doações aos indigentes, etc.). Quer seja organizada pelo Estado, por organizações confessionais ou pela sociedade civil, a solidariedade permanece a única resposta à exclusão permanente dos indigentes. Estes são com efeito excluídos dos sistemas de entreatajuda uma vez que não estão em posição de retribuir a ajuda que recebem.

## **Elementos de análise para o formador**

### **A entreatajuda nas sociedades africanas**

A entreatajuda exprime-se de diferentes formas nas sociedades africanas: pelo trabalho, apoio financeiro, etc. O indivíduo ou família, que deve suportar as despesas excepcionais e/ou inesperadas – nascimentos, casamentos, doenças, falecimentos – dirige-se à sua família alargada, bem como aos amigos e aos vizinhos. Muitas vezes, esta entreatajuda estende-se a todos os membros da descendência ou da aldeia.

As tontinas constituem uma forma de entreatajuda financeira muito utilizada em África, particularmente entre os trabalhadores das zonas urbanas. As tontinas são constituídas por pequenos grupos de pessoas que formam uma espécie de poupança e de crédito, na qual os membros recebem, a título indicativo, uma determinada quantia de dinheiro em comum acordo e debitada sobre as contribuições de todo o grupo.

Os membros das tontinas fazem normalmente parte da mesma família, do mesmo bairro, de uma mesma empresa ou de um mesmo meio profissional. Assim, por exemplo, existem no Gana diversas *susu* (denominação local das tontinas) nas empresas e nos bairros populares.

Estas formas tradicionais de entreatajuda desempenham um papel social muito importante. Ao mesmo tempo, os países africanos encontram-se, desde a época colonial, sob a influência dos sistemas de solidariedade e de protecção social provenientes da Europa.

Questão 2) Dos elementos abaixo descritos, quais constituem os princípios de base da mutualidade?

- a solidariedade,
- a autonomia e a liberdade,
- o desenvolvimento do indivíduo,
- a responsabilidade na gestão e no comportamento dos membros,
- a dinâmica de um movimento social.

Questão 3) Que outros princípios de base da mutualidade não se encontram referenciados abaixo?

- a participação democrática,
- o fim não lucrativo da organização

Questão 4) Para si, qual seria a definição de "mutualidade"?

- A mutualidade designa o modo de organização, o sistema de pensamento e a filosofia de acção característicos das instituições mutualistas.
- Uma instituição mutualista – ou mutualidade – é uma associação voluntária de pessoas (sendo, portanto, de livre adesão), com fins não lucrativos (cujo objectivo não é, portanto, o lucro) e cujo funcionamento se baseia na solidariedade entre os seus membros. Com base nas decisões dos membros, e graças às contribuições destes, a

mutualidade realiza, em prol dos seus membros e da respectiva família, uma acção de previdência, de entreaajuda e de solidariedade no campo dos riscos sociais. Neste sentido, uma mutualidade constitui um movimento social.

**c. Exposição (0h20)**

Faça uma projecção do esquema n.º 1 acerca dos princípios de base da mutualidade e comente. Em seguida, distribua o texto de apoio n.º 1, intitulado: "Definição e princípios de base da mutualidade")

## 1.2 As mutualidades de saúde

**d. Trabalho de grupo n.º 2 (1h 00)**

Distribua o texto do trabalho de grupo n.º 2. Dê-o a ler e responda a eventuais perguntas de esclarecimento. Peça aos participantes para anotarem as respostas do seu grupo em folhas grandes.

**e. Síntese em plenário (0h 30)**

A apresentação dos resultados será feita da mesma forma que a síntese anterior (síntese b.). Se necessário, complete as respostas dos grupos com os elementos abaixo apresentados.

Questão 1) Com base na descrição acima fornecida, explique de que forma o funcionamento de uma mutualidade de saúde apela às noções de previdência e de solidariedade.

**Previdência**

Existe previdência pois o associado paga contribuições sem ter quaisquer certezas quanto à ocorrência do risco (ocorrência de uma doença). Quando o risco se manifesta, a mutualidade permite ao associado fazer face às despesas. Ao pagar hoje as suas contribuições, o membro da mutualidade garante a possibilidade de aceder aos cuidados de saúde de que venha a precisar no futuro.

**Solidariedade**

A solidariedade é exprimida através das modalidades de cálculo das contribuições. Cada associado paga uma contribuição que é independente do seu risco pessoal de vir a ficar doente. Trata-se de uma solidariedade entre doentes e pessoas saudáveis, assim como entre os jovens e os idosos. Uma vez que as contribuições são proporcionais aos meios financeiros dos membros, a solidariedade funciona também entre ricos e pobres.

Questão 2) Que definição faria de uma mutualidade de saúde?

Uma mutualidade de saúde é uma organização mutualista constituída para assegurar aos seus membros, e geralmente à respectiva família, uma cobertura dos riscos de saúde e, de forma mais generalizada, o acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Pegando na definição de mutualidade apresentada anteriormente, é também possível definir uma mutualidade de saúde da seguinte forma:

Uma mutualidade de saúde é uma associação voluntária de pessoas, com fins não lucrativos, cuja base de funcionamento é a solidariedade entre todos os seus membros. Graças às contribuições dos membros, e com base nas suas decisões, a mutualidade organiza acções de previdência, de entreaajuda e de solidariedade no domínio da saúde.

Uma mutualidade de saúde combina os dois princípios fundamentais do seguro e da solidariedade. Através dessa solidariedade, os membros de uma mutualidade de saúde exprimem a sua vontade de se encarregarem eles próprios dos seus problemas, através de uma assistência mútua. Os associados envolvem-se assim num processo de desenvolvimento individual e colectivo. Por isso, a mutualidade constitui um movimento social.

As contribuições concretizam o princípio de entreajuda e de solidariedade no seio da mutualidade: cada membro saudável aceita que a sua contribuição seja utilizada para cobrir as despesas dos outros membros doentes. Trata-se de uma partilha dos riscos entre os membros; da mesma forma, um indivíduo não pode beneficiar dos serviços da sua mutualidade de saúde se não tiver o pagamento das suas contribuições em dia.

Distribua o texto de apoio n.º 2 acerca da aplicação dos princípios de base da mutualidade numa mutualidade de saúde.

## **2 Os outros sistemas de cobertura das despesas de saúde**

### **f. Trabalho em plenário (0h20)**

Peça aos participantes para nomearem outras instituições ou sistemas de cobertura de despesas de saúde. Anote as respostas no quadro. Eventualmente, pode completar as respostas dos participantes com os elementos abaixo:

- seguro de saúde obrigatório (segurança social),
- seguros comerciais,
- caixas e mutualidades económicas e de crédito,
- cooperativas de saúde,
- planos de pré-pagamento

### **g. Trabalho de grupos n.º 3 (1h 00)**

Distribua o texto do trabalho de grupo n.º 3. Responda às eventuais perguntas de esclarecimento.

### **h. Síntese em plenário (0h 45)**

Faça a síntese dos resultados preenchendo, com os participantes, um quadro limpo semelhante ao apresentado no texto do trabalho de grupo n.º 3.

## **3. Encerramento do módulo**

### **i. Síntese em plenário (0h 15)**

Encerre o módulo relembrando os seus objectivos e os principais elementos de conteúdo abordados.

# **Suportes pedagógicos**

## **Trabalho de grupos n.º1**

### **Definição e princípios de base da mutualidade**

As organizações mutualistas realizam, em prol dos seus membros e da respectiva família, uma acção de previdência, de entreajuda e de solidariedade no campo dos riscos sociais.

1.

Que diferença estabelece entre a entreajuda e a solidariedade? Ilustre as suas respostas recorrendo a exemplos retirados das práticas tradicionais da sua localidade de origem ou de residência.

2.

Entre os elementos abaixo descritos, quais constituem os princípios de base da mutualidade?

- a) a solidariedade,
- b) a participação dos associados no capital,
- c) a autonomia e a liberdade,
- d) o desenvolvimento do indivíduo,
- e) o fim comercial (lógica de lucro),
- f) a divisão dos benefícios pelos membros,
- g) a responsabilidade na gestão e no comportamento dos membros,
- h) a dinâmica de um movimento social,
- i) o número de votos de cada membro nas assembleias gerais ser proporcional à sua contribuição financeira.

3.

Que outros princípios de base da mutualidade não foram referenciados anteriormente?

4.

Para si, qual seria a definição de "mutualidade"?

## **Esquema n.º 1**

### **Princípios de base da mutualidade**

Desenvolvimento individual  
Autonomia e liberdade      Responsabilidade  
Mutualidade  
Fins não lucrativos      Movimento social  
Participação democrática      Solidariedade

## **Texto de apoio n.º 1**

### **Definição e princípios de base da mutualidade**

#### **Definição da mutualidade**

A mutualidade designa o modo de organização, o sistema de pensamento e a filosofia de acção características das instituições mutualistas.

Uma instituição mutualista – ou mutualidade – é uma associação voluntária de pessoas (sendo, portanto, de livre adesão), com fins não lucrativos (cujo objectivo não é, portanto, o lucro) e cujo funcionamento se baseia na solidariedade entre os seus membros. Com base nas decisões dos membros e graças às contribuições destes, a mutualidade realiza, em prol dos seus membros, e da respectiva família, uma acção de previdência, de entreatuda e de solidariedade no campo dos riscos sociais. Neste sentido, uma mutualidade constitui um movimento social.

#### **Princípios de base da mutualidade**

##### ***Solidariedade entre os membros***

O princípio da solidariedade é realmente a base da mutualidade, que rejeita as discriminações financeiras e a selecção dos riscos. Numa mutualidade, as modalidades de fixação das contribuições – contribuição igual para todos ou proporcional aos meios financeiros dos membros (por exemplo, uma percentagem do seu salário) – não dependem do risco em que o associado incorre.

A solidariedade é um dos meios de implantação da justiça social; porém, não existe solidariedade sem responsabilidade, nomeadamente na utilização dos recursos.

Além disso, a solidariedade é um conceito dinâmico: a sua execução e os mecanismos para a sua concretização devem evoluir juntamente com a sociedade na qual a mutualidade se encontra inserida.

A solidariedade não se exprime apenas a nível financeiro. Pode igualmente manifestar-se através de um compromisso favorável em prol dos menos capacitados, dos deficientes, dos idosos, etc., ou seja, dos grupos de risco.

##### ***Funcionamento democrático e participativo***

A mutualidade é fruto da liberdade de associação; todos são livres de aderir a uma mutualidade, independentemente da sua raça, etnia, sexo, religião, condição social ou orientação política.

Todos os membros têm os mesmos direitos e obrigações. Têm, entre outros, o direito de participar, directa ou indirectamente, nas diferentes instâncias de decisão.

Esta democracia participativa é exprimida através das suas estruturas, que garantem aos membros a participação nas tomadas de decisão e a possibilidade de controlar o funcionamento da sua organização mutualista. Nas mutualidades de grandes dimensões, é necessário encontrar mecanismos de representação dos diferentes grupos que as compõem (geográficos, profissionais, etc.).

##### ***Autonomia e liberdade***

Uma mutualidade é uma organização livre que, por isso, deve poder tomar decisões sem requerer a aprovação das autoridades públicas. Esta rapidez de acção é vantajosa para os seus membros, pois permite adaptar os serviços oferecidos às suas necessidades, que estão em constante evolução. É este direito à iniciativa que permite a criatividade na definição dos

objectivos e a eficácia na utilização dos meios. Este direito não pode ser exercido sem a responsabilização dos membros da mutualidade.

No entanto, isto não significa que a mutualidade não deva estar sujeita às leis e regulamentos como os que regem o registo, a contabilidade, a auditoria, o controlo, etc. Em alguns países africanos, existe já um código da mutualidade. É o caso do que acontece no Mali, por exemplo, desde finais de 1995. Noutros países, as mutualidades estão registadas como associações, ou ainda como grupos de cooperação, por falta de uma legislação específica. Para colmatar este vazio legislativo, estão já em preparação projectos de Lei em diversos países do continente africano.

A independência e a autonomia significam que não deve haver ingerência na gestão de uma mutualidade e no processo interno de tomada de decisões.

Uma mutualidade não deve ser autónoma apenas em relação ao Estado, mas também em relação a partidos políticos ou a grupos de pressão que, por vezes, defendem interesses diferentes dos seus.

### ***Desenvolvimento pessoal***

O respeito pela dignidade humana em todas as suas dimensões, independentemente do sexo, da raça, da etnia e da origem social é outro dos princípios de base das mutualidades. Reconhecendo a originalidade individual, a procura do desenvolvimento pessoal deve conduzir a uma maior autonomia e responsabilização em relação à própria pessoa e aos outros.

### ***Fins não lucrativos***

Uma organização mutualista que, por vocação, tem por objectivo dedicar a sua actividade ao serviço dos seus membros, não pode ter por objectivo o lucro. Qualquer procura de obtenção de lucro é incompatível com a sua natureza. No entanto, isto não significa que a cobertura dos custos de funcionamento não seja totalmente imperativa. As considerações económicas e os princípios de boa gestão não podem ser ignorados, pois contribuem para a obtenção do bem-estar colectivo.

Um valor superior das receitas em relação às despesas, depois da constituição de uma reserva razoável, permite melhorar os serviços existentes, responder a outras necessidades dos membros ou, eventualmente, reduzir o montante das contribuições. Estes excedentes não devem ser distribuídos aos membros sob a forma de dividendos ou de mais-valias, por exemplo.

### ***Responsabilidade***

A solidariedade, a democracia participativa e até mesmo o desenvolvimento pessoal implicam sempre que a mutualidade e os seus membros tenham um comportamento responsável.

Todos os outros princípios da mutualidade não terão qualquer valor caso a gestão de uma organização mutualista não seja rigorosa ou caso os membros não se comportem de forma responsável em relação à sua saúde e à dos outros na utilização dos recursos da mutualidade ou nas decisões por eles tomadas.

### ***Dinâmica de um movimento social***

Por tudo o que foi dito, decorre que os membros das mutualidades não são «consumistas» passivos, mas sim pessoas envolvidas num processo de desenvolvimento individual e colectivo. São membros de um movimento social, ou seja, de um grupo de pessoas que têm como objectivo a defesa do bem-estar comum e dos interesses colectivos.

Este movimento social pode fazer parte de um conjunto mais vasto, do qual um sindicato, um movimento feminino, um movimento de jovens ou de idosos, por exemplo, seriam os outros

intervenientes. A mutualidade tem interesse em colaborar com outras organizações, de forma a alcançar os seus objectivos.

## **Trabalho de grupos n.º 2**

### **Definição e modo de funcionamento de uma mutualidade de saúde**

Numa mutualidade de saúde, cada membro paga as suas contribuições, com uma periodicidade variável e independentemente do seu risco pessoal de doença. Como contrapartida das suas contribuições, a mutualidade garante aos seus membros o pagamento (ou o reembolso) da totalidade ou de uma parte do custo dos cuidados de saúde recebidos. Os cuidados de saúde são feitos por prestadores de cuidados de saúde, com quem a mutualidade realizou acordos relativamente às tarifas e à qualidade dos cuidados a prestar, entre outros factores, ou por instituições que pertencem à mutualidade de saúde.

Responda às seguintes questões e anote as respostas no quadro.

1.

Com base na descrição acima fornecida, explique de que forma o funcionamento de uma mutualidade de saúde apela às noções de previdência e de solidariedade.

2.

Para si, qual seria a definição de "mutualidade"?

## **Texto de apoio n.º 2**

### **Aplicação dos princípios de base da mutualidade numa mutualidade de saúde**

#### **Solidariedade entre os aderentes**

A adesão a uma mutualidade de saúde não é obrigatória nem está condicionada pelo estado de saúde dos futuros membros. Na prática, as pessoas que apresentem mais riscos de doença têm um maior interesse em aderir do que as outras. Isto pode provocar um desequilíbrio financeiro que pode pôr em risco a viabilidade da mutualidade. Para evitar este problema, as mutualidades viram-se obrigadas a aplicar determinadas técnicas : imposição de um período de observação (os membros não têm direito a usufruir dos serviços da mutualidade nos primeiros meses de adesão), possibilidade de adesão limitada a um período determinado do ano, obrigação de segurar todos os membros da família, etc.

#### **Funcionamento democrático e participativo**

Uma via democrática não se constrói apenas através de regulamentos. Consequentemente, o funcionamento de uma mutualidade de saúde só será verdadeiramente democrático caso os seus membros assumam as suas responsabilidades nas diferentes instâncias, tendo plena consciência do que está envolvido. A mutualidade deve portanto certificar-se de que proporciona uma formação adequada, bem como informações claras, completas e facilmente compreensíveis. Caso contrário, a gestão não será transparente e os membros não poderão exercer plenamente os seus direitos.

#### **Autonomia e liberdade**

Uma mutualidade de saúde é uma estrutura privada e independente dos poderes públicos, das organizações religiosas e dos prestadores de cuidados de saúde. As convenções aprovadas com estes últimos não implicam a sua associação ao funcionamento da mutualidade.

Em troca dessa autonomia, a mutualidade tem necessidade de garantir a sua viabilidade e um equilíbrio financeiro constante entre as contribuições e as despesas, sem necessidade de recorrer constantemente a subsídios.

#### **Desenvolvimento individual**

A adesão a uma mutualidade de saúde não é um simples acto individual. Essa adesão resulta da vontade de associação com outras pessoas e de respeito pelos direitos e obrigações de cada pessoa. Trata-se de um acto de responsabilidade relativamente à sua própria saúde e à saúde dos outros.

É nesse espírito que as mutualidades proporcionam aos seus membros não apenas formação, mas também programas de educação para a saúde, encorajando igualmente um empenhamento social para com os doentes e os mais desfavorecidos.

#### **Fins não lucrativos**

Como qualquer outra organização mutualista, uma mutualidade de saúde não tem como objectivo o lucro nem a distribuição de uma parte dos seus resultados pelos associados. No entanto, a mutualidade é obrigada a equilibrar as suas contas e a realizar excedentes, que serão utilizados para constituir reserva financeira, com o objectivo de se precaver contra um aumento imprevisto do número de doentes (epidemias, etc.). Uma parte destes excedentes pode igualmente ser utilizada para permitir a oferta de novos serviços.

**Responsabilidade**

As actividades de uma mutualidade de saúde são exercidas sem a procura permanente de uma responsabilização dos membros em relação à sua própria saúde e de um rigor de funcionamento que permita garantir o respeito dos compromissos para com os beneficiários e para com terceiros.

**Dinâmica de um movimento social**

Ao contrário dos contratantes de um seguro comercial, os membros de uma mutualidade de saúde não são “membros de pleno direito”. Os membros de uma mutualidade envolveram-se voluntariamente num processo de desenvolvimento individual e colectivo.

Uma mutualidade de saúde baseia-se na dinâmica local de entreajuda, de solidariedade e de desenvolvimento. É por isso que as mutualidades de saúde podem apresentar uma diversidade significativa em termos de organização e de funcionamento. No entanto, todas estas associações se debruçam sobre um mesmo objectivo, podendo ainda associar-se, no seio de uma região, de um país, etc., com o fim de reforçar a defesa dos interesses dos seus membros.

As mutualidades de saúde poderiam assim desempenhar um papel importante em termos de co-gestão das estruturas públicas de saúde, no quadro da iniciativa de Bamako, e em termos da definição da política de saúde local e nacional..

### **Trabalho de grupos n.º 3**

#### **As semelhanças e as diferenças entre as mutualidades de saúde e os outros sistemas de cobertura das despesas de saúde**

Complete as colunas do quadro abaixo utilizando a lista das outras organizações ou sistemas de cobertura das despesas de saúde abordados em plenário. Em seguida, preencha o quadro. Se a organização ou o sistema satisfizerem o princípio enunciado, coloque uma cruz na casa correspondente; caso contrário, deixe-a em branco.

	Mutualidades de saúde			
Livre adesão				
Participação dos membros na gestão				
Pagamento regular de contribuições				
Participação dos membros no capital social				
Distribuição dos benefícios				
Fim não lucrativo				
Contribuição dos membros ligada ao risco pessoal				
Movimento de solidariedade entre os membros				
Movimento social autónomo				

### Correcção do trabalho de grupos n.º 3

#### As semelhanças e as diferenças entre as mutualidades de saúde e os outros sistemas de cobertura das despesas de saúde

	Mutualidades de saúde	Seguro de saúde obrigatório	Seguros comerciais	Cooperativas de saúde
Livre adesão	X		X	X
Participação dos membros na gestão	X			X
Pagamento regular de contribuições	X	X	X	
Participação dos membros no capital social				X
Distribuição dos benefícios				X
Fim não lucrativo	X			(X) <sup>1</sup>
Contribuição dos membros ligada ao risco pessoal			X	
Movimento de solidariedade entre os membros	X			X
Movimento social autónomo	X			X

<sup>1</sup> Variável consoante as legislações aplicadas nos países

Conjunto de módulos de formação n.º 1 :  
**Características das mutualidades de saúde**

## MÓDULO 3

**A organização  
interna  
e a federação  
das mutualidades  
de saúde**

## Sumário

Módulo 3 :

### A organização interna e a federação das mutualidades de saúde

	<b>Página</b>
<b>Desenvolvimento da formação</b>	
1. Os órgãos de uma mutualidade de saúde	75
2. As funções e competências dos órgãos de uma mutualidade de saúde	77
3. A divisão das responsabilidades no seio do comité executivo	79
4. A estruturação e a federação das mutualidades de saúde	80
5. Encerramento do módulo	82
<b>Suportes pedagógicos</b>	
Esquema n.º 1 :	
Organigrama tipo de uma mutualidade de saúde	85
Texto do trabalho individual n.º 1 :	
A divisão das competências no seio de uma mutualidade de saúde	87
Correcção do trabalho individual n.º 1 :	
A divisão das competências no seio de uma mutualidade de saúde	89
Texto de apoio n.º 1 :	
As competências dos órgãos de uma mutualidade de saúde	91
Texto de apoio n.º 2 :	
As funções dos membros do comité executivo da mutualidade de Djogo	93
Esquema n.º 2 :	
Estruturas de decisão de uma mutualidade de cobertura nacional	95
Texto do trabalho de grupos n.º 2 :	
Papel de uma união regional de mutualidades de saúde	97
Texto de apoio n.º 3 :	
Papel de uma união regional de mutualidades de saúde	99

### **3 A organização interna e a federação das mutualidades de saúde**

#### **Objectivos**

No final deste módulo, os participantes serão capazes :

- de citar os diferentes órgãos de uma mutualidade de saúde ;
- de descrever as suas competências e responsabilidades ;
- de explicar os motivos que levam as mutualidades a formar uniões a nível regional ou nacional.

#### **Grupos-alvo**

- Promotores das mutualidades de saúde
- Membros das mutualidades de saúde
- Gestores das mutualidades de saúde

#### **Pré-requisitos**

Módulo “Fundamentos e especificidades das mutualidades de saúde”

#### **Duração**

5h 35

#### **Conteúdo**

- Natureza, funções e competências dos órgãos de uma mutualidade de saúde
- Estruturação e federação das mutualidades de saúde

#### **Métodos**

- Exposição
- Plenário (trabalho e síntese)
- Trabalho de grupo
- Trabalho individual

#### **Apoios materiais**

- *Métoplan*
- Quadro negro
- Quadro de papel
- Retroprojector

#### **Suportes pedagógicos**

- Esquemas
- Textos de apoio
- Texto de trabalho de grupos
- Texto de trabalho individual

# 1 Os órgãos de uma mutualidade de saúde

## a. Exposição (0h 15)

Recorde os princípios fundamentais da mutualidade inspirando-se no texto seguinte :

A mutualidade é fruto da liberdade de associação e adesão. Todos são livres de aderir a uma mutualidade, independentemente da sua raça, etnia, sexo, religião, condição social ou orientação política.

Todos os membros têm os mesmos direitos e obrigações. Têm, entre outros, o direito de participar, directa ou indirectamente, nas diferentes instâncias de decisão, na gestão e no controlo do funcionamento da sua mutualidade. Para garantir este direito, são instituídos órgãos específicos no seio das mutualidades.

Numa mutualidade de grandes dimensões, estabelecem-se mecanismos de representação dos diferentes grupos (geográficos, profissionais, etc.) de forma a permitir a participação dos membros sem que esta se torne demasiado dispendiosa ou prejudicial à actividade.

O funcionamento de uma mutualidade só será verdadeiramente democrático caso os seus membros possam exercer plenamente os seus direitos. Os regulamentos não são suficientes para garantir este factor ; os membros devem igualmente dispor de uma formação adequada, bem como informações claras, completas e facilmente compreensíveis.

## b. Trabalho em plenário (0h 15)

Depois de ter recordado que o funcionamento de qualquer organização requer a implantação de instâncias de decisão, de execução e de controlo, peça aos participantes para citarem os diferentes órgãos de uma mutualidade de saúde.

Registe as respostas num quadro de papel e, se necessário, complete-as :

- Assembleia geral (AG),
- Conselho de administração (CA),
- Comité (ou comissão) executivo (CE),
- Comité (ou comissão) de supervisão (CS).

Refira que o modelo de organização pode variar de mutualidade para mutualidade. Alguns aspectos da organização continuam a ser estabelecidos pela Lei, sendo portanto fixados pelo quadro legislativo do país em questão. Na ausência de uma legislação específica para as mutualidades, aplica-se normalmente a Lei relativa às associações ou às cooperativas.

# 2 As funções e competências dos órgãos de uma mutualidade de saúde

## c. Trabalho em plenário (0h 30)

Escreva as palavras-chave que se seguem no quadro de papel :

- órgãos,
- funções,
- competências,

- responsabilidades.

Peça as participantes para, numa frase, descreverem a função de cada um dos órgãos de uma mutualidade.

- |      |   |   |
|------|---|---|
| • AG | = | definição da política geral em conformidade com os estatutos ;                    |
| • CA | = | aplicação da política geral definida pela AG (orientações) ;                      |
| • CE | = | execução das decisões do CA e tomada de decisões na gestão quotidiana ;           |
| • CS | = | controlo da gestão e do respeito dos processos contabilísticos e administrativos. |

Para sintetizar, distribua o organigrama-tipo de uma mutualidade (esquema n.º 1) e comente-o.

**d. Trabalho individual (0h 30)**

Distribua o texto do trabalho individual n.º 1 acerca da repartição das competências no seio de uma mutualidade de saúde. Explique o objectivo do exercício : atribuir a cada órgão as respectivas competências.

Enquanto os participantes completam o exercício, prepare no quadro de papel uma grelha semelhante à que os participantes preencheram no trabalho individual n.º 1.

**e. Síntese em plenário (0h 30)**

Preencha a grelha em conjunto com os participantes. Distribua a correcção e o texto de apoio n.º 1 acerca das competências dos órgãos de uma mutualidade de saúde.

### 3 A distribuição das responsabilidades no comité executivo

#### f. Trabalho de grupos n.º 1 (1h 30)

Forme grupos de 3 elementos e peça a cada um deles que eleja no seu grupo :

- um presidente,
- um secretário-geral,
- um tesoureiro.

Tendo por base o texto de apoio n.º 1 (as competências dos órgãos de uma mutualidade de saúde), cada responsável redige individualmente o seu próprio caderno de encargos. A exploração comum desses diversos cadernos de encargos irá permitir, em seguida, a harmonização dos diversos pontos de vista dentro de cada grupo. Não irá haver plenário, mas sim a discussão do exemplo da mutualidade de Djogo (texto de apoio n.º 2).

### 4 A estruturação e a federação das mutualidades de saúde

#### g. Exposição (0h 20)

Tendo por base os elementos abaixo referidos, faça uma exposição acerca da estruturação interna das mutualidades, ilustrando a exposição, se possível, com exemplos concretos observados nas localidades de origem ou de residência dos participantes. Em seguida, projecte e comente o esquema acerca das estruturas de decisão de uma mutualidade de dimensão nacional.

Consoante a sua dimensão e a sua zona de actividade, uma mutualidade pode encontrar-se estruturada em diversos níveis (ou escalões).

Uma mutualidade localizada numa aldeia ou num bairro terá a sua assembleia, na qual todos os associados poderão participar de forma a participarem efectivamente na vida da associação mutualista. Essa assembleia, devido à proximidade geográfica da residência dos associados, terá frequentemente a possibilidade de se reunir de forma regular e diversas vezes por ano, de forma a acompanhar o desenvolvimento da mutualidade.

Se a organização mutualista se estender ao longo de todo um distrito, ou de parte dele, onde existam diversas aldeias ou bairros, a mutualidade poderá ser estruturada em secções locais, que representam diferentes entidades, dependendo do caso: aldeias, colinas, bairros, etc. Cada uma dessas secções deverá estar representada nos órgãos superiores da mutualidade, para que possa tomar parte nas decisões importantes.

Caso a mutualidade cubra diversos distritos, cada um deles será representado por membros do seu conselho de administração a nível superior (esquema igual à passagem do nível local ou do nível distrital).

Caso a mutualidade tenha um raio de acção nacional, será designada por mutualidade nacional, e terá representações abrangendo diversos distritos, muitas vezes denominadas de delegações.

A extensão geográfica da mutualidade apresenta vantagens: divisão dos riscos por um maior número de pessoas, economias de escala ao nível administrativo, etc. No entanto, também pode comportar riscos para o funcionamento democrático interno.

Com efeito, poderia resultar daqui para os membros das secções locais uma exclusão das instâncias de decisão. Para que a mutualidade permaneça democrática e garanta a todos os seus membros a possibilidade de fazer valer os seus pontos de vista, estes devem ser representados, a nível superior, por membros do conselho de administração das secções locais. Estes elementos serão membros da assembleia geral a esse nível que, por sua vez, irá eleger o seu próprio conselho de administração, pois não se poderá reunir regularmente diversas vezes por ano.

A estrutura é portanto piramidal, baseando-se numa eleição de representantes em cada um dos níveis.

Uma mutualidade pode ter vários elos de ligação com mutualidades de outros países. A mutualidade pode fazer parte de uma confederação de mutualidades de diversos países e até pertencer a grandes redes continentais.

**h. Trabalho de grupos n.º 2 (1h 00)**

Distribua o texto do trabalho de grupo n.º 2, peça para o lerem e responda aos eventuais pedidos de esclarecimento.

**i. Síntese em plenário (0h 30)**

Eleja um grupo de trabalho ao acaso. Este grupo irá apresentar os seus resultados aos outros participantes, que irão discuti-los.

Complete essa apresentação com a ajuda do texto de apoio n.º 3, que irá distribuir seguidamente.

**5 Encerramento do módulo**

**j. Síntese em plenário (0h 15)**

Encerre este módulo pedindo a alguns participantes para recapitularem os principais temas abordados.

# **Suportes pedagógicos**

Esquema n.º 1

**Organograma-tipo de uma mutualidade de saúde**

**FUNÇÕES**

Política geral

Controlo

Gestão

Execução

**ÓRGÃOS DE UMA MUTUALIDADE**

Assembleia geral

Comité de supervisão

Conselho de administração

Comité executivo

## Trabalho individual n.º 1

### A repartição das competências no seio de uma mutualidade de saúde

Atribua a cada órgão uma das competências abaixo descritas, colocando uma cruz na coluna certa :

Órgãos / Competências	AG	CA	CE	CS
1. Aprova e modifica os estatutos				
2. Controla a exactidão da contabilidade e a regularidade das operações financeiras				
3. Fixa o montante das contribuições e de todas as contribuições especiais				
4. Decide a admissão e a exclusão dos membros da mutualidade de saúde				
5. Garante o respeito pelo regulamento interno da mutualidade de saúde				
6. Coordena o trabalho dos diversos comités				
7. Ocupa-se da administração quotidiana da mutualidade de saúde				

8. Gere o bens e os fundos da mutualidade de saúde				
9. Estabelece as contas anuais e o orçamento para o ano seguinte				

AG : Assembleia geral  
CA : Conselho de administração  
CE : Comité executivo  
CS : Comité de supervisão

## Correcção do trabalho individual n.º 1

### A repartição das competências no seio de uma mutualidade de saúde

Órgãos / Competências	AG	CA	CE	CS
1. Aprova e modifica os estatutos	X			
2. Controla a exactidão da contabilidade e a regularidade das operações financeiras				X
3. Fixa o montante das contribuições e de todas as contribuições especiais	X			
4. Decide a admissão e a exclusão dos membros da mutualidade de saúde	X			
5. Garante o respeito pelo regulamento interno da mutualidade de saúde				X
6. Coordena o trabalho dos diversos comités		X		
7. Ocupa-se da administração quotidiana da mutualidade de saúde			X	

8. Gere o bens e os fundos da mutualidade de saúde			X	
9. Estabelece as contas anuais e o orçamento para o ano seguinte		X		

## **Texto de apoio n.º 1**

### **As competências dos órgãos de uma mutualidade de saúde**

#### **Principais competências da assembleia geral**

A assembleia geral tem as seguintes funções:

- Definir a missão da mutualidade e formular a sua política geral;
- Aprovar e modificar os estatutos;
- Examinar e aprovar os registos de actividades dos diversos órgãos, incluindo o comité de supervisão;
- Examinar e aprovar as contas anuais e o orçamento;
- Fixar o montante das contribuições e de qualquer contribuição especial;
- Eleger os membros do conselho de administração;
- Eleger os membros do comité de vigilância;
- Decidir as novas orientações da mutualidade;
- Decidir a fusão com uma outra mutualidade ou a dissolução da mutualidade;
- Decidir a admissão ou a exclusão dos membros da mutualidade de saúde (nas mutualidades de pequenas dimensões ou nas mutualidades de contribuição anual) ;
- Decidir sobre todas as outras matérias previstas pelos estatutos.

#### **Competências do conselho de administração**

O conselho de administração deve:

- Velar pelo respeito dos estatutos com vista a alcançar os objectivos da mutualidade;
- Propor a admissão ou a exclusão dos membros e aplicar, quando necessário, as sanções disciplinares previstas;
- Nomear os membros responsáveis do executivo (comité executivo) ;
- Estabelecer as contas anuais e o orçamento para o exercício seguinte;
- Coordenar o trabalho dos diversos comités;
- Estabelecer anualmente o relatório de actividades do conjunto da mutualidade;
- Representar a mutualidade nas suas relações com os terceiros e estabelecer relações com outras associações, mais especialmente com os outros movimentos sociais, igualmente baseados na solidariedade;
- Assinar os acordos e convenções, nomeadamente com os prestadores de cuidados de saúde;
- Fixar a remuneração do pessoal;
- Contratar o director ou o gerente (caso seja assalariado e não eleito) ;
- Realizar todas as outras missões que lhe são conferidas pelos estatutos ou confiadas pela assembleia geral.

#### **Competências do comité executivo**

O comité executivo tem as seguintes funções:

- Ocupar-se da administração quotidiana da mutualidade;
- Preparar o orçamento para o conselho de administração e, uma vez feita a aprovação, velar pela sua boa execução;
- Apresentar as contas anuais e a execução do orçamento ao conselho de administração;

- Fazer todas as propostas úteis ao conselho de administração para uma melhor realização dos objectivos da mutualidade;
- Negociar convenções e acordos depois de os ter submetido ao conselho de administração;
- Gerir os bens e os fundos da mutualidade;
- Contratar e supervisionar o pessoal (à excepção do director ou do gerente) ;
- Assegurar a ligação entre os associados e a administração;
- Negociar com os prestadores de cuidados de saúde e defender os interesses dos associados em matéria de saúde em relação ao exterior;
- Exercer todas as funções que lhe são atribuídas pelos estatutos e que lhe são delegadas pelo conselho de administração e pela assembleia geral.

### **Competências do comité de supervisão**

O comité de supervisão deve:

- Assegurar-se de que os actos dos órgãos da mutualidade estão em conformidade com os estatutos e com o regulamento interno e não são contrários às leis e regulamentos em vigor no país;
- Controlar a exactidão da contabilidade e a regularidade das operações financeiras;
- Controlar a execução das decisões da assembleia geral;
- Chamar a atenção dos órgãos responsáveis para as irregularidades que tenham sido cometidas e propor medidas ou novos procedimentos de forma a evitar a sua repetição;
- Assegurar o respeito pelo regulamento interno da mutualidade;
- Recolher as queixas dos associados relativamente aos serviços proporcionados e comunicá-las ao órgão ou à pessoa competente para as resolver;
- Convocar a pessoa ou o órgão competente para realizar uma tarefa incumprida ou mal cumprida e exigir a aplicação dos processos necessários;
- Examinar e controlar as condições de elegibilidade dos membros que participam na assembleia geral;
- Exercer todas as funções que lhe são atribuídas pelos estatutos e pelo regulamento interno.

**Texto de apoio n.º 2**

**As funções dos membros do comité executivo da mutualidade de Djogo**

<b>Título</b>	<b>Funções ou papéis</b>
<b>Presidente</b>	√ coordena as actividades da mutualidade √ preside à reunião do comité √ dirige a equipa de efectivos √ ordena as despesas √ estabelece a ordem de trabalhos das reuniões √ garante a provisão dos cheques
<b>Secretário geral</b>	√ dirige a administração da mutualidade √ propõe a ordem de trabalhos e redige os relatórios das reuniões √ trata da correspondência da mutualidade √ conserva a documentação
<b>Secretário geral adjunto</b>	√ é assessor do secretário geral nas suas funções
<b>Tesoureiro</b>	√ gere os fundos da mutualidade √ trata dos aspectos referentes à contabilidade √ redige os relatórios financeiros √ ocupa-se das cobranças √ executa as despesas e garante a provisão dos cheques √ assegura o respeito dos orçamentos
<b>Tesoureiro adjunto</b>	√ é assessor do tesoureiro nas suas funções

## **Esquema n.º 2**

### **Estruturas de decisão de uma mutualidade de cobertura nacional**

Nível 3 Assembleia geral nacional Representantes dos conselhos de administração do nível 2	Conselho de administração nacional
Nível 2 Assembleia geral distrital Representantes dos conselhos de administração do nível 1	Conselho de administração distrital
Nível 1 Assembleia geral local Conjunto dos membros do nível local	Conselho de administração local

## **Trabalho de grupos n.º 2**

### **Papel de uma união regional de mutualidades de saúde**

Numa determinada região, de mais de 100 000 habitantes, existe um número significativo de mutualidades de saúde. Algumas têm já vários anos de existência; outras, estão apenas agora a iniciar as suas actividades, e uma grande maioria está ainda em processo de constituição. Este conjunto de mutualidades é pouco homogénea:

- O número dos seus associados varia entre os mais de 10 000 e algumas dezenas.
- As suas actividades e contribuições (seguro, planos poupança-saúde, etc.) são tão diversas como os níveis de cobertura de riscos.
- Os públicos-alvo destas mutualidades, assim como os prestadores de cuidados de saúde (públicos e privados) a que estão ligadas são diferentes.

Durante um encontro onde se debateu a política de saúde regional, organizado pela Direcção Regional de Saúde e pelos organismos de cooperação, diversos responsáveis trocaram experiências entre si.

No fim, concluiu-se que, apesar das suas diferenças, estas mutualidades têm dificuldades comuns, que se apresentam de seguida:

- A quase totalidade das mutualidades não dispõe de responsáveis suficientemente competentes, nomeadamente a nível de gestão. Não realizam avaliação nem previsão das suas actividades. Efectuam uma gestão apenas com base no dia-a-dia. Muitas delas sentem dificuldade em recuperar quantias significativas de contribuições em atraso dos seus membros.
- As tarefas ligadas à gestão e à administração das mutualidades representam uma massa laborial significativa e um pesado esforço, que deve ser garantido por responsáveis que são, em parte, voluntários. Por falta de meios financeiros, as mutualidades não podem contratar gestores assalariados.
- Várias mutualidades conheceram dificuldades que, por vezes, provocaram a suspensão das suas actividades. Uma epidemia de cólera, que afectou uma parte da região, por exemplo, provocou a falência de cinco mutualidades.
- As relações com os prestadores de cuidados de saúde são por vezes difíceis. Muito poucas mutualidades estabeleceram convenções com os centros de saúde e os hospitais. Alguns prestadores de cuidados de saúde interromperam a sua colaboração no decorrer da sua actividade; outros, recusam-se a trabalhar com as mutualidades, por falta de confiança.

Perante esta constatação, um dos participantes reparou que, se todas as mutualidades se vêem confrontadas com dificuldades semelhantes, seria talvez interessante que todas se unissem de forma a encontrarem soluções comuns.

### **Trabalho de grupos:**

Após este primeiro encontro, os responsáveis das mutualidades decidiram reunir-se com o objectivo de estudar um projecto de união regional de mutualidades de saúde que poderia ser submetido aos seus membros e discutido com os intervenientes locais (ONG e agências de cooperação, Direcção Regional de Saúde, prestadores de cuidados de saúde, etc.).

É-vos pedido que se coloquem no lugar desses responsáveis e que criem um primeiro esboço dessa união, determinando quais poderiam ser:

- a organização da união,
- as suas actividades e serviços em prol das mutualidades,
- os seus recursos técnicos e humanos,
- as suas modalidades de financiamento.

### **Texto de apoio n.º 3**

#### **Papel de uma união regional de mutualidades de saúde**

Uma união regional é uma associação de mutualidades locais que disponibiliza para uso comum uma parte dos seus meios com o objectivo de se dotar de um conjunto de serviços. Podem, por exemplo, criar:

- serviços de apoio e aconselhamento: um dos principais papéis de uma união é o de levar até às mutualidades membros de um conjunto de competências de que não podem dispor individualmente. Essencialmente, irá tratar-se de um apoio em matéria de:
  - gestão: acompanhamento das contas, identificação das situações de crise financeira e procura de soluções, etc. ;
  - acompanhamento de avaliação: elaboração de relatórios de actividade, comparação entre mutualidades, etc. ;
  - formação;
- serviços financeiros: pode ser instituído um fundo de garantia financiado por contribuições dos membros das mutualidades (proporcionais ao seu nível de actividade) e eventualmente completado por subsídios externos. Uma mutualidade que se encontre em situação de crise financeira pode recorrer a esse fundo, respeitando determinadas condições, com o objectivo de manter os seus compromissos para com os seus associados ou para com os seus prestadores de cuidados de saúde. Uma união pode igualmente instituir um mecanismo de resseguro;
- serviços de representação: esta representação pode ser assegurada junto de diversos interlocutores, como:
  - os prestadores de cuidados de saúde: a união pode ajudar as mutualidades nas suas negociações e na elaboração de convenções. É de salientar que a existência de uma união deste tipo é, para esses prestadores de cuidados de saúde, um sinal de bom funcionamento das mutualidades;
  - as autoridades sanitárias e outras;

- serviços de promoção da mutualidade: a união pode proporcionar apoio às associações e a outros grupos que desejem criar uma mutualidade.

Para colocar em prática estes serviços, a união deve munir-se de pessoal competente e dispor de meios materiais suficientes (locais, meios de transporte, material informático, etc.). Em África, onde as mutualidades são ainda recentes e onde o número de associados é reduzido, o financiamento com base em fundos próprios das mutualidades é uma situação ainda pouco comum. Uma união deve, portanto, poder contar com um financiamento externo, tendo o cuidado de manter a sua autonomia.

O papel de uma federação nacional baseia-se mais na coordenação das actividades, na formação, na educação e na promoção mutualista. No entanto, uma federação pode executar ou promover a criação de serviços de apoio às mutualidades. Pode ainda ter um papel importante na defesa dos interesses da mutualidade aquando da formulação ou da revisão dos contextos legislativos e das políticas.

Conjunto de módulos de formação n.º 1 :

**Características das mutualidades de saúde**

## **MÓDULO 4**

**A adesão a uma mutualidade de saúde**

## Sumário

### Módulo 4 :

#### A adesão a uma mutualidade de saúde

<b>Desenvolvimento da formação</b>		<b>Página</b>
<b>1.</b>	<b>Os beneficiários de uma mutualidade de saúde</b>	<b>107</b>
1.1	O associado	107
1.2	As pessoas a cargo	108
<b>2.</b>	<b>As modalidades de adesão</b>	<b>110</b>
2.1	O direito de adesão	110
2.2	A contribuição	111
2.3	O cartão de membro	113
2.4	O registo dos membros	114
2.5	As categorias de pessoas cuja adesão coloca algumas dificuldades	115
<b>3.</b>	<b>As condições de acesso aos serviços de uma modalidade de saúde</b>	<b>117</b>
3.1	O respeito por um período de observação	117
3.2	As outras condições de acesso aos serviços	118
<b>4.</b>	<b>Encerramento do módulo</b>	<b>118</b>
<b>Suportes pedagógicos</b>		
Texto de apoio n.º 1 : Os beneficiários dos serviços de uma mutualidade de saúde		121
Texto de apoio n.º 2 : As modalidades de adesão a uma mutualidade de saúde		123
Texto de apoio n.º 3 : As condições de acesso aos serviços de uma mutualidade de saúde		125

## 4 A adesão a uma mutualidade de saúde

### Objectivos

No final deste módulo, os participantes serão capazes:

- de definir as noções de associado e de pessoa a cargo;
- de descrever as modalidades de adesão a uma mutualidade de saúde;
- de apresentar as condições de acesso aos serviços de uma mutualidade de saúde.

## **Grupos-alvo**

- Promotores das mutualidades de saúde
- Membros das mutualidades de saúde
- Gestores das mutualidades de saúde

## **Pré-requisitos**

Módulo “Fundamentos e especificidades das mutualidades de saúde ”

## **Duração**

6h 55

## **Conteúdo**

- Os beneficiários de uma mutualidade de saúde
- As modalidades de adesão
- As condições de acesso aos serviços de uma mutualidade de saúde

## **Métodos**

- *Brainstorming*
- Exposição
- Encenação
- Plenário (trabalho e síntese)

## **Suportes materiais**

- Méta-plan
- Quadro preto
- Quadro de papel

## **Suportes pedagógicos**

- Textos de apoio

# 1 Os beneficiários de uma mutualidade de saúde

## 1 O associado

### a. Trabalho em plenário (0h 30)

Peça aos participantes que definam o que é um associado e o que é uma pessoa a cargo. Registe as respostas no quadro de papel. Faça um resumo e, quando necessário, complete as respostas com os seguintes elementos:

A pessoa que adere à mutualidade de saúde, ou seja, aquela que paga os direitos de adesão, que se compromete a respeitar os textos que regulamentam o seu funcionamento (direitos e obrigações) e a pagar as contribuições tem o nome de “associado” ou “aderente”. Pode ainda ser denominada de “titular”. O aderente pode abrir o direito aos serviços da mutualidade de saúde a um determinado número de pessoas que dependam directamente dele, denominadas “pessoas a cargo” ou “beneficiários”.

A partir desta definição, peça aos participantes que precisem quais os requisitos que é necessário preencher para aderir a uma mutualidade de saúde. Se necessário, complete as respostas com a ajuda do seguinte texto:

Em princípio, qualquer pessoa que tenha a idade mínima requerida, determinada de acordo com os hábitos e as condições do país ou da região, sem qualquer discriminação em termos de estado de saúde, sexo, raça, etnia, religião, orientação filosófica ou política pode aderir a uma mutualidade de saúde, na condição de se comprometer a respeitar os estatutos e o regulamento interno e de pagar regularmente as suas contribuições.

No entanto, sendo a mutualidade uma associação baseada na entreatajuda e na solidariedade, é natural que os associados, pelo menos numa fase inicial, se escolham entre si segundo os critérios de cooperação, ou seja, a partir de laços que os unam : habitantes de uma aldeia, de um bairro, trabalhadores de uma mesma empresa, membros de um movimento social ou profissional (sindicato, associação de mulheres, etc.).

## 1.2 As pessoas a cargo

### b. Encenação (1h 30)

O objectivo desta encenação é analisar os parâmetros de arbitragem na determinação das pessoas, membros da família dos associados, que podem ser consideradas como pessoas a cargo.

#### **Cenário:**

Um grupo que deseja instituir uma mutualidade discute as modalidades de cobertura das pessoas a cargo: família numerosas, doenças várias e diferentes situações económicas, poligamia, etc.

#### **Distribuição dos papéis:**

Forme os grupos que se seguem e explique a cada um, separadamente, qual o seu papel:

- Um grupo de três pessoas quer que seja abrangido o máximo de membros por família.
- Um grupo de três pessoas defende a redução máxima dos benefícios, com o objectivo de preservar a viabilidade da mutualidade. Para isso, evoca os problemas ligados à poligamia, à noção de parentesco alargada, as netos solteiros, a questão dos cônjuges que dispõem de rendimentos, etc.
- Uma outra pessoa, que possui experiência no domínio das mutualidades de saúde, chama a atenção de uns e de outros para as vantagens e desvantagens (lógica social, viabilidade financeira, etc.) das diferentes opções.
- Um agente de Saúde fornece as especificidades técnicas.
- Três observadores vão anotar os argumentos fornecidos pelos diversos actores de forma a propor uma solução para os problemas das pessoas a cargo, contrapondo-os assim no final da encenação.

### c. Síntese em plenário (1h 00)

Complete a opinião dos observadores recorrendo aos actores e aos outros participantes. Se necessário, complete a questão, insistindo nos seguintes elementos:

Geralmente, alguns membros da família do titular podem beneficiar dos serviços da mutualidade através do pagamento, ou não, de uma contribuição suplementar. Estão nesta situação:

- o cônjuge ;
- os filhos, até certa idade (se as crianças seguirem os estudos, esse limite de idade pode ser aumentado);
- os órfãos oficialmente acolhidos (crianças sob sua tutela);

É importante delimitar bem os critérios que definem a condição de pessoa a cargo. Trata-se de uma escolha muito delicada, que depende dos hábitos e da cultura locais e que irá ter implicações muito significativas em termos financeiros para a mutualidade.

Os membros da família não são considerados beneficiários, a menos que dependam de facto, financeiramente, do titular. A partir do momento em que o cônjuge ou um dos filhos comecem a trabalhar de forma independente ou se tornem assalariados, usufruindo assim de um rendimento, deixam de ser beneficiários e deverão inscrever-se como titulares.

Pode haver uma certa dificuldade de apreciação no que respeita aos jovens solteiros que permanecem em casa dos pais até uma certa idade. Neste caso, caberá à assembleia geral resolver o problema.

Em caso de poligamia, normalmente considera-se que o número de famílias equivale ao número de esposas. Assim, será feito um pagamento como para um titular individual com pessoas a cargo para cada esposa.

Quase diariamente também se coloca o difícil problema dos ascendentes. A sua filiação, como fazendo parte da família do titular, deve ser examinada com cuidado, pois trata-se de pessoas idosas, cujas necessidades de saúde são normalmente mais elevadas das que as da população média. O mais comum é que estas pessoas sejam consideradas como uma família à parte, devendo portanto pagar uma contribuição independente.

As modalidades de reembolso devem ser discutidas tendo em conta os contextos locais. É preciso analisar cuidadosamente a incidência de todas as opções sobre a viabilidade da mutualidade de saúde. Os abusos deverão ser travados pelo controlo social exercido pelos membros. No entanto, esse controlo é menor quando a dimensão da mutualidade é maior. Na medida do possível, as relações familiares que determinam a condição de pessoas a cargo deverão ser atestadas por documentos oficiais.

Distribua o texto de apoio n.º 1, a título de ilustração.

## **2. As modalidades de adesão**

### **2.1 O direito de adesão**

#### **d. Exposição (0h 20)**

Faça uma exposição acerca do direito de adesão inspirando-se no texto seguinte:

#### **Direitos de adesão**

Nos estatutos, a assembleia geral pode prever o pagamento de um direito de adesão aquando da inscrição de um associado. O montante desse direito pode ser modificado, periodicamente, por essa mesma assembleia.

O direito de adesão serve para cobrir os custos inerentes à inscrição; pode ser substituído pela venda do cartão de aderente, o que é mais simples em termos de contabilidade, sendo muitas vezes mais bem aceite pelos membros.

Geralmente, o direito de adesão é pago uma única vez, aquando da entrada do associado na mutualidade, não sendo portanto renovável nos exercícios seguintes. No entanto, são possíveis duas exceções:

- Quando o direito de adesão é substituído pela venda do cartão de aderente, a renovação do cartão deverá ser paga.
- Algumas mutualidades prevêm um novo pagamento do direito de adesão sempre que uma pessoa tenha deixado de pagar as suas contribuições e volte a fazê-lo apenas ao fim de um ano.

## 2.2 A contribuição

### e. Exposição (0h 20)

Faça uma exposição dos diferentes sistemas de contribuição que é possível encontrar numa mutualidade de saúde, baseando-se nos elementos seguintes:

As contribuições constituem o principal recurso financeiro de uma mutualidade de saúde. Assim, as contribuições devem permitir à mutualidade:

- Garantir as prestações de serviços aos associados;
- Financiar o seu funcionamento;
- Constituir reservas com o objectivo de reforçar a sua solidez financeira em cada exercício.

Esta contribuição é familiar e individual. São possíveis quatro sistemas de pagamento :

- O titular e as pessoas a seu cargo pagam a mesma contribuição.
- As pessoas a cargo pagam uma contribuição inferior à dos titulares.
- São aplicadas duas taxas de contribuição: uma incluindo as pessoas a cargo e outra não.
- É paga uma contribuição única, independentemente do número de pessoas a cargo.

A escolha do sistema de contribuições é feita pela assembleia geral constituinte e é inscrita nos estatutos. Só a assembleia geral pode modificar esse sistema.

São possíveis outras formas de contribuição, chamadas contribuições especiais. Uma contribuição especial pode estar prevista nos estatutos ou ser introduzida por uma assembleia geral, com fins bem definidos, como, por exemplo, um “Fundo de combate à sida”. Este tipo de contribuição pode também ser pedido para projectos importantes que, evidentemente, estejam em conformidade com os objectivos gerais da mutualidade.

### f. *Brainstorming* (0h 30)

Organize um debate à volta da seguinte questão:

“Em que base é fixada a periodicidade do pagamento das contribuições?”

Faça uma recapitulação, fornecendo as seguintes explicações:

A periodicidade do pagamento das contribuições será determinada em função da disponibilidade dos rendimentos dos aderentes, por exemplo:

- **Para a população assalariada:** contribuição mensal;
- **Para a população agrícola:** contribuição paga no momento das colheitas, ou seja, uma ou duas vezes por ano, segundo as regiões.

Em qualquer dos casos, esta periodicidade deve ser cuidadosamente estudada, assim como a altura em que deverá ser paga (altura do mês, do ano, etc.). É preciso, por exemplo, evitar pedir o pagamento das contribuições no período de festas, que implica despesas importantes para as famílias e limita a sua capacidade de pagamento.

A periodicidade do pagamento das contribuições deve constar dos estatutos.

## **2.3 O cartão de aderente//**

### **g. Trabalho em plenário (0h 30)**

Coloque as seguintes questões aos participantes:

“Questão 1) Qual a utilidade do cartão de aderente?”

“Questão 2) Que informação deve conter?”

Anote as respostas no quadro de papel. Faça uma síntese, baseando-se no texto seguinte:

O cartão de aderente tem uma dupla utilidade:

- Permite a identificação do associado e dos outros beneficiários (pessoas a cargo).
- Constitui a prova de que o associado e as pessoas a seu cargo, inscritas no cartão, têm direito aos serviços da mutualidade de saúde.

O cartão de aderente pode ter diversas formas. Pode ser familiar ou individual (um cartão por pessoa, mesmo que a contribuição seja familiar). Pode apresentar-se sob a forma de um cartão de saúde, contendo diversas páginas em branco nas quais os prestadores de cuidados de saúde poderão inscrever as consultas dadas e as receitas passadas.

Em qualquer dos casos, o cartão de aderente deverá conter as seguintes informações:

- o sobrenome e o nome de cada beneficiário (do aderente e das pessoas a seu cargo) ;
- a data de nascimento de cada uma das pessoas;
- um número de código familiar ou individual: este número permite um acompanhamento de cada pessoa nos dispositivos de facturação e de controlo do recurso aos serviços da mutualidade sem ser necessário realizar um registo escrito constante desses actos. Este código, atribuído no momento da inscrição, é inscrito no registo de aderentes. Por exemplo, para o 5º membro da 100ª família inscrita, o número de código poderia ser: 100 / 5. A este código podem acrescentar-se outros elementos que indiquem a aldeia, o agrupamento, etc. do aderente, consoante o caso;
- uma indicação do pagamento da contribuição, sob a forma de um carimbo ou timbre, que indique que o aderente tem o pagamento das suas contribuições em dia.

Peça a alguns participantes para apresentarem os seus cartões, para ilustrar este aspecto.

## **2.4 O registo dos aderentes**

### **h. Trabalho em plenário (0h 30)**

Coloque as seguintes questões aos participantes:

“Questão 1) Qual a utilidade do registo de aderentes?”

“Questão 2) Que informações devem dele constar?”

Anote as respostas num quadro de papel. Faça uma síntese, baseando-se no seguinte texto.

O registo dos aderentes é uma ferramenta de gestão administrativa e de acompanhamento importante. Deverá permitir acompanhar de forma regular:

- o número de beneficiários (aderentes e pessoas a cargo),
- novas adesões e exclusões ao longo do exercício,
- pagamento de direitos de adesão e de contribuições,
- as renovações de adesão, com o objectivo de acompanhar, na passagem de um exercício para o outro, o crescimento das adesões e a eventual importância das desistências, de forma a estudar as suas causas e a melhorar o sistema.

A estrutura do registo deve permitir registar, de um ano para o outro, todas as alterações possíveis no seio da família de um associado (nascimentos, óbitos, etc.). Deverá igualmente permitir ao responsável encarregado da cobrança das contribuições o acompanhamento dos pagamentos e, principalmente, a detecção de eventuais atrasos.

## **2.5 As categorias de pessoas cuja adesão coloca dificuldades**

### **i. Exposição (0h 30)**

Com base no texto abaixo, apresente as dificuldades colocadas pela cobertura (seja como associados ou como pessoas a cargo) de algumas categorias de pessoas.

Em princípio, a adesão não é condicionada pelo estado de saúde das pessoas. No entanto, a adesão de algumas pessoas pode colocar problemas financeiros à mutualidade. Trata-se de «casos difíceis», que aumentam as despesas ligadas aos serviços prestados aos beneficiários:

- as pessoas idosas
- os doentes crónicos (diabéticos, pessoas que sofram de hipertensão, doentes cardíacos, portadores do vírus da sida, etc.).

### **A prestação de serviços a pessoas idosas**

Uma questão muito delicada é a questão relacionada com a eventual fixação de um limite de idade para uma primeira adesão à mutualidade. Em virtude do princípio de solidariedade, a adesão nunca deveria ser feita em função da idade nem do estado de saúde do associado. No entanto, acontece que algumas mutualidades exigem um pagamento mais elevado aos seus membros que tenham já ultrapassado uma certa idade e que queiram fazer a sua adesão pela primeira vez. Essas mutualidades consideram que essa prática se justifica pelo facto de a pessoa não ter dado provas da sua solidariedade aderindo mais cedo, quando a sua saúde era melhor (e, portanto, quando tinha menos necessidade de recorrer à mutualidade).

### **A prestação de serviços aos doentes crónicos**

As doenças que requeiram mais meses, e até anos de tratamento (como é o caso da lepra ou da tuberculose) ou as doenças que exijam tratamentos repetitivos, longos e caros (drepanocitose,

diabetes, sida, etc.) constituem um maior risco para os membros de uma mutualidade e para as pessoas a seu cargo.

Em alguns países, os cuidados relativos às doenças como a tuberculose, a lepra ou a sida são da responsabilidade de programas estatais especiais ou de investidores externos (organizações internacionais), não colocando portanto grandes problemas às mutualidades de saúde. O caso dos países onde não existe nenhuma entidade que se encarregue dessas doenças, a mutualidade pode intervir dentro das suas possibilidades. Dado os custos muito altos destas doenças crónicas ou incuráveis, a mutualidade deverá encontrar um ponto de equilíbrio entre a vontade de ajudar os membros mais necessitados e o imperativo de garantir a sobrevivência da organização.

Podem ser consideradas diversas formas de prestação de serviços:

- pagamento apenas dos medicamentos,
- intervenção gradual do beneficiário (mensal ou anualmente),
- pagamento dos internamentos apenas na fase crítica da doença,
- pagamento anual fixo de acordo com o tipo de doença,
- criação de fundos de intervenção distintos do fundo principal (exemplo: fundos de solidariedade para a sida) em que as intervenções são limitadas aos montantes disponíveis neste fundo independente.

As modalidades de cobertura das doenças crónicas constituem um problema delicado que a mutualidade deve ter em atenção a partir do momento em que inicia as suas actividades.

### **3. As condições de acesso às prestações de uma mutualidade de saúde**

#### **3.1 O respeito de um período de observação**

##### **j. *Brainstorming* (0h 30)**

Organizar um debate com base no seguinte tema:

“A que se deve a necessidade de um período de observação?”

Recapitular proporcionando as seguintes explicações.

O período de observação corresponde a uma fase durante a qual o novo membro paga as suas contribuições, não tendo no entanto o direito de usufruir dos serviços da mutualidade. Denomina-se também período de espera ou de estágio. Geralmente, é fixado um período de seis meses para esta fase; no entanto, por vezes é reduzido para três meses para os primeiros membros. Este período é superior a dez meses para a cobertura dos partos.

O principal objectivo do período de observação é evitar que as pessoas se afluam assim que ficam doentes. Na realidade, se não for necessário realizar um exame médico para a inscrição, algumas pessoas podem vir a ter necessidade dos serviços da mutualidade para se inscrever, mas depois de tratados, sentem-se tentados a desistir. Deste modo, os membros respeitam um dos princípios básicos de uma mutualidade de saúde, a solidariedade entre os associados saudáveis e os associados doentes, que legitima este sistema de previdência.

A segunda função do período de observação, sobretudo após o primeiro exercício de uma mutualidade de saúde, é permitir a constituição das primeiras reservas financeiras de modo a garantir a cobertura das despesas de saúde dos associados, e limitar assim o risco de falência no final do exercício.

### **3.2 As outras condições de acesso às prestações**

#### **k. Exposição (0h 15)**

Realizar uma exposição sobre as modalidades de acesso aos benefícios e, em seguida, distribuir os textos de apoio n.º 2 e n.º 3. Pedir aos participantes para descrever a sua experiência pessoal sobre este assunto. Criar uma discussão sobre estas experiências.

## **4 Encerramento do módulo**

#### **l. Síntese em plenário (0h 30)**

Para encerrar este módulo, coloque as seguintes questões e peça a um participante para responder a cada uma delas:

- Quem pode aderir a uma mutualidade de saúde?
- Qual é a diferença entre o titular e a pessoa abrangida?
- Quais são as dificuldades de apreciação encontradas para avaliar a qualidade da pessoa abrangida?
- Quem são os potenciais membros que podem sentir dificuldades no momento da adesão?
- Qual é a diferença entre o direito de adesão e de contribuição?
- O que é o período de observação e qual a sua utilidade?

# **Suportes pedagógicos**

## SUPORTES PEDAGÓGICOS

### Texto de apoio n.º 1

## Os beneficiários dos serviços de uma mutualidade de saúde

### Mutualidade de Fomké

A Mutualidade de Fomké encarrega-se, para além do titular:

- dos seu(s) ou sua(s) cônjuge(s),
- de todos os filhos e aqueles que estiverem oficialmente sobre sua tutela,
- do pai e da mãe.

No entanto, em cada consulta, cada uma dessas pessoas realiza o co-pagamento de 300 francos CFA, com exceção das crianças com menos de 10 anos.

### Mutualidade de Niédougou

Na Mutualidade de Niédougou, as pessoas abrangidas pelo sistema são os descendentes do membro e do seu(s) cônjuge(s). O pagamento é composto por partes que correspondem:

- ao membro titular,
- ao(s) seu(s) cônjuge(s),
- a cada criança até ao número máximo de três (as outras crianças são abrangidas gratuitamente).

### Mutualidade de Bellange

A adesão é feita por família: apenas uma pessoa paga a cotização referente a toda a família. A Mutualidade de Bellange abrange, para além do beneficiário:

- o seu (ou sua) cônjuge,
- todas as crianças em idade escolar até ao ensino superior,
- o pai e a mãe do titular,
- o pai e a mãe do cônjuge,

## SUPORTES PEDAGÓGICOS

### **Texto de apoio n.º 2**

#### **As modalidades de adesão a uma mutualidade de saúde**

A adesão de um novo membro a uma mutualidade de saúde desenrola-se geralmente em várias etapas, que podem ser esquematizadas da seguinte forma:

##### **1. Pedido de adesão**

Um pedido de adesão deve ser apresentado por escrito, normalmente após o preenchimento de um formulário que contenha as informações principais acerca do titular e das pessoas a seu cargo. O formulário é endereçado ao conselho de administração (que delega frequentemente essa tarefa aos gestores). Nesse pedido, o novo membro compromete-se a respeitar os estatutos e o regulamento interno da mutualidade.

##### **2. Pagamento do direito de adesão e da contribuição**

Quando o pedido de adesão é aceite, o membro paga um direito de adesão e a contribuição relativa ao período correspondente. O direito de adesão pode eventualmente ser substituído pela venda do cartão de adesão.

##### **3. Inscrição no registo dos membros**

O novo titular é inscrito no registo dos membros e recebe o seu cartão, onde está indicado o período a partir do qual tem direito aos serviços.

##### **4. Informação ao membro sobre os estatutos e o regulamento interno**

A inscrição é um momento privilegiado para uma última informação acerca das regras da organização e do funcionamento da mutualidade e acerca dos direitos e das obrigações dos membros. Algumas mutualidades distribuem aos seus membros, no acto da inscrição, um exemplar, de preferência resumido, dos estatutos e do regulamento interno

##### **5. Período de observação**

O novo membro deverá respeitar o período de observação instituído pela mutualidade antes de poder beneficiar dos seus serviços. No entanto, o membro deverá pagar a sua contribuição se a periodicidade de pagamento for diária ou mensal durante este período.

## SUPORTES PEDAGÓGICOS

### Texto de apoio n.º 3

#### **As condições de acesso às prestações de uma mutualidade de saúde**

Devem ser cumpridas algumas condições para se poder beneficiar dos serviços de uma mutualidade de saúde, entre as quais:

- ser beneficiário da mutualidade (membro ou pessoa abrangida) ;
- ter terminado o período de observação;
- cumprir o pagamento das contribuições.

As pessoas abrangidas devem estar inscritas no cartão de membro de um titular.

A mutualidade deverá também accionar alguns mecanismos para evitar uma indemnização dupla ou excessiva dos seus membros. Desta forma, algumas mutualidades de saúde definem, nos seus estatutos, que para tornar-se membro, não poderão participar num outro sistema de seguro de saúde. Pode-se prever também uma cobertura limitada aos riscos não assegurados por uma outra instituição (princípio de seguro complementar).

As modalidades de acesso às prestações devem ser simples. Deve-se evitar, sempre que possível, as complicações administrativas mas, ao mesmo tempo, devem aplicar-se medidas de prevenção contra eventuais abusos ou fraudes.

As modalidades são geralmente as seguintes:

- O membro ou a pessoa abrangida dirige-se a um prestador de cuidados de saúde que tem um acordo com a mutualidade.
- O cartão de membro deve ser apresentado ao prestador de cuidados de saúde.
- Excepto nos casos de urgentes, o membro deve poder provar ao prestador de cuidados médicos que tem as suas contribuições em dia. Em alguns casos, os valores ou as senhas são colocados no cartão de membro. Outras vezes, a mutualidade fornece um atestado, uma carta de garantia ou uma cobertura destinada aos prestadores de cuidados.
- Para aceder aos cuidados especializados ou aos cuidados hospitalares, o membro ou a pessoa abrangida apresenta um documento que atesta que foi enviado (referido) por um prestador de um escalão inferior do sistema de saúde, podendo evitar assim o sobreconsumo de serviços e de produtos sanitários.

Conjunto do módulo de formação n.º 1:  
**Características das mutualidades de saúde**

## **MÓDULO 5**

**Os serviços oferecidos  
por uma mutualidade  
de saúde**

## Sumário

### Módulo 5: Os serviços oferecidos por uma mutualidade de saúde

<b>Desenvolvimento da formação</b>	<b>Página</b>
<b>1. A escolha dos serviços a oferecer aos membros</b>	<b>133</b>
<b>2. Os serviços oferecidos para a cobertura das despesas de saúde</b>	<b>136</b>
2.1 Natureza dos cuidados de saúde cobertos	136
2.2 O nível de cobertura das despesas de saúde	136
2.3 A concessão das prestações aos membros	138
2.4 As modalidades de remuneração dos prestadores de cuidados de saúde	138
2.5 As convenções entre as mutualidades e os prestadores de cuidados médicos	139
2.6 Os principais riscos relacionados com o seguro de saúde	139
<b>3. Encerramento do módulo</b>	<b>141</b>
 <b>Suportes pedagógicos</b>	
Texto de apoio n.º 1: Os serviços oferecidos por uma mutualidade de saúde	145
Texto do trabalho de grupos n.º 1: O projecto de criação de uma mutualidade de saúde em Koulahoun	147
Texto de apoio n.º 2: Tipos de cuidados que podem ser cobertos por uma mutualidade de saúde	151
Texto de apoio n.º 3: A cobertura parcial das despesas de saúde	153
Esquema n.º 1: As formas de concessão das prestações aos membros	155
Texto de apoio n.º 4: As formas de concessão das prestações aos membros	157
Texto de apoio n.º 5: As modalidades de remuneração dos prestadores de cuidados de saúde	161
Texto de apoio n.º 6: Exemplo de convenção: Convenção entre a Mutualidade de saúde de Koulahoun e o Centro de saúde da aldeia de Koulahoun	163
Texto de apoio n.º 7: Os principais riscos relacionados com o seguro de saúde	165

## **5. Os serviços oferecidos por uma mutualidade de saúde**

### **Objectivos**

No final deste módulo, os participantes poderão:

- descrever os critérios que devem ser utilizados para seleccionar os serviços que vão ser oferecidos aos membros;
- apresentar as diferentes fórmulas utilizáveis pela mutualidade em caso de uma cobertura parcial das despesas de saúde;
- explicar as diferentes modalidades de concessão dos benefícios aos membros;
- descrever as diferentes formas de remuneração dos prestadores de cuidados de saúde e o conteúdo das convenções que os relacionam com as mutualidades;
- apresentar os riscos inerentes ao seguro de saúde e as medidas que os podem minimizar.

### **Grupos alvo**

- Promotores das mutualidades de saúde
- Membros das mutualidades de saúde
- Gestores das mutualidades de saúde

### **Pré-requisitos**

Módulo “Fundamentos e especificidades das mutualidades de saúde ”

### **Duração**

9h 30

### **Conteúdo**

- Escolha dos serviços a oferecer aos membros
- Natureza dos cuidados de saúde cobertos
- Nível de cobertura dos cuidados de saúde
- Modalidades de concessão dos benefícios aos membros
- Modalidades de remuneração dos prestadores de cuidados
- Convenções entre as mutualidades de saúde e os prestadores de cuidados de saúde
- Riscos mais importantes ligados ao seguro de saúde

## **Métodos**

- *Brainstorming*
- Exposição
- Plenário (trabalho e síntese)
- Trabalho de grupo

## **Suportes materiais**

- Méta-pla-n
- Ardósia
- “Flip-chart”
- Retro-projector

## **Suportes pedagógicos**

- Esquema
- Texto de trabalho de grupos
- Textos de apoio

## **1. A escolha dos serviços a oferecer aos membros**

### **a. Exposição (0h 15)**

Realizar uma exposição sobre a correcta adequação entre os serviços oferecidos pela mutualidade e as necessidades dos membros.

A função de uma mutualidade de saúde é fornecer um determinado número de serviços de previdência, de entreajuda e de solidariedade aos seus membros; esses serviços reflectem, na vida quotidiana, a vontade de todos os membros em solucionar de forma individual os problemas da saúde, assistindo-se mutuamente.

É importante que os membros adiram a esses serviços dos quais depende, em grande parte, o sucesso ou o fracasso da mutualidade de saúde. Nesse sentido, a adesão de novos membros ou, pelo contrário, a sua saída será um indicador significativo do bom funcionamento da mutualidade.

Os serviços oferecidos pela mutualidade devem corresponder às necessidades sentidas e comunicadas pela população alvo. O respeito desta condição é indispensável, não só no momento da criação da mutualidade, mas também ao longo da sua existência. Os serviços oferecidos devem ser avaliados regularmente para garantir que continuam a corresponder às necessidades dos membros, e que a sua resposta é satisfatória.

Apresente os diferentes serviços que uma mutualidade pode oferecer aos seus membros utilizando o texto de apoio n.º 1.

MÓDULO: Os serviços oferecidos por uma mutualidade de saúde

**b. Trabalho de grupos n.º 1 (1h 30)**

Distribuir o texto do trabalho de grupo n.º 1 referente ao projecto de criação de uma mutualidade de saúde em Koulahoun. Promover a escolha de um elemento como porta-voz de cada grupo. Pedir aos participantes para ler o texto e responder às questões colocadas.

**c. Síntese em plenário (1h 00)**

Pedir aos representantes de cada grupo para apresentar os resultados do seu trabalho. Criar uma discussão sobre as diferentes respostas. Utilizar o texto apresentado a seguir para conduzir a discussão sobre a escolha dos serviços.

Cada novo serviço proposto por uma mutualidade de saúde pressupõe uma vantagem suplementar para os seus membros, mas também um aumento das respectivas contribuições. Num meio onde os rendimentos das pessoas são reduzidos e/ou irregulares, uma mutualidade de saúde deve certificar-se de que institui contribuições adequadas, a longo prazo, à capacidade contributiva dos seus membros.

Desta forma, é necessário encontrar, por um lado, o equilíbrio entre os serviços que cobrem da forma mais abrangente as necessidades das pessoas e, por outro lado, a necessidade de propor um valor de contribuição acessível ao conjunto dos membros.

Para identificar quais os serviços que uma mutualidade de saúde pode aplicar, podem ser aplicadas duas medidas:

- ou basear-se nos rendimentos disponíveis e fixar os objectivos a partir desses valores;
- ou identificar as necessidades prioritárias e avaliar os meios financeiros necessários para os satisfazer.

Nos meios em que a dificuldade principal é o rendimento reduzido dos potenciais membros, a medida a aplicar consiste em:

- fixar um nível de contribuição acessível à população alvo;
- estimar o número de potenciais membros e o valor das receitas anuais;
- determinar os serviços prioritários em função dos meios disponíveis.

Nos meios em que a dificuldade económica é menos sentida, pode ser aplicada a seguinte medida:

- avaliar as necessidades prioritárias;
- calcular o volume dos recursos necessários para satisfazer as necessidades;
- fixar uma taxa de contribuição de forma a dispor desses recursos.

Seja qual for a medida adoptada, será demorada e laboriosa. Será necessário criar várias situações que devem ser avaliadas pela assembleia geral da mutualidade. A extensão e a natureza das actividades será revista em função das prioridades dos membros.

Uma mutualidade que está a iniciar a sua actividade deve oferecer, inicialmente, um número bastante limitado de serviços. À medida que for adquirindo mais experiência e depois de implantar um sistema de gestão sólido, a associação poderá eventualmente aumentar o número de serviços que coloca à disposição dos seus membros.

Indique que a continuação do módulo será dedicada aos serviços oferecidos para a cobertura das despesas de saúde.

Indique que a continuação do módulo será dedicada aos serviços oferecidos para a cobertura das despesas de saúde.

## **2 Os serviços oferecidos para a cobertura das despesas de saúde**

### **2.1 Natureza dos cuidados de saúde cobertos**

#### **d. Exposição (0h 30)**

Utilize o texto de apoio n.º 2 e realize uma exposição sobre os tipos de cuidados de saúde que podem ser cobertos por uma mutualidade de saúde. Indique que por razões evidentes de fragilidade, na maioria dos casos, uma mutualidade não pode cobrir todos os cuidados de saúde.

### **2.2 O nível de cobertura das despesas de saúde.**

#### **e. Trabalho em plenário (0h 45)**

Pergunte aos participantes se uma mutualidade cobre sempre a totalidade das despesas de saúde.

Resposta

Não, uma mutualidade limita-se a cobrir apenas uma parte das despesas de saúde. No caso de uma cobertura através da realização de um pagamento, em alguns casos, esse valor, poderá ser inferior ao montante das despesas reais. Uma mutualidade também pode decidir limitar sistematicamente a sua cobertura a uma parte das despesas, pelo menos em determinadas categorias de cuidados de saúde.

Pergunte aos participantes através de que mecanismos (ou técnicas) pode ser aplicada esta cobertura parcial das despesas.

Resposta

A mutualidade pode utilizar:

- um ticket moderador
- uma franquia,
- um limite de indemnizações (ou garantias).

Peça aos participantes para definir os diferentes termos:

- Ticket moderador: representa a parte dos custos do serviço coberto deduzido no montante reembolsado ao membro. Este valor é expresso em termos de percentagem. Denomina-se ticket moderador porque permite moderar o consumo dos cuidados de saúde.
- Franquia: quando uma mutualidade cobre apenas os montantes superiores a uma soma previamente fixada, essa soma tem o nome de franquia. Normalmente, a franquia é fixada em relação aos serviços abrangidos pela cobertura.
- Limite: A mutualidade pode limitar as suas indemnizações a um montante máximo para um acontecimento específico. O pagamento da parte das despesas superior a esse montante é da responsabilidade do associado. Este limite permite restringir as despesas da mutualidade e proteger a instituição de casos “catastróficos” que, devido ao seu custo muito elevado, poderão levar à falência da organização.

Peça aos participantes que criem exemplos com estes três elementos.

Distribua o texto de apoio n.º 3.

### **Elementos de análise seleccionados pelo formador**

O termo “ticket moderador” remonta aos tempos em que as mutualidades, que cobriam 100 % das despesas de saúde e apercebiam-se de certos abusos, foram obrigadas a exigir aos pacientes uma participação de forma a moderar o consumo dos cuidados de saúde. Os membros de uma mutualidade, antes de consultarem o médico ou visitarem o hospital, tinham de passar pela mutualidade e adquirir uma senha que teriam de apresentar na consulta para beneficiarem de um serviço gratuito. Assim ficou a expressão ticket moderador, mesmo depois de desaparecerem as senhas que eram adquiridas.

MÓDULO: Os serviços oferecidos por uma mutualidade de saúde

Existem dois argumentos que favorecem a contribuição pessoal dos doentes na cobertura dos custos de saúde. Por um lado, o ticket moderador responsabiliza o paciente e acentua o valor dos cuidados concedidos. Por um lado, limita a tendência de excesso de consumo.

Na realidade, é lógico que um membro que tenha pago as suas contribuições pretenda aproveitar ao máximo as vantagens oferecidas. No entanto, isso possibilita o risco de um excesso de despesas para a mutualidade. A grande dificuldade reside em determinar o montante do ticket moderador para que desempenhe o seu papel, sem, contudo, se tornar num obstáculo maior para acesso aos cuidados de saúde, o que iria contrariar o objectivo pretendido.

## **2.3 A concessão das prestações aos membros**

### **f. Trabalho em plenário (0h 30)**

Projecte o esquema n.º 1 e peça aos participantes para comentarem. Distribua o texto de apoio n.º 4, leia e comente o texto.

## **2.4 As modalidades de remuneração dos prestadores de cuidados de saúde**

### **g. Exposição (0h 30)**

Utilize o texto de apoio n.º 5, e realize uma exposição sobre as modalidades de remuneração dos prestadores de cuidados de saúde.

## **2.5 As convenções entre as mutualidades e os prestadores de cuidados médicos**

### **h. Trabalho de grupos n.º 2 (1h 30)**

Lembre aos participantes que uma mutualidade pode cobrir:

- tanto os serviços de saúde de um (ou vários) prestadores de cuidados de saúde com quem tenha assinado um acordo;
- como os serviços de saúde de uma (ou várias) equipas médicas criadas pela própria mutualidade.

Insista no facto que a criação de uma equipa médica pela mutualidade exige um investimento importante (construção, equipamento, manutenção, etc.). É conveniente analisar de forma aprofundada este aspecto antes de tomar uma decisão.

Constitua grupos e peça aos participantes para propor uma convenção entre a Mutualidade de Koulahoun e o centro de saúde referente a consultas médicas, pequenas cirurgias e assistência a partos.

### **i. Síntese em plenário (0h 45)**

A apresentação dos resultados será realizada e comentada por um ou vários membros de cada grupo.

Verifique se as convenções propostas englobam a descrição dos serviços de saúde cobertos, as tarifas e as modalidades de pagamento do prestador.

Distribua o exemplo da convenção entre a Mutualidade de saúde de Koulahoun e o Centro de saúde (texto de apoio n.º 6).

## **2.6 Os principais riscos ligados ao seguro de saúde**

### **j. Trabalho em plenário (0h 30)**

Pergunte aos participantes quais são os principais problemas que podem colocar em risco uma mutualidade de saúde.

Anote as respostas num “flip-chart” e verifique se foram referidos os seguintes problemas:

MÓDULO: Os serviços oferecidos por uma mutualidade de saúde

- 
- As pessoas doentes ou com elevado risco de doença inscrevem-se em massa e pressupõem despesas elevadas para a mutualidade.

- Os beneficiários tendem a consumir mais cuidados médicos que antes.
- Alguns membros fazem passar familiares ou amigos, que não são mutualistas, por beneficiários inscritos nos cartões de associado, de forma a aproveitarem as vantagens da mutualidade.
- Alguns prestadores de cuidados médicos tentam aumentar as suas receitas ao prescrever cuidados ou tratamentos inúteis.
- A ocorrência de uma epidemia implica despesas de cuidados médicos muito superiores ao normal.
- A ocorrência de uma epidemia implica despesas de cuidados médicos muito superiores ao normal.

**k. Síntese em plenário (0h 30)**

Reagrupe no “flip-chart” as respostas dos participantes para evidenciar os diferentes tipos de problemas e de riscos para uma mutualidade de saúde. Evidencie os riscos mais importantes descritos abaixo e defina-os com ajuda do texto de apoio n.º 7:

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

**l. Brainstorming (1h 00)**

Organize uma discussão sobre as medidas a aplicar para minimizar os riscos referidos. Para cada risco identificado, consulte a tabela e aponte as respostas no quadro. Em seguida, analise as respostas com os participantes e anote as propostas mais pertinentes

Distribua o texto de apoio n.º 7 referente aos riscos mais importantes relacionados com o seguro de saúde. Leia o texto e realize diferentes abordagens com base nas respostas provenientes do *brainstorming*.

### 3. Encerramento do modulo

#### m. Síntese (0h 15)

Com a ajuda dos elementos referidos em seguida, indique os pontos importantes do módulo e proponha uma síntese.

Uma mutualidade de saúde pode propor diversos serviços aos seus beneficiários: seguro de saúde, transporte de doentes, educação sanitária, seguro de vida, etc.

Na área do seguro de saúde, os serviços podem abranger diversos tipos de cuidados (cuidados de saúde básicos, cuidados hospitalares, cuidados especializados, estomatologia, oftalmologia e medicamentos) oferecidos pelos prestadores de cuidados médicos com quem a mutualidade assinou uma convenção, ou por organismos criados pela própria mutualidade.

Os sistemas de cobertura dos cuidados médicos são variados. Geralmente, aplicam sempre um co-pagamento ou uma franquia, ou seja, uma parte da despesa é da responsabilidade do membro.

Os modos de remuneração dos prestadores de cuidados de saúde também são diversificados. Consoante o caso e o tipo de prestador de cuidados de saúde, podem tomar a forma de:

- *um pagamento fixo anual por beneficiário,*
- *um pagamento fixo por ocorrência de doença,*
- *um montante por consulta ou por visita médica,*
- *um montante por dia de internamento,*
- *um montante baseado na duração média do internamento,*
- *um montante pago no momento.*

As convenções entre uma mutualidade e os prestadores de cuidados de saúde constituem um elemento muito importante para garantir aos beneficiários da mutualidade um acesso aos serviços de saúde a um preço razoável. Estas convenções referem-se à qualidade dos cuidados fornecidos pelos prestadores de cuidados, às tarifas e às modalidades de pagamento dos cuidados cobertos pela mutualidade.

Podem ser aplicados vários métodos de concessão das prestações aos membros:

- O associado paga ao prestador de cuidados de saúde. Este será, em seguida, reembolsado pela mutualidade.
- O membro paga a sua quota parte ou o ticket moderador, e a mutualidade paga os restantes cuidados directamente aos prestadores de cuidados.

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

# **Suportes pedagógicos**

**Texto de apoio n.º 1**

**Os serviços oferecidos por uma mutualidade de saúde**

**Seguros e intervenção financeira em termos de riscos sociais**

- Reembolso das despesas de saúde
- Pagamento de indemnizações por invalidez
- Pagamento de prémios

**Defesa dos interesses dos membros**

- Negociação sobre a política de saúde
- Negociação das convenções de pagamento com os prestadores de cuidados de saúde
- Defesa dos direitos individuais dos membros

**Educação para a saúde e informação dos membros**

- Campanhas de prevenção
- Informação sobre saúde e cuidados de saúde
- Informação sobre os direitos e obrigações dos membros

**Serviço de entreaajuda e de solidariedade**

- Ajudas aos jovens, idosos, doentes, diminuídos físicos
- Ajudas às famílias
- Empréstimos de material médico
- Cuidados a crianças doentes

**Organização dos cuidados de saúde**

- Cuidados domiciliários
- Centros de saúde
- Policlínicas
- Dentistas
- Hospitais
- Farmácias cooperativas

**Trabalho de grupos n.º 1****O projecto de criação de uma mutualidade de saúde em Koulahoun**

O projecto de criação da mutualidade abrange a população coberta por um centro de saúde público implantado na vila de Koulahoun, situada na província de Houet, a 150 km de Bobo-Dioulasso no Burkina Faso.

**1. A comunidade**

A zona abrangida pelo Centro de saúde e de promoção social (CSPS) de Koulahoun cobre 4 aldeias e os seus lugarejos; a população é de 10.687 habitantes (tabela 1). Koulahoun está ligada por uma pista de 30 km à capital do departamento (Houndé) e ao eixo asfaltado Ouagadougou - Bobo Dioulasso. As duas escolas primárias e o centro de saúde são as únicas infra-estruturas públicas da zona; existe um agente de serviços de agricultura encarregado de dar apoio às 4 aldeias.

**Tabela 1: Aldeias, população e distâncias**

Aldeia	População em 1994	Distância de Koulahoun
Koulahoun	4.178 (39 %)	0 km
Boho Kari	1.297 (12 %)	15 km
Laho	1.371 (13 %)	8 km
Maro	3.841 (36 %)	6 km
Total	10.687	

A produção de algodão é a principal fonte de rendimento da população da zona; o montante de rendimentos atinge uma média de 15.000 francos CFA anuais por habitante (tabela 2). Em cada vila, foi colocado um grupo que serve de intermediário entre os produtores e a Sociedade das Fibras e Têxteis (SOFITEX que compra o algodão); as receitas das vendas são pagas pela SOFITEX entre o início de Fevereiro e o fim de Março. O grupo aldeão (GV) obtém um retorno de 2.500 francos CFA por cada tonelada de algodão, o que lhes permite realizar investimentos colectivos.

Os outros rendimentos provêm da venda de cereais (especialmente milho), da criação suína, da venda de cerveja de milho e do pe-artesanato.

**Tabela 2: Rendimento anual médio por habitante proveniente da venda de algodão (francos CFA)**

Aldeia	1992	1993	1994
Koulahoun	16.474	14.552	18.848
Boho kari	20.770	19.549	19.143
Laho	7.600	6.778	5.481
Maro	13.811	12.497	14.992
Média	14.900	13.423	15.783

Fonte: SOFITEX

## 2. Os serviços de saúde

O CSPS de Koulahoun é uma formação sanitária do Estado, aberta desde 1966. O responsável é um enfermeiro. O pessoal é composto, para além do enfermeiro, por uma parteira auxiliar (funcionária) e por um operário (pago com fundos próprios). Infelizmente, quando o enfermeiro está ausente, o centro de saúde está fechado, porque não existe ninguém que possa substituí-lo.

O CSPS aplica os seguintes cuidados de saúde:

- consultas médicas,
- pequenas cirurgias: suturas, incisões de abscessos, circuncisões,
- internamento de doentes (máximo 48h),
- consultas pré-natal no CSPS e nas aldeias,
- assistência a partos,
- consultas pós-natal e planeamento familiar,
- consultas de prevenção para crianças até aos 36 meses,
- vacinação no CSPS e nas aldeias,

Em 1989 foi aberto um depósito de medicamentos pelo GV. Este depósito abastece-se de especialidades nas farmácias privadas de Bobo Dioulasso. O abastecimento é irregular e os medicamentos são muito caros, especialmente devido à desvalorização do franco CFA em 1994. Devido a estes factores, existem muitos habitantes que recorrem aos curandeiros tradicionais e evitam o sistema oficial de saúde.

O CSPS está ligado ao Centro médico de Houndé onde são realizadas as prestações de nível dois: consultas realizadas por um médico, prestações de cuidados de saúde maternos e pediátricos por uma parteira, exames laboratoriais. As intervenções cirúrgicas são remetidas para o hospital nacional de Bobo Dioulasso.

O transporte para estes centros de referência colocam grandes entraves ao processo de continuidade dos tratamentos, tendo a conta a distância que separa o CSPPS, de Houndé e de Bobo Dioulasso. Os custos de transferência constituem, frequentemente, um problema de difícil resolução para a população: 8.000 francos CFA para chegar a Houndé, 23.000 francos CFA para ir a Bobo Dioulasso. Desta forma, existem inúmeros pacientes que necessitavam de ser transferidos mas decidem ficar nas suas casas. Por outro lado, para além do transporte, o pagamento dos custos hospitalares também constitui um problema. Além disso, as estradas ficam impraticáveis na época das chuvas, devido à subida do nível das águas que impede a circulação.

Durante a fase de reorganização dos serviços de saúde, foram aplicadas medidas para reforçar o autofinanciamento das formações sanitárias. Desta forma, foi introduzido um pagamento por acção médica. As tarifas são as seguintes:

Descrição da acção médica	Tarifa (em francos CFA)
Consulta médica (7 dias)	100
Tratamento com curativos	200
Suturas	300
Internamento de doentes	100
Cartão de cuidados médicos	150
Acompanhamento da gravidez	300
Acompanhamento do parto	1.500
Acompanhamento pós-natal da mãe	200
Inscrição no planeamento familiar	300
Acompanhamento do desenvolvimento da criança em fase de aleitamento	100
Boletim de vacinas	100

Após a introdução desta nova tarifa, o enfermeiro constatou uma redução na frequência do CPSP. Ao ser questionado sobre este assunto, explica que os aldeões têm rendimentos sazonais, concentrados em apenas uma época do ano (apanha do algodão), e sentem dificuldades em gastar dinheiro durante o resto do ano.

Responda às seguintes questões:

- 1) Indique os principais problemas de saúde encontrados pelas populações de Koulahoun.
- 2) Que tipo de serviços deveriam ser prestados pela mutualidade para dar resposta aos problemas ?
- 3) Quais serão os critérios ou elementos que devem ser tomados em consideração pela mutualidade para decidir se oferecem ou não esse tipo de serviços?

**Texto de apoio n.º 2****Tipos de cuidados que uma mutualidade de saúde pode cobrir**

Uma mutualidade pode constituir o único sistema de cobertura das despesas de saúde dos seus beneficiários ou pode completar a cobertura proporcionada através de outros mecanismos. Por exemplo, nos países em que os agentes de Estado beneficiam de um reembolso de uma parte das suas despesas de saúde por um sistema de segurança social pública, as mutualidades foram criadas para cobrir a parte das despesas não comparticipadas.

Uma mutualidade pode cobrir uma ou várias categorias de cuidados:

**Cuidados de saúde primários**

Os cuidados primários de saúde são os cuidados correntes, dispensados normalmente nos centros de saúde, que constituem o primeiro ponto de contacto da população com os sistemas de saúde. Entre estes cuidados de saúde temos:

- Os cuidados preventivos e promocionais que englobam as consultas pré e pós-natal, o acompanhamento das crianças em fase de aleitamento, as vacinas, o planeamento familiar, a educação sanitária, o saneamento.

Geralmente, a prevenção faz parte das tarefas de um centro de saúde; estas acções são habitualmente financiadas pelo Estado e os seus parceiros funcionam em cooperação, especialmente através dos programas de vacinação. Uma parte dos custos é suportada pelo centro de saúde o que se repercute nos utilizadores.

A educação sanitária é frequentemente garantida pelos centros de saúde, por vezes em alguns hospitais. O seu custo está geralmente incluído no preço das acções curativas ou preventivas. Se for verificada uma necessidade premente nesta matéria, a mutualidade pode criar o seu próprio serviço de educação sanitária.

- Os cuidados curativos incluem, geralmente, as consultas, os cuidados de enfermagem, o fornecimento de medicamentos e algumas análises de laboratório. Por vezes, englobam-se os pequenos internamentos realizados nos centros de saúde (sob observação) ou a assistência aos partos.
- Ocasionalmente, pode ocorrer a comparticipação das doenças crónicas (diabetes, drépanocitose, hipertensão arterial, hemofilia, doenças cardíacas, etc.) e dos cuidados ao domicílio.
- A comparticipação nos cuidados das crianças com problemas de má nutrição e a sua recuperação nutricional a partir dos alimentos locais.

**Cuidados hospitalares**

Estes cuidados incluem tanto o internamento hospitalar, como os serviços médicos, cirúrgicos, técnicos e os medicamentos administrados. Dado o elevado custo inerente à hospitalização, estes cuidados são normalmente incluídos nos “riscos elevados”.

Mutualidades de saúde em África: Características e criação  
MÓDULO: Os serviços oferecidos por uma mutualidade de saúde

**Cuidados especializados**

Os cuidados especializados incluem as consultas de médicos especialistas (ginecologista, pediatra, cirurgião, etc.), bem como os actos médicos técnicos, como, por exemplo, a radiologia e a biologia clínica, realizados aquando da hospitalização ou durante uma consulta externa (visita do doente).

**Cuidados dentários**

Os cuidados dentários, prestados por consultórios independentes dos centros de saúde, constituem frequentemente um serviço à parte. Determinadas mutualidades acordam no reembolso destes cuidados. A mutualidade também pode pressupor o reembolso das próteses dentárias.

**Oftalmologia**

A mutualidade pode reembolsar a compra de óculos, desde que sejam discriminados numa receita médica; frequentemente, as intervenções estão limitadas às lentes prescritas: as armações não são reembolsáveis. Em determinadas mutualidades, as armações podem ser reembolsadas com base num pagamento, tendo em conta a diversidade dos preços.

**Medicamentos**

No que diz respeito aos medicamentos, importa determinar a lista dos que irão ser reembolsados pela mutualidade. Dada a diferença de preço entre os medicamentos de marca registada (especialidades) e os medicamentos genéricos, é aconselhável proceder apenas ao reembolso destes últimos quando estiverem disponíveis ou aos medicamentos de especialidades correspondentes com base no preço dos genéricos. É necessário limitar a lista de medicamentos cobertos (lista de medicamentos essenciais estabelecida pelo ministério de saúde do país e pela OMS).

O ideal é que os medicamentos sejam entregues pelas formações médicas. Se isso não for possível, serão reembolsados apenas os medicamentos da lista que forem prescritos. Ao escolher esta última hipótese, é mais difícil limitar os eventuais abusos.

**Transporte dos doentes**

Para além da comparticipação dos cuidados de saúde, a mutualidade pode organizar e responsabilizar-se pelo transporte dos doentes para um centro de saúde ou da sua transferência para o hospital convencionado mais próximo, no quadro de uma referência (paciente transferido para um hospital depois de ser consultado num centro de saúde).

**Os outros riscos sociais**

Mesmo que a sua missão principal seja a cobertura dos cuidados de saúde, algumas mutualidades cobrem outros riscos sociais a que os membros estão expostos. Assim, a mutualidade pode outorgar alguns subsídios no decorrer de alguns acontecimentos: nascimento, casamento, falecimento, etc. O objectivo destas acções é ajudar financeiramente as pessoas que, nestas ocasiões, podem ser confrontadas com despesas excepcionais.

Dado o elevado risco que implica este tipo de contribuição na viabilidade financeira da mutualidade, aconselha-se a criação de uma caixa específica, independente e complementar, de carácter contributivo.

**Texto de apoio n.º 3****A cobertura parcial das despesas de saúde**

Uma mutualidade pode responsabilizar-se, integral ou parcialmente, pelo pagamento das despesas que os seus membros têm de enfrentar. A mutualidade pode realizar o pagamento de prestações, por exemplo para o transporte dos doentes, ou também um pagamento ou um reembolso dos cuidados de saúde.

Os principais mecanismos utilizados para reembolsar os membros de uma parte das despesas de saúde são:

- o co-pagamento,
- a franquia,
- o limite das comparticipações (ou garantias).

Se a comparticipação for feita através de pagamento, é possível, que em alguns casos, o montante das despesas reais seja superior ao do pagamento (geralmente calculado com base numa média de despesas para um determinado tipo de cuidados médicos). O membro deverá suportar assim uma parte dos custos.

**O co-pagamento (ticket moderador)**

Representa a parte das despesas de saúde que é deduzida no montante reembolsado ao membro. Este valor é expresso em termos de percentagem. Denomina-se ticket moderador porque permite moderar o consumo das despesas de saúde.

**Exemplo:** A mutualidade cobre 80 % do montante das despesas de internamento no hospital de... Para uma factura de 100.000 francos CFA, a mutualidade vai reembolsar  $100.000 * 80 \% = 80.000$  francos CFA. O co-pagamento é de 20 %.

**A franquia**

Quando uma mutualidade cobre apenas os montantes superiores a uma soma previamente fixada, essa soma tem o nome de franquia. Normalmente, a franquia é fixada em relação aos serviços abrangidos pela cobertura.

**Exemplo:** A mutualidade fixou a franquia dos internamentos em 5.000 francos CFA. Um membro com uma factura de 10.000 francos CFA será reembolsado através deste cálculo  $10.000 - 5.000 = 5.000$  francos CFA. Se a factura tivesse sido de 4.000 francos CFA, não seria comparticipada pela mutualidade.

**Limite da participação**

A mutualidade pode limitar as suas participações a um montante máximo para um acontecimento específico. O pagamento da parte das despesas que ultrapasse esse montante é da responsabilidade do associado. O limite da participação permite a restrição das despesas da mutualidade e a sua salvaguarda em casos de despesas excessivamente elevadas, que poderiam provocar a falência da organização.

**Exemplo:** a mutualidade fixou o limite de participação do internamento em 30.000 francos CFA. Se um dos seus membros tiver uma despesa de 40.000 francos CFA, terá uma participação de 30.000, sendo o pagamento dos restantes 10.000 francos CFA da sua inteira responsabilidade.

**Esquema n.º 1**

**As formas de concessão das prestações aos membros**

**Pagamento directo do custo dos cuidados pelo associado e reembolso pela mutualidade**

Prestações de cuidados e facturas

**Associado da mutualidade**

Pagamento directo (totalidade)

**Prestadores de cuidados**

Contribuições

Facturas

Reembolso (total ou parcial)

Convenções tarifárias

**Mutualidade**

**Pagamento directo do custo dos cuidados pela mutualidade (pagamento por terceiros)**

Prestações de cuidados

**Associado da mutualidade**

Pagamento da quota parte (co-pagamento)

**Prestadores de cuidados**

Contribuições

Pagamento

Facturas

Convenções tarifárias

**Mutualidade**

**Texto de apoio n.º 4****As formas de concessão das prestações aos membros**

Podem ser considerados dois casos na concessão das prestações dos membros, quer se trate de cuidados médicos fornecidos por prestadores convencionados com a mutualidade ou de cuidados acordados pelas estruturas criadas pela mutualidade.

**1. Caso das prestações em convenção com a mutualidade**

Geralmente, o custo dos serviços de saúde é dividido entre o doente e a mutualidade. Estabelece-se portanto uma relação tripartida entre o associado, a mutualidade e o prestador de serviços.

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

- O paciente pode pagar o montante total dos serviços que beneficiou e depois é reembolsado.
- Ou, a mutualidade paga directamente ao prestador de cuidados (sistema de pagamento por terceiros).
- Consoante o tipo de cuidados, estes dois modos podem ser combinados por uma mutualidade, por exemplo : reembolso ao associado nas pequenas despesas (consultas) e pagamento directo aos prestadores de cuidados de saúde nas despesas mais importantes (internamentos).

***Pagamento dos cuidados de saúde pelo associado***

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

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

- a identificação do prestador de cuidados,
- a identificação exacta do beneficiário,
- a natureza das prestações,
- o preço e a data da prestação.

Com o cartão de saúde, com o cartão de associado e a prova de pagamento, o associado pode apresentar-se nos escritórios da mutualidade para ser reembolsado.

Para o associado, os inconvenientes desta forma de pagamento são: por um lado, a obrigação de dispor da totalidade da soma necessária para o pagamento dos cuidados de saúde e, por outro, a necessidade de tomar medidas suplementares para ser reembolsado.

Para a mutualidade de saúde, a vantagem deste sistema é o facto de este limitar o sobreconsumo, a tendência para os abusos e a facturação fraudulenta. O inconveniente registado é o aumento do trabalho administrativo e dos respectivos custos.

### **Pagamento directo pela mutualidade**

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

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

Este sistema pode ser, administrativamente, mais económico (reagrupamento de pacientes por prestador e não por paciente), mas as possibilidades de controlo real dos cuidados prestados são menores, e sobretudo os riscos de sobreconsumo e de aumento dos custos são mais elevados.

## **2. Caso de formações médicas criadas pela mutualidade**

O serviços das formações médicas criados pelas mutualidades podem ser propostos aos associados e não associados, com tarifas preferenciais para os primeiros.

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

### **Centros de saúde e hospitais criados pela mutualidade**

Podem ser previstos vários casos:

- Ou as despesas do associado são comparticipadas a 100 % depois de terminado o período de observação: o associado é tratado com a apresentação do cartão de membro.
- Ou terão apenas as consultas gratuitas enquanto os cuidados médicos e os medicamentos são pagos de acordo com os produtos utilizados.
- Ou o associado paga uma franquia (participação da despesa) por cada consulta e acção aplicada.

- Ou a mutualidade fixa um montante de co-pagamento: o doente suporta assim, uma percentagem da despesa do custo global da consulta, cuidados médicos e intervenções técnicas.

### **Depósitos farmacêuticos da mutualidade**

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

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

**Texto de apoio n.º 5****As modalidades de remuneração dos prestadores de cuidados de saúde**

As modalidades de remuneração dos prestadores de cuidados (ou formações médicas) variam, frequentemente, consoante o escalão do sistema de saúde que garante as prestações (posto de saúde, centro de saúde, hospital distrital, hospital universitário ou regional, etc.). Estas modalidades de remuneração têm uma forte influência sobre o comportamento dos prestadores especialmente no que respeita os riscos de sobreprescrição de cuidados médicos. Algumas modalidades são mais vantajosas para a mutualidade, enquanto que outras beneficiam os prestadores.

**Centros de saúde**

Ao nível dos centros de saúde, a facturação pode ser realizada de diferentes formas:

- Um pagamento por pessoa inscrita no centro.  
O associado pode inscreve-se no centro de saúde da sua preferência, desde que esse centro tenha assinado uma convenção com a mutualidade. O centro de saúde compromete-se a tratar do associado e das pessoas sob sua responsabilidade durante um determinado período (geralmente um ano) em troca do pagamento de um determinado montante, independentemente dos cuidados necessários. Esse montante depois de pago, pertence ao centro de saúde, mesmo que depois o associado não recorra aos serviços prestados. Este sistema de pagamento permite limitar o sobreconsumo, porque depois de fixado o montante a pagar, o centro de saúde não tem interesse em fazer com que o associado volte às consultas, excepto nos casos em que seja necessário, nem em prescrever medicamentos inúteis. A maior dificuldade consiste em determinar o montante do pagamento.
- Um valor por cada situação de doença. O centro possui um montante que cobre as consultas, os medicamentos e as análises laboratoriais para cada situação de doença. A vantagem deste sistema é que os pacientes não interrompem um tratamento em curso por falta de meios.
- Um montante por consulta: este montante engloba o custo dos medicamentos e das análises laboratoriais. Frequentemente, regista-se um valor mais elevado da primeira consulta em comparação com as seguintes.
- Um montante por visita médica: neste caso, os medicamentos e as análises laboratoriais são contabilizados como um suplemento.

**Hospitais**

Ao nível dos hospitais, o pagamento é feito de acordo com as seguintes modalidades:

- O pagamento de um montante fixo por dia de internamento. Este valor engloba não só o internamento como também os cuidados médicos, cirúrgicos, de enfermagem, os actos técnicos, os medicamentos, etc.
- O pagamento de um montante fixo que cubra a duração da hospitalização. Nesse caso, a mutualidade reembolsa um montante único calculado com base na estimativa de duração média do internamento.
- Um pagamento por prestação ou por acção médica: todas as acções médicas, sendo o internamento e os medicamentos facturados em separado.

No caso de um internamento, a mutualidade pode limitar o número máximo de dias de internamento reembolsáveis ou fixar um limite de comparticipação por beneficiário. Os restantes gastos são da total responsabilidade do paciente.

**Texto de apoio n.º 6**

Exemplo de convenção: Convenção entre a Mutualidade de saúde de Koulahoun e o Centro de saúde da aldeia de Koulahoun

Foi estabelecido entre a Mutualidade de saúde de Koulahoun, representada pelo seu Presidente Sr. Oscar Ouédraogo, e, pelo Centro de saúde de Koulahoun representado pelo seu enfermeiro Sr. Jean Compaoré, os seguintes pontos:

**Artigo 1: Objecto**

A presente Convenção tem por objectivo definir as relação de parceria entre o Centro de saúde e a Mutualidade de Koulahoun.

**Artigo 2: Os compromissos****2.1 O Centro de saúde de Koulahoun compromete-se a:**

- fornecer cuidados médicos de qualidade no que se refere às consultas médicas, pequenas cirurgias (suturas, incisões de abscessos, circuncisões), assistência ao parto;
- aplicar aos beneficiários da mutualidade uma redução de 10 % nas tarifas de prestações anexas a esta Convenção;
- apresentar, todos os meses, as facturas dos diversos cuidados prestados, indicando a data, o nome do doente, os cuidados prestados, a tarifa... ;
- receber apenas os beneficiários que tenham, pelo menos, uma carta de garantia entregue pela mutualidade.

**2.2 A Mutualidade de Koulahoun compromete-se a:**

- entregar aos beneficiários uma carta de garantia para apresentar no Centro de saúde;
- pagar as facturas apresentadas pelo Centro de saúde, no máximo, uma semana após a sua transmissão à mutualidade. O pagamento é feito em dinheiro na caixa da mutualidade e à pessoa mandatada.

**Artigo 3: Duração**

A presente convenção tem um prazo de dois (2) anos renovável por recondução tácita.

**Artigo 4: Arbitragem**

Qualquer diferendo entre as duas (2) partes será resolvido de forma amigável. Caso contrário, será submetido às autoridades judiciais competentes na matéria.

**Artigo 5: Anulação**

A convenção pode terminar a qualquer momento, sempre que a parte que tome a iniciativa de ruptura, informe a outra parte por escrito com uma antecedência mínima de três (3) meses.

**Artigo 6: Revisão**

Esta convenção pode ser objecto de uma revisão sempre que seja necessário.

**Artigo 7: Data de validade**

A presente convenção tem efeito a partir da data de assinatura pelas duas partes.

Koulahoun, no dia .....

Assinaram:

**Pelo Centro de saúde:**

**Pela Mutualidade de saúde:**

O enfermeiro

O Presidente

**Anexo**

**Convenção entre a Mutualidade de saúde de Koulahoun  
e o Centro de saúde da aldeia de Koulahoun**

**Tarifas das acções médicas:**

<b>Descrição da acção médica</b>	<b>Tarifa (em Francos CFA)</b>
Consulta médica (7 dias)	100
Cuidados médicos com curativo	200
Suturas	300
Internamento de doentes	100
Cartão de cuidados médicos	150
Acompanhamento da gravidez	300
Acompanhamento do parto	1.500
Acompanhamento pós-natal da mãe	200
Inscrição no planeamento familiar	300
Acompanhamento do desenvolvimento da criança em fase de aleitamento	100
Boletim de vacinas	100

Os associados da mutualidade de saúde beneficiarão de uma redução de 10 % nas tarifas em vigor indicadas a seguir, de acordo com a convenção.

**Texto de apoio n.º 7****Os principais riscos ligados ao seguro de saúde**

Colocam-se sempre determinados riscos à todas as mutualidades que iniciam as suas actividades ou em crescimento. De forma a não colocar em risco a viabilidade das instituições, é conveniente tomar algumas medidas preventivas, porque o que se diz para a saúde também pode ser aplicado na gestão financeira: “mais vale prevenir que remediar!”

Os maiores riscos a que se expõe qualquer mutualidade ansiosa por propor os seus serviços ao conjunto da população, sem discriminação, podem ser os seguintes:

- o risco da “selecção adversa” ou da pré-selecção espontânea,
- o risco moral,
- o risco da sobreprescrição,
- as fraudes e os abusos,
- a ocorrência de casos “catastróficos”.

**O risco da selecção adversa**

Fala-se de selecção adversa quando as pessoas que apresentam um elevado risco de doença se inscrevem em grande número na mutualidade, fazendo com que as pessoas saudáveis evitem inscrever-se. Esta situação pode comprometer a viabilidade financeira da mutualidade, porque implica um nível de despesas demasiado elevado por beneficiário. Ao contrário do que acontece com um sistema de seguro privado do tipo comercial, a mutualidade não pode seleccionar os seus beneficiários, nem fazer com que cada um deles pague os prémios correspondentes ao seu risco pessoal. Para minimizar este risco, a mutualidade pode exigir que a unidade mínima de inscrição seja a família.

Durante a criação da mutualidade, convém, pelos mesmos motivos, realizar adesões simultâneas de todos os membros de um determinado grupo (por exemplo os membros de uma empresa, de um sindicato, de um grupo, de uma associação ou de uma comunidade religiosa, etc.).

**O risco moral**

O risco moral é a situação frequentemente verificada quando os membros ou as pessoas a seu cargo têm tendência para consumir de forma abusiva ou excessiva, os serviços propostos a partir do momento em que eles são assegurados. O facto da cotização ser independente do montante das despesas contraídas, incita os indivíduos a consumir o máximo de necessidades para “rentabilizar” os seus gastos.

Para reduzir este risco podem ser tomadas as seguintes medidas:

- instauração de uma participação nos custos (co-pagamento) a cargo dos associados ou de uma franquia (limiar a partir do qual as despesas são reembolsadas, ficando o restante a cargo dos associados);
- instauração de um sistema de referência obrigatória antes de ter acesso às necessidades de uma escala superior, geralmente mais dispendiosa: pode-se exigir por exemplo, que os beneficiários se apresentem no hospital depois de terem consultado um médico de clínica geral num centro de saúde, e apenas por recomendação deste último.

### **O risco da sobreprescrição**

Os prestadores de cuidados podem provocar um aumento brutal dos custos de saúde ao prescrever medicamentos inúteis sem oposição por parte do paciente pelo facto de ser assegurado.

As seguintes medidas podem contribuir para minimizar este risco:

- remuneração com base num pagamento por pessoa ou por cada caso de doença;
- normalização dos respectivos esquemas de tratamento e controlo pelo médico conselheiro da mutualidade;
- obrigação dos prestadores de prescrever medicamentos essenciais genéricos ou limitação do reembolso de determinados medicamentos incluídos numa lista estabelecida pela mutualidade;
- instauração de orçamentos para a cobertura dos cuidados de saúde (por exemplo, a mutualidade pode decidir cobrir apenas as despesas de uma pessoa ingressada no hospital durante um número limite de dias, ficando os restantes dias a cargo do associado);
- instauração de dias de incapacidade ou de um contrato de franquia no caso de hospitalização (por exemplo o primeiro dia de hospitalização a cargo do paciente para evitar hospitalizações dispensáveis);
- obrigação dos aderentes e das pessoas sob o regime da mutualidade de respeitar os esquemas de vacinação disponíveis para limitar os riscos de epidemias.

### **As fraudes e os abusos**

Uma mutualidade de saúde está exposta aos riscos de fraudes e abusos dos seus associados, especialmente quando é uma mutualidade importante. As fraudes e os abusos são provocados normalmente pela pressão que pode ser exercida num aderente por parte da sua família, pelo seu círculo de amigos ou pelos vizinhos.

Por exemplo, também pode acontecer que um associado realize uma selecção dos elementos da sua família sem cotizar todos os seus filhos. Assim quando um dos que não está abrangido fica doente, a tentação será fazê-lo passar por um dos que está inscrito no cartão de membro junto do pessoal médico.

Para evitar este risco podem ser aplicadas as seguintes medidas:

- garantir um controlo antes do recurso aos cuidados: o doente apresenta-se aos responsáveis da mutualidade, que lhe entregam um cartão de garantia, antes de recorrer aos cuidados médicos;
- garantir um controlo após o recurso aos cuidados: os responsáveis da mutualidade comprovam se aquelas pessoas que os médicos registam como recorrentes aos tratamentos, ficaram realmente doentes durante o respectivo período. A fraude não é evitada, mas pode ser corrigida e sancionada;
- colocar uma fotografia de identificação do membro e das pessoas abrangidas no cartão de adesão. No entanto, esta solução torna-se geralmente dispendiosa e pode diminuir o número de adesões.

### **A ocorrência de casos “catastróficos”**

Este risco diz respeito às mutualidades que cobrem os grandes riscos, sem limites de indemnização. Esta situação ocorre principalmente quando uma mutualidade inicia as suas actividades: se surgir uma despesa de saúde muito elevada nessa altura, a mutualidade ficará rapidamente numa situação de crise financeira.

A primeira resposta a este tipo de risco é a criação de reservas financeiras significativas. O acesso a um fundo de garantia ou a possibilidade de se ressegurar constituem uma protecção suplementar e eficaz.

**Conjunto modular de formação n.º 2:  
Criação de uma mutualidade de saúde**

## **MÓDULO 1**

**As etapas  
da criação de  
uma mutualidade de saúde**

# Sumário

## Módulo 1: As etapas de criação de uma mutualidade de saúde

<b>Desenvolvimento da formação</b>	<b>Página</b>
<b>1. O processo de criação de uma mutualidade de saúde</b>	175
1.1 A importância do processo de criação de uma mutualidade de saúde	175
1.2 As diferentes etapas do processo de criação de uma mutualidade de saúde	176
<b>1. Etapa 1 : Tomada de consciência e de decisão para a criação de uma mutualidade de saúde</b>	177
2.1 Sensibilização e motivação da população alvo	177
2.2 Verificação da satisfação das condições necessárias	178
2.3 Constituição de um grupo de trabalho que represente a população alvo	179
<b>3. Etapa 2 : Estudo do contexto</b>	181
<b>4. Etapa 3 : Definição da fórmula mutualista</b>	183
<b>5. Etapa 4 : Constituição da mutualidade de saúde</b>	186
5.1 Elaboração dos estatutos e do regulamento interno	186
5.2 A Assembleia Geral Constituinte (AGC)	187
<b>6. Encerramento do Módulo</b>	188
<b>Suportes Pedagógicos</b>	
Texto de apoio n.º 1: As condições necessárias à criação de uma mutualidade de saúde	191
Texto de apoio n.º 2: Estudo do contexto: As informações a recolher	193
Texto de apoio n.º 3: Quais os tipos de cuidados que a mutualidade deve cobrir?	197
Texto de apoio n.º 4: Cálculo das Contribuições	201
Texto do trabalho de grupos n.º 2: A criação da Mutualidade de Saúde de Mogbala	205
Correcção do trabalho de grupos n.º 2: A criação da Mutualidade de Saúde de Mogbala	213
Texto de apoio n.º 5: Estatuto da Mutualidade de Fandène	217
Texto de apoio n.º 6: Regulamento interno da Mutualidade de Fandène	219
Texto de apoio n.º 7: A Assembleia Geral Constituinte (AGC)	221

# 1. As etapas da criação de uma mutualidade de saúde

## Objectivos

No final deste módulo os participantes serão capazes de:

- descrever o processo de criação de uma mutualidade de saúde;
- realizar um estudo do contexto no qual será criada a mutualidade;
- analisar os factores a ter em conta para definir uma fórmula mutualista adaptada a um dado contexto;
- realizar um estudo de exequibilidade financeira da criação de uma mutualidade de saúde;
- preparar e realizar a AGC de uma mutualidade de saúde;

## Grupos-Alvo

- Promotores de mutualidades de saúde;
- Gestores das mutualidades de saúde;

## Pré-requisitos

Módulo “Fundamentos e especificidades das mutualidades de saúde”

## Duração

12h 45

## Conteúdo

- A importância do processo de criação de uma mutualidade de saúde
- As diferentes etapas do processo de criação de uma mutualidade de saúde:
- Etapa 1: Tomada de consciência e de decisão da criação de uma mutualidade de saúde
- Etapa 2: Estudo do contexto
- Etapa 3: Definição da fórmula mutualista
- Etapa 4: Constituição da mutualidade de saúde

## Métodos

- Exposição
- Plenário (trabalho e síntese)
- Trabalhos de grupo

## Suportes materiais

- *Metaplan*
- Quadro preto
- Quadro de papel
- Retroprojector

## Suportes pedagógicos

- Textos dos trabalhos de grupo
- Textos de apoio

# **1. O processo de criação de uma mutualidade de saúde**

## **1.1 A importância do processo de criação de uma mutualidade de saúde**

### **a. Exposição (0h 15)**

Faça uma exposição com base no texto seguinte:

A criação de uma mutualidade de saúde é frequentemente um processo lento, que passa por várias etapas e que possui inúmeras dificuldades: falta de informações sanitárias e financeiras, desinteresse por parte de alguns responsáveis, etc.

Esta fase da criação da mutualidade é determinante. Qualquer erro cometido quanto à escolha das actividades, à definição da organização ou quanto ao cálculo das contribuições irá penalizar a viabilidade futura da mutualidade.

À criação de uma mutualidade seguir-se-á uma fase de crescimento, que se alargará até à obtenção do ponto de equilíbrio. Esta segunda fase é bastante longa, durando entre 2 a 3 anos, mas permitindo clarificar as hipóteses surgidas durante a fase de criação graças à experiência adquirida ao longo dos primeiros anos de funcionamento.

A fase de crescimento da mutualidade será mais rápida e harmoniosa se a fase de criação tiver sido realizada cuidadosamente.

## **1.2 As diferentes etapas do processo de criação de uma mutualidade de saúde**

### **b. Trabalho em plenário (0h 30)**

Peça aos participantes que escrevam numa ficha de cartão (uma ideia por ficha) as diferentes etapas do processo de criação de uma mutualidade de saúde. Agrupe as respostas através do *Metaplan*, pedindo aos participantes que indiquem a ordem correcta das etapas.

Se necessário, complete as respostas com os elementos seguintes:

**Etapa 1:** Tomada de consciência, pelos potenciais associados, das dificuldades e das necessidades partilhadas em matéria de saúde, e decisão de criação de uma solução comum: a mutualidade de saúde:

- Sensibilização e motivação da população alvo;
- Verificação da satisfação das condições necessárias à criação de uma mutualidade de saúde;
- Constituição de um grupo de trabalho.

**Etapa 2:** Estudo do contexto de forma a dispor do conjunto de informações necessárias à determinação das características da futura mutualidade.

**Etapa 3:** Definição da fórmula mutualista mais correcta: serviços, organização e funcionamento da mutualidade:

- escolha dos riscos a cobrir e dos serviços a oferecer;
- escolha dos prestadores de cuidados de saúde;
- definição da organização interna;
- definição das formas de funcionamento;
- fixação do orçamento.

**Etapa 4:** Constituição da mutualidade e início das actividades:

- preparação e duração da AGC;
- início das actividades.

Indique que a verificação da satisfação das condições necessária à criação da mutualidade (etapa 1) e que os elementos abordados nas etapas 2 e 3 constituem o “estudo de exequibilidade” da criação da mutualidade.

## **2. Etapa 1:**

Tomada de consciência e de decisão da criação de uma mutualidade de saúde.

### **2.1 Sensibilização e motivação da população alvo**

#### **c. Exposição (0h 15)**

Faça uma exposição baseando-se no texto seguinte:

Esta primeira etapa tem como base a organização de sessões de sensibilização e de motivação com:

- as associações locais, devendo dar-se uma atenção especial aos grupos de entreatajuda, (associações femininas, tontinas e outros grupos que possuam caixas de entreatajuda),
- as autoridades locais, tradicionais, administrativas e religiosas.

O objectivo é fazer com que a população alvo se envolva completamente num processo de reflexão baseado na observação e na análise das necessidades em matéria de saúde identificadas pela própria.

A sensibilização e a motivação são contínuas, e intervêm em todas as etapas de criação da mutualidade, tendo um papel importantíssimo na terceira etapa, onde a população alvo deverá participar activamente na escolha dos serviços e das respectivas contribuições.

## 2.2 Verificação da satisfação das condições necessárias

### d. Trabalho em plenário (0h 30)

Peça aos participantes que enumerem as condições que devem ser satisfeitas para criar uma mutualidade de saúde. Afixe as respostas no quadro de papel e, se necessário, complete-as com base nos elementos seguintes e no texto de apoio n.º 1.

As principais condições que devem ser satisfeitas para a criação de uma mutualidade de saúde são:

- Ligações de solidariedade entre os associados — Estas ligações constituem o alicerce da mutualidade. Sem uma verdadeira vontade de entreatajuda face a um risco comum, os associados não demonstrarão qualquer desejo de se implicarem activamente na criação e no funcionamento da sua mutualidade;
- Necessidade prioritária de protecção face a um risco de doença — Os associados não estarão verdadeiramente motivados se não entenderem que o risco financeiro ligado à doença é um dos riscos mais importantes com os quais se vêem confrontados;
- Serviços de saúde com qualidade num ambiente próximo das populações alvo — É necessário que os problemas encontrados pelas populações estejam ligados à acessibilidade financeira, e aos serviços de saúde, e não à demora desses serviços, à sua falta de qualidade, etc. Uma mutualidade pode criar formação médica, mas essa situação implica um projecto avultado, que nem sempre é possível realizar;
- Confiança entre associados e os promotores do sistema — este é um factor determinante, sobretudo se a população alvo já tiver tido experiências semelhantes (cooperativas de serviços, caixas económicas e de crédito, etc.) que não tenham sido bem sucedidas;
- Dinâmica de desenvolvimento — A existência de uma dinâmica de desenvolvimento económico favorece, sobretudo nas regiões rurais, a introdução de um financiamento mutualista dos serviços de saúde. As actividades económicas rentáveis proporcionam às populações recursos financeiros que facilitam o pagamento das contribuições.

Distribua o texto de apoio n.º 1. Sublinhe o facto de que, no final desta etapa, a criação de uma mutualidade de saúde ainda não é uma solução fixa.

Pode suceder, por exemplo, que as necessidades expressas pelas populações não coincidam com o campo de acção de uma mutualidade ou até mesmo que não existam ligações de entreatajuda e de solidariedade. Se fosse o caso, o processo de criação da mutualidade seria concluído nesse ponto, orientando-se talvez na direcção de outro sistema de previdência: assistência gerida por um prestador de cuidados de saúde, pré-pagamento, etc.

## 2.3 Constituição de um grupo de trabalho que represente a população alvo

### e. Exposição (0h 15)

Faça uma exposição com base no texto seguinte:

Alguns promotores desejam realizar sozinhos a análise das necessidades e da informação, propondo em seguida um sistema de “chaves na mão” aos futuros associados. Este passo conduz frequentemente a um desfasamento entre as previsões da população alvo e os objectivos fixados pelos promotores.

Tendo em conta que, por razões evidentes, não é possível que todos os membros da população alvo estejam envolvidos nos trabalhos a realizar para a criação de uma mutualidade, é importante que essa mesma população designe um grupo de trabalho. Os membros deste grupo de trabalho deverão:

- participar nos estudos preparatórios;
- mostrar o resultado dos seus trabalhos à população alvo e assegurar que a motivação e a informação são contínuas;
- recolher as opiniões dos potenciais associados e facilitar o processo de decisão colectiva quanto à escolha a efectuar.

De forma a cumprirem as tarefas que lhes foram incumbidas, os membros do grupo de trabalho devem possuir um determinado nível de escolarização, mas também uma grande confiança por parte da população. Devem receber também uma primeira formação para adquirirem os conhecimentos base dos princípios e formas de funcionamento de uma mutualidade de saúde. Esta formação pode ser dada de várias formas, tal como a participação em reuniões organizadas pelos organismos de desenvolvimento ou a visita a mutualidades já existentes.

Os membros do grupo de trabalho deverão conhecer em particular:

- os princípios base da mutualidade;
- a forma de funcionamento e as especificidades de uma mutualidade de saúde;
- o tipo de serviços que uma mutualidade pode oferecer;
- as formas de organização e de funcionamento das mutualidades de saúde.

Os conhecimentos iniciais serão aprofundados com a aprendizagem resultante da participação nas diferentes etapas de criação da mutualidade.

### **3. Etapa 2**

#### **Estudo do contexto**

##### **f. Exposição (0h 15)**

Faça uma exposição baseando-se no texto seguinte:

É importante conhecer profundamente o contexto no qual a mutualidade vai trabalhar, dispondo para isso de informações sobre os aspectos demográficos, sócio-económicos, sanitários, financeiros e jurídicos. Estes dados são necessários para avaliar a exequibilidade global do projecto, particularmente para determinar as necessidades reais da população, realizar previsões financeiras e definir os benefícios a conceder.

É necessário limitar-se estritamente à recolha de informações práticas e úteis para a criação de uma mutualidade de saúde. Em muitos casos a experiência mostra que esta precaução não é tida em conta, acumulando-se muita informação que não é utilizada (informação desnecessária, excessiva ou não utilizável).

Antes de iniciar qualquer trabalho de pesquisa, é conveniente contactar diversas instituições: administrativas, universitárias, autoridades locais, centros de documentação, etc., para recolher as informações já disponíveis.

##### **g. Trabalho de grupo n.º 1 (2h 00)**

Apresente num quadro de papel os diferentes elementos do estudo do contexto:

- aspectos demográficos;
- prestação de cuidados de saúde;
- quadro jurídico e institucional;
- formas de solidariedade e de organização da população;
- rendimentos das famílias e despesas de saúde;
- situação sanitária e necessidades em matéria de saúde;
- financiamento dos cuidados de saúde;
- outros meios materiais e humanos disponíveis.

Crie grupos de trabalho e peça aos participantes que determinem para cada um destes elementos:

- Quais as diferentes informações que é necessário recolher?;
- Para que fim são utilizadas essas informações (por exemplo: calcular o número de beneficiários, calcular as contribuições, etc.)?
- Junto de que entidades se podem obter essas informações?

#### **h. Síntese em plenário (1h 30)**

Os resultados do trabalho de grupo n.º 1 deverão ser apresentados por um representante de cada grupo de trabalho.

Distribua o texto de apoio n.º 2, que tem por objecto o estudo do contexto. O texto deve ser lido e discutido.

### **4. Etapa 3 : Definição da fórmula mutualista**

#### **i. Exposição (0h 15)**

Faça uma exposição com base no texto seguinte:

A etapa precedente sobre o estudo do contexto tinha por objectivo reunir todas as informações necessárias à definição das actividades, da organização e do funcionamento da mutualidade de saúde. Esta etapa trata da análise dessas informações, de forma a identificar a fórmula mutualista que melhor se adapta às necessidades, ao contexto e aos hábitos locais.

Este trabalho de análise é realizado pelo grupo de trabalho com o eventual apoio de intervenientes exteriores. É no entanto necessário partilhar regularmente esta análise com a população alvo através de reuniões de motivação, com o objectivo de:

- ter conhecimento das opiniões dos potenciais associados;
- ter uma visão mais correcta da percepção que a população tem sobre a sua situação sanitária e das suas dificuldades, etc.;
- implicar directamente os futuros associados na preparação das escolhas que resultem desta análise. Esta implicação facilitará a tomada de decisão na AGC.

As escolhas a fazer antes de a mutualidade iniciar as suas actividades assentam:

- nos riscos a cobrir;
- nos benefícios e contribuições correspondentes;

- nos prestadores de cuidados com os quais a mutualidade estabelecerá uma convenção;
- na organização interna da mutualidade de saúde e nas formas práticas de funcionamento da mutualidade.

Ao longo desta etapa, elaborar-se-á igualmente um programa de acção e um orçamento previsional, que irá traduzir em termos financeiros o conjunto das escolhas realizadas.

#### **j. Trabalho em plenário (0h 30)**

Coloque a seguinte questão aos participantes:

“Quais são os elementos a ter em conta para escolher os cuidados que a mutualidade deve cobrir?”

Complete as respostas com a ajuda dos elementos seguintes e do texto de apoio n.º 3, que distribuirá seguidamente.

A cobertura de riscos a oferecer pela mutualidade deve ser:

- **pertinente** — os cuidados cobertos devem corresponder às necessidades reais da população alvo em matéria de saúde, e o seu reembolso através da assistência deve constituir uma vantagem para esta;
- **visível** — é necessário que os associados se possam aperceber rapidamente das vantagens oferecidas pela mutualidade. Caso contrário, o risco de desmotivação é bastante grande face ao esforço que representa o pagamento regular das contribuições;
- **de um custo acessível** — é muito importante que o valor da contribuição seja compatível com a capacidade contributiva dos potenciais associados.

#### **k. Trabalho em plenário (1h 30)**

Mencione que a determinação dos serviços a oferecer e das contribuições correspondentes constitui uma actividade fulcral na criação de uma mutualidade de saúde. Tratar-se-á de estabelecer várias fórmulas de cobertura de despesas de saúde que terão de ser comparadas com as necessidades dos potenciais associados, assim como com a sua capacidade contributiva.

Organize um debate sobre a seguinte questão:

“Quais os diferentes passos ou métodos que podem ser utilizados para determinar o valor das contribuições?”

Organize as respostas fazendo referência aos diversos modos de cálculo apresentados no texto de apoio n.º 4. Com a ajuda de questões, ajude os participantes a completarem as suas respostas de forma a que surjam os pontos sublinhados no texto de apoio.

Distribua seguidamente o texto de apoio n.º 4. Depois da leitura do texto de apoio, compare os pontos sublinhados com as respostas dadas pelos participantes.

## **l. Trabalho de grupo n.º 2 (2h 00)**

Distribua o texto do trabalho de grupo n.º 2. Depois da sua leitura, responda às questões de esclarecimento.

## **m. Síntese em plenário (1h 00)**

Para esta síntese, são possíveis dois métodos:

- Se os grupos de trabalho forem muito numerosos, escolha um aleatoriamente. A síntese realizar-se-á sob a forma de um jogo onde o grupo que tiver sido tirado à sorte terá de apresentar à população as suas conclusões sobre o sistema mutualista a criar. Os outros participantes representarão a população, e irão defender os seus pontos de vista, baseando-se nos resultados do seu próprio grupo de trabalho.
- Se os grupos forem pouco numerosos, peça a cada um que apresente as suas conclusões e organize um debate sobre os diferentes cenários possíveis.

Em seguida, distribua a correcção do trabalho de grupo n.º 2.

## **5. Etapa 4: Constituição da mutualidade de saúde.**

Explique aos participantes que esta etapa conclui as precedentes e que marca a nascença efectiva da mutualidade de saúde. Esta etapa engloba:

- a elaboração de um projecto de estatutos;
- a redacção de um projecto de regulamento interno;
- a determinação da ordem de trabalhos da AGC;
- a convocação da AGC;
- a realização da AGC.

### **5.1 Elaboração dos estatutos e do regulamento interno**

## **n. Trabalho em plenário (1h 00)**

Coloque aos participantes as questões que se seguem. À medida que as respostas forem sendo dadas, anote-as no quadro de papel e, se necessário, complete-as, fazendo referência às propostas seguintes:

“Quais os diferentes pontos que devem figurar nos estatutos?”

- a denominação e a sede da mutualidade;
- os objectivos da mutualidade;
- os serviços propostos;
- as condições de adesão e de cobertura dos beneficiários;
- as modalidades de fixação das contribuições, incluindo o seu montante;
- as formas e os procedimentos relativos à eleição dos membros do conselho de administração;
- as regras de funcionamento da mutualidade não previstas na Lei ou nos regulamentos oficiais.

“Qual a importância dos estatutos da mutualidade de saúde?”

As regras relativas aos objectivos e ao funcionamento das mutualidades são definidas pelos estatutos que determinam os direitos e as obrigações dos associados e dos responsáveis e que fixam as modalidades, garantindo um funcionamento democrático e solidário (vários órgãos de gestão a criar, a sua composição e as suas competências, etc.).

Os estatutos constituem o contrato colectivo entre os associados e a sua mutualidade. Servem de referência nas relações entre a mutualidade e terceiros: a administração, os prestadores de cuidados de saúde com os quais são celebrados contratos, os indivíduos que querem aderir à mutualidade, etc.

“Qual é a diferença entre os estatutos e o regulamento interno?”

O regulamento interno completa os estatutos, determinando várias disposições respeitantes ao funcionamento prático da mutualidade que não se encontram listadas nos estatutos.

**o. Trabalho individual (0h 30)**

Peça aos participantes para lerem os estatutos e o regulamento interno distribuído nos textos de apoio n.º 5 e 6 e para destacarem as diferenças e as complementaridades entre os dois textos.

## **5.2 A Assembleia Geral Constituinte (AGC)**

**p. Exposição (0h 15)**

Faça uma exposição baseando-se no texto seguinte:

Por razões de eficácia, os impulsionadores do projecto regulam os documentos de base que irão submeter à população alvo reunida em Assembleia Geral Constituinte.

Esta AGC tem por objectivos:

- informar os potenciais associados sobre o projecto de criação de uma mutualidade: a sua filosofia; os seus objectivos globais; as suas vantagens e desvantagens; a sua gestão, etc.;
- discutir as diferentes opções do projecto;
- tomar decisões definindo a organização e o funcionamento da mutualidade (estatutos e regulamento interno, eleição dos órgãos, etc.).

Distribua e comente o texto de apoio n.º 7 sobre a AGC.

## **6. Encerramento do Módulo**

**q. Síntese em plenário (0h 15)**

Encerre o módulo recordando as diferentes etapas do processo de criação de uma mutualidade de saúde.

# **Suportes pedagógicos**

## **Texto de apoio n.º 1**

### **As condições necessárias à criação de uma mutualidade de saúde.**

Uma mutualidade de saúde nem sempre é o sistema de previdência mais bem adaptado a um determinado contexto. Uma primeira actividade consiste em verificar a existência de várias condições necessárias à criação de uma mutualidade.

### **É necessário que existam ligações de solidariedade entre os futuros associados.**

A solidariedade é um factor indispensável a qualquer grupo de entreajuda, sendo a base fundamental da mutualidade. As ligações de solidariedade necessárias à criação de uma mutualidade de saúde podem provir de diversas situações: habitantes da mesma aldeia ou do mesmo bairro; trabalhadores da mesma empresa; membros de um movimento social, etc.

### **Os potenciais associados devem ter dificuldades financeiras para acederem aos cuidados de saúde.**

A futura mutualidade de saúde solucionará principalmente os problemas financeiros no acesso aos cuidados de saúde. Esta dificuldade constitui o primeiro elemento justificativo da criação de uma mutualidade.

Para que a população alvo se interesse verdadeiramente pela mutualidade, é necessário que esta responda não só a uma necessidade real, mas também que essa necessidade seja considerada prioritária ou pelo menos importante. No início do projecto, nem sempre se cumpre esta condição. É necessário portanto ajudar as populações a clarificar e a exprimir as suas necessidades de forma correcta.

### **A população alvo deve ter confiança nos impulsionadores do projecto.**

Os potenciais associados da futura mutualidade devem ter confiança nos impulsionadores do projecto. A verdade é que vão confiar as suas contribuições à organização que se encontre a gerir a mutualidade. Assim, os antecedentes relativos ao relacionamento entre a população e os impulsionadores do projecto serão elementos importantes na apreciação das possibilidades de criação de uma mutualidade de saúde.

A confiança da população no projecto será assim condicionada pelos sucessos ou pelos insucessos que já pôde observar no mesmo domínio ou em experiências semelhantes (cooperativas de serviços, caixas económicas e de crédito, etc.). Estas últimas deverão ser analisadas para determinar a exequibilidade do projecto de criação da mutualidade e para definir o caminho a tomar.

A atitude das autoridades locais (oficiais, tradicionais, etc.) face ao projecto é também muito importante, sendo portanto do maior interesse dos impulsionadores do projecto o rápido contacto com estas autoridades. Contudo, uma atitude positiva por parte das autoridades locais não constitui uma condição indispensável ao início e desenvolvimento da mutualidade.

### **É necessário disponibilizar serviços de saúde com qualidade.**

A mutualidade de saúde deve contar com uma oferta de serviços que possam satisfazer as principais necessidades dos seus associados. Estes serviços podem ser prestados por centros de saúde, hospitais ou por profissionais de saúde do sector privado que trabalhem individualmente (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.).

O local onde estes serviços são prestados não deve ser muito afastado dos locais de residência ou de trabalho da população alvo da mutualidade, e os serviços devem ter qualidade. A população deve ter um acesso limitado aos cuidados de saúde sobretudo devido a razões de ordem financeira (capacidade insuficiente para pagamento dos cuidados de saúde).

Apesar disso, é possível que alguns centros de saúde que não sejam apreciados pelas populações porque se vêem, por exemplo, frequentemente confrontados com falta de medicamentos ou porque o acolhimento nem sempre é agradável (normalmente relacionado com o nível de salários do pessoal, o estado dos equipamentos, etc.). É então necessário verificar se a mutualidade pode dar uma resposta a essas deficiências (melhor disponibilidade financeira, que permita a existência de reservas de medicamentos, aumento da remuneração do pessoal para que este se sinta mais motivado, etc.).

A mutualidade só criará os seus próprios centros de saúde ou hospitais se não existirem prestadores de cuidados de saúde próximos da população que lhes possam fornecer serviços de qualidade (eventualmente com a ajuda da mutualidade). Se estes serviços existirem, mas tiverem um custo muito elevado, pode considerar-se a hipótese de criar formações médicas ligadas à mutualidade.

As formações médicas criadas por iniciativa da mutualidade devem ter uma personalidade jurídica distinta da personalidade da mutualidade. Por outro lado, é muito importante conhecer e distinguir os resultados financeiros de cada estrutura, separar a sua gestão e não confundir as responsabilidades das respectivas Direcções.

### **Compromisso de uma dinâmica de desenvolvimento económico.**

A existência de uma dinâmica de desenvolvimento económico facilita, sobretudo nas zonas rurais, a introdução de um financiamento mutualista dos serviços de saúde. As actividades económicas rentáveis proporcionam às populações recursos financeiros que, embora não lhes permitam custear individualmente os seus cuidados de saúde, podem ao menos permitir-lhes fazê-lo de forma colectiva, através da solidariedade entre pessoas saudáveis e doentes.

## Texto de Apoio n.º 2

### Estudo do contexto: as informações a recolher

<b>Os elementos a estudar</b>	<b>Objectivos</b>	<b>Fontes</b>
<b>Aspectos demográficos:</b>  - o efectivo e o crescimento da população; - a divisão da população da zona por idades e por sexos; - o tamanho médio das famílias e a sua composição (homens, mulheres, crianças, outros indivíduos dependentes); - a dinâmica dos movimentos migratórios.	Conhecer a população alvo para:  - estabelecer as contribuições; - identificar a oportunidade de uma adesão individual ou familiar - seguir a taxa de admissão da mutualidade, etc.	Recenseamentos nacionais ou regionais realizados pelo Estado ou por outras instituições (centros de apoio aos produtores, ONG, etc.)  Inquéritos junto das famílias (tamanho e composição das famílias).
<b>Assistências disponíveis:</b>  - nome e divisão geográfica dos prestadores de cuidados; - natureza dos serviços de saúde prestados (consultas, hospitalizações, saúde materna, etc.) - qualidade dos cuidados prestados; - efectivos e qualificações do pessoal de saúde; - percepção que a população tem dos prestadores de cuidados de saúde; - distâncias entre os prestadores de cuidados de saúde e a população alvo (raio de acção dos prestadores); - circuitos de distribuição de medicamentos, disponibilidade dos medicamentos essenciais e genéricos.	Identificar o tipo de serviços de saúde susceptíveis de serem cobertos pela mutualidade.  Identificar os prestadores de cuidados de saúde susceptíveis de fornecer os seus serviços aos associados da mutualidade.	Direcção regional de Saúde (ou instituição administrativa equivalente).  ONG e outras organizações que trabalhem do domínio sanitário.  Inquéritos junto das famílias: os prestadores de cuidados de saúde mais apreciados.
<b>Quadro jurídico e institucional:</b>  - textos que permitam dar uma personalidade jurídica à mutualidade; - textos respeitantes à política de Saúde: organização dos serviços de saúde, prevenção, etc.;	Conhecer o quadro legislativo e institucional que vai reger o funcionamento da mutualidade.	Autoridades públicas.  ONG, cooperativas ou outras formas de associativismo local.  Direcção Regional de Saúde ou equivalente.

- textos relativos à política dos medicamentos (englobando as leis e regulamentos que fixam os preços)		
--	--	--

Nota: A existência de uma legislação própria à mutualidade, como por exemplo um código da mutualidade, não é indispensável à criação de uma mutualidade. Consoante os países, esta pode ter outra forma jurídica: cooperativa, associação com fins não lucrativos, etc.

<p><b>Formas de solidariedade e de organização da população:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formas actuais e passadas de organização da população (comunidades base, comités de bairro, cooperativas, agrupamentos, associações, tontinas, etc.)</li> <li>- Organização e funcionamento das associações de entreaajuda locais: órgãos, formas de recolha das contribuições, problemas encontrados, etc.,</li> <li>- Práticas de entreaajuda e de solidariedade já existentes em matéria de saúde.</li> </ul>	<p>Identificar a possibilidade de rentabilizar a experiência local em matéria de organização e de práticas actuais de entreaajuda e de solidariedade.</p>	<p>Associações, cooperativas, tontinas, caixas de entreaajuda, etc.</p>
<p><b>Rendimentos das famílias e despesas de saúde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- actividades económicas da população;</li> <li>- natureza da produção agrícola, parte comercializada e parte de consumo próprio;</li> <li>- nível dos rendimentos no seio da população, a sua divisão e a evolução do poder de compra;</li> <li>- orçamento familiar anual e parte desse orçamento destinado à saúde.</li> </ul>	<p>Identificar os períodos favoráveis ao pagamento das contribuições.</p> <p>Determinar a capacidade contributiva: montante médio que as famílias podem pagar em forma de contribuição.</p>	<p>Inquéritos nacionais e/ou regionais.</p> <p>ONG e projectos locais.</p> <p>Inquéritos junto às famílias (complexos a realizar).</p>
<p><b>Situação sanitária e necessidades em matéria de saúde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- necessidades prioritárias em matéria de saúde;</li> <li>- taxa de frequência dos prestadores de cuidados de saúde (por serviços)</li> <li>- doenças correntes;</li> <li>- taxa de mortalidade/morbidez (por</li> </ul>	<p>Identificar os riscos prioritários a cobrir.</p> <p>Dispor dos parâmetros de cálculo das contribuições.</p>	<p>Direcção regional de Saúde (ou instituição administrativa equivalente).</p> <p>Prestadores de cuidados de saúde: registos de consultas, hospitalizações, saúde materna, etc.</p>

doenças infecciosas e parasitárias); - taxa de desnutrição - mortalidade infantil.		
<b>Financiamento dos cuidados de saúde:</b>  - formas de funcionamento e de financiamento das despesas de saúde,  - custos dos cuidados de saúde,  - iniciativas em matéria de financiamento dos cuidados de saúde	Dispor dos parâmetros de cálculo das contribuições.  Escolher as modalidades de concessão dos subsídios e de remuneração dos prestadores de cuidados de saúde.	Normas da OMS, das ONG e de outras organizações que operem no domínio sanitário.  Inquéritos junto das famílias e dos utilizadores dos serviços de saúde.

**Outros elementos:** Identificação dos meios materiais (locais, etc.), humanos (competências locais, etc.) e outros (instituições bancárias, fornecedores de bens e serviços (tipografias, etc.).

### Texto de apoio n.º 3

#### Quais os tipos de cuidados que a mutualidade deve cobrir?

Uma mutualidade de saúde não anula o custo dos cuidados de saúde. Ela altera as formas de reembolso através de um sistema de previdência e de mutualismo dos riscos.

Por outras palavras, a contribuição pedida aos associados deve corresponder aos custos dos cuidados de saúde que serão cobertos pela mutualidade. Consequentemente, verifica-se que uma cobertura de todos os tipos de cuidados e serviços de saúde seria pouco realista, visto que exigiria uma contribuição muito elevada, e portanto inacessível aos associados que possuem rendimentos mais baixos. Assim, é necessário seleccionar, conjuntamente com os potenciais associados, os cuidados que serão cobertos pela mutualidade. A escolha condicionará a viabilidade da mutualidade.

Para melhor entender a incidência desta escolha é igualmente necessário ter em conta as razões que motivam um chefe de família a aderir a uma mutualidade de saúde. Dois motivos podem incitar o pagamento de contribuições:

- proteger os membros da sua família, e ele próprio, contra determinados riscos (motivação individual)
- fazer parte de um movimento de entajuda e de solidariedade que assegure uma protecção colectiva (motivação colectiva).

Estas duas motivações encontram-se estreitamente ligadas: será que um indivíduo se presta a ser solidário e a aderir aos valores mutualistas se não tiver a sensação de obter alguns benefícios no que diz respeito à satisfação das suas próprias necessidades de saúde? Na realidade, a

solidariedade só será duradoura se cada um se aperceber, de uma maneira ou de outra, que se trata de uma forma de satisfazer os seus próprios interesses.

A escolha dos cuidados a cobrir deve satisfazer determinados critérios para que a fórmula mutualista promovida seja viável e atractiva.

### **A cobertura dos cuidados de saúde deve ser pertinente.**

Os cuidados a cobrir devem corresponder efectivamente às situações de risco indicadas pelos associados. Estes riscos encontram-se normalmente divididos em dois grandes grupos: os pequenos riscos (cuidados de saúde primários) e os grandes riscos (cuidados de saúde secundários e terciários).

Os promotores de uma mutualidade de saúde dividem-se normalmente quanto à pertinência de cobrir um ou outro destes dois grupos de riscos.

Os cuidados de saúde primários constituem a primeira porta de entrada no sistema sanitário. Os seus custos são normalmente pouco elevados. Uma cobertura dos pequenos riscos visa antes de mais facilitar um acesso rápido aos cuidados, de forma a evitar uma degradação do estado de saúde do doente.

Contudo, a cobertura dos cuidados de saúde primários por um sistema de assistência esbarra em duas grandes contrariedades:

- Devido à frequência destes riscos, a contribuição torna-se muito mais elevada, dificultando o acesso das famílias mais pobres à mutualidade.
- A cobertura dos pequenos riscos sujeita-se particularmente aos fenómenos de selecção adversa e de risco moral. A viabilidade financeira da mutualidade será assim fragilizada.

Por outro lado, a cobertura dos grandes riscos tem por objectivo a organização de uma protecção contra os cuidados mais dispendiosos e por conseguinte dos que colocam mais dificuldades financeiras às famílias, nomeadamente nos casos de aparecimento de doenças graves e urgentes.

Uma cobertura única dos grandes riscos permite fixar uma contribuição menos elevada, apesar do custo das intervenções médicas, visto que a frequência da doença é mais espaçada. A cobertura dos grandes riscos pode sofrer as seguintes contrariedades:

- A frequência das hospitalizações e das intervenções cirúrgicas é espaçada. Segundo os contextos, podemos estimar que, em 100 pessoas somente entre 4 a 8 irão recorrer aos cuidados de saúde secundários num ano. A mutualidade será então pouco visível (critério seguinte), donde advém um forte risco de desmotivação por parte dos associados.
- Se as famílias tiverem dificuldades no pagamento dos cuidados de saúde primários, a mutualidade determinará os problemas de recurso tardio aos cuidados de saúde e de agravamento dos casos de doença.
- Uma mutualidade que inicie as suas actividades (ou que seja pequena) pode declarar falência após sucessivas hospitalizações dispendiosas.

### **A protecção dada deve ser visível.**

Mesmo que tenham cumprido os princípios de entreajuda e de previdência, os associados de uma mutualidade devem poder constatar que o sistema funciona, porque:

- o pagamento de uma contribuição regular impõe uma certa contrariedade: é necessário “desembolsar” frequentemente ou pagar um valor elevado todos os anos.
- a contribuição é depositada num fundo comum e muitos grupos já conheceram noutras situações problemas de má gestão, voluntária ou não. Se os reembolsos forem raros, é normal que se instale rapidamente uma certa desconfiança.
- um dos princípios base da mutualidade é a sua gestão democrática. A sua aplicação necessita de reunir regularmente os seus associados. Estes últimos poderão estar no entanto pouco motivados para participar se o seu sistema for pouco activo.

Consequentemente, uma mutualidade que escolha cobrir os riscos onde a frequência é mais espaçada (grandes hospitalizações, cirurgias), corre o risco de ser pouco activa e pouco atractiva. Por outro lado, uma mutualidade que cubra os pequenos riscos será bastante activa e, por isso, bem visível, mas será talvez pouco acessível às famílias mais pobres, além de ter uma gestão mais delicada.

De forma a assegurar uma determinada visibilidade, uma mutualidade terá interesse em que um número considerável de famílias beneficie, cada uma no ano, de pelo menos um serviço. A cobertura das pequenas hospitalizações e dos partos é uma boa resposta a este critério.

Tomemos o exemplo de uma mutualidade de 170 associados, constituindo, com o resto das pessoas envolvidas, 1 000 beneficiários. A seguir ao trabalho de estudo, os promotores da mutualidade estimam a frequência das pequenas hospitalizações em 8%, e a dos partos em 4,5 %.

Para 1 000 beneficiários, o número de casos atendidos para estes dois riscos será, por ano, de:  $(1\ 000 \times 8\%) + (1\ 000 \times 4,5\%) = 125$ , de 125 casos.

Sobre 170 famílias, podemos pensar que mais de metade beneficiará das contribuições da sua mutualidade durante o ano. Estas famílias testaram elas mesmas as vantagens da mutualidade, mas também, tendo em conta que os associados se conhecem e que se encontram regularmente, mostraram aos outros que o sistema funciona e que recebem reembolsos.

A protecção que uma mutualidade pode propor aos seus associados depende em grande parte dos seus rendimentos e, sobretudo, da sua capacidade contributiva e do seu poder de compra em matéria de saúde.

Uma contribuição demasiado elevada será proibitiva para a maioria dos associados. Uma mutualidade que forneça todos os cuidados de saúde, primários e secundários, “gratuitamente” será bastante atractiva para os associados, mas económica e financeiramente pouco viável.

Por outro lado, várias experiências de mutualidades demonstram que as que possuem contribuições de valor muito baixo possuem taxas de adesão muito elevadas.

Como qualquer empresa, uma mutualidade de saúde é confrontada com o fenómeno clássico da elasticidade da procura de um produto ou de um serviço face ao seu preço: quanto mais custar, menos potenciais compradores se interessam. Consequentemente, uma contribuição com um valor muito elevado tende a desencorajar as adesões. Assim, as mutualidades cujas contribuições têm um valor mais baixo são, na maioria das vezes, as que possuem um maior número de associados.

Todavia, a elasticidade não depende unicamente do valor da contribuição. Ela é igualmente influenciada pela percepção do risco financeiro que a população alvo tem da mutualidade.

No momento da selecção dos cuidados de saúde a cobrir, os associados devem avaliar as consequências de uma determinada escolha face ao montante das contribuições e verificar se as contribuições se encontram ao alcance de todos.

Por outro lado, o montante das contribuições depende também do nível de reembolso das despesas de saúde. Um seguro não cobre normalmente mais do que uma parte das despesas, devendo o doente participar o restante valor.

## **Texto de Apoio n.º 4**

### **Cálculo das contribuições**

O cálculo das contribuições constitui o ponto mais difícil na criação de uma mutualidade. É também um ponto fulcral, visto que o valor das contribuições determina directamente a viabilidade futura da organização.

- Se a contribuição for de um valor muito baixo, a mutualidade será deficitária, correndo o risco de falência no caso de não poder mobilizar recursos suplementares (subsídios, contribuições extraordinárias, fundos de garantia ou ainda receitas de uma festa em benefício da mutualidade).
- Se a contribuição for de um valor muito elevado, a mutualidade será, do ponto de vista financeiro, pouco acessível a um grande número de potenciais associados. Os riscos de selecção adversa e de sobreconsumo serão acrescidos.

O cálculo das contribuições baseia-se na estimativa da frequência dos riscos de doença e no custo dos cuidados de saúde. Infelizmente, na maioria dos casos não se encontram disponíveis dados fiáveis suficientes que permitam efectuar estas estimativas com precisão. O cálculo das contribuições será assim muito impreciso. É imperativo assegurar, principalmente nos primeiros anos, um acompanhamento rigoroso do valor das contribuições e do custo dos benefícios para proceder aos ajustes necessários.

O modo de cálculo das contribuições depende das negociações efectuadas para a escolha dos serviços a prestar:

- seja em função dos rendimentos disponíveis da população, num contexto de pobreza;
- seja em função das necessidades expressas pelos potenciais associados nos casos em que os problemas de recursos não são muito importantes.

A tabela seguinte apresenta, em função destas duas situações, as quatro técnicas mais utilizadas em matéria de fixação de contribuições:

Cálculo / Rendimentos disponíveis		Cálculo / Necessidades expressas	
<b>Método 1</b> Contribuição = prémio de risco + margem de segurança + custos de gestão	<b>Método 2</b> Contribuição fixada em Assembleia Geral, sem cálculo prévio	<b>Método 3</b> Contribuição calculada em função do orçamento de funcionamento da formação sanitária	<b>Método 4</b> Contribuição calculada com base num orçamento previsional da mutualidade

### Método 1

Para compreender este primeiro método de cálculo, o mais preciso, é necessário saber antecipadamente onde serão utilizadas as contribuições. Estas devem ser utilizadas para:

- Reembolsar as despesas de saúde (com excepção do co-pagamento) correspondentes aos cuidados de saúde cobertos pela mutualidade;
- Constituir reservas para reforçar a resistência financeira da mutualidade, de exercício em exercício;
- Financiar os custos de financiamento da mutualidade.

Este primeiro método decompõe o cálculo da contribuição em três elementos:

#### Contribuição individual por cuidados de saúde cobertos =

Prémio de risco + margem de segurança + custo unitário de funcionamento

**Prémio de risco** = taxa de frequência esperada × (custo médio do serviço – co-pagamento a cargo do doente).

**Margem de segurança** = fixada frequentemente em 10 % do prémio de risco. Está ligada à incerteza relativa ao cálculo do prémio de risco.

**Custo unitário de funcionamento** = estimativa dos custos totais de funcionamento divididos pelo número de beneficiários esperados. Pode também ser fixada, numa primeira aproximação, em mais ou menos 10 % da soma equivalente ao: prémio de risco + margem de segurança. Esta segunda alternativa é claramente menos precisa.

A estes três elementos acrescenta-se um factor E, que define o montante unitário de excedentes a isentar para a constituição de reservas financeiras.

Se se cobrirem vários cuidados de saúde, a contribuição individual total é igual à soma das contribuições calculadas por cuidados de saúde.

A contribuição familiar é igual à contribuição individual total, multiplicada pelo número médio de membros por família.

Estes cálculos conduzem à estimativa de uma contribuição anual, que pode ser fraccionada por dia, mês, etc., em função da periodicidade de pagamento das contribuições mais adaptada aos rendimentos da população alvo.

O processo que conduz à escolha final da contribuição pedida aos associados desenvolve-se esquematicamente em três fases:

- Estima-se a capacidade contributiva da população alvo, ou seja, o montante médio que cada indivíduo ou família pode contribuir.
- Calcula-se a contribuição correspondente a cada tipo de cuidados cobertos. Elaboram-se seguidamente vários exemplos de situações de cobertura de despesas de saúde, combinando a cobertura dos diferentes tipos de cuidados. O valor total da contribuição relativa a cada exemplo deve ser compatível com a capacidade contributiva da população alvo.
- Estes exemplos são apresentados às populações, que participam assim na escolha final das actividades e subsídios da sua futura mutualidade. Será escolhida uma única situação, a partir da qual os promotores da mutualidade poderão determinar os mecanismos e ferramentas de reembolso e estabelecer uma previsão orçamental da mutualidade.

## **Método 2.**

O segundo método é provavelmente o mais divulgado, embora não seja muito rigoroso: os associados reúnem-se e estimam o montante que serão capazes de contribuir regularmente; fixam seguidamente os benefícios da mutualidade.

Se não necessitar de nenhuma competência particular nem de trabalhos de estudo prévio (frequência, custos dos serviços de saúde, etc.), esta prática é bastante aleatória. Os riscos de erro são muito importantes, assim como a probabilidade de ter dificuldades financeiras.

Para limitar os riscos de falência, esta prática deve ser acompanhada de medidas drásticas:

- um longo período de observação, de forma a constituir reservas financeiras significativas,
- um limite das despesas,
- uma boa informação dos associados sobre as dificuldades esperadas.

É feita referência a esta prática em virtude da frequência com que é adoptada, e para alertar sobre os seus riscos, não sendo portanto uma prática recomendada.

## **Método 3**

Esta forma de cálculo é válida sobretudo no quadro de um sistema de assistência criado por um prestador de cuidados de saúde (assistência sem fins lucrativos criada por um prestador). Este determina o seu orçamento de funcionamento, considerando que a assistência se irá traduzir provavelmente por um aumento de frequência. Seguidamente, divide este orçamento pelo conjunto da população alvo (população coberta pelo prestador, por exemplo) obtendo assim um prémio por pessoa.

Certas mutualidades utilizam igualmente este método, embora este não seja apropriado para o seu caso, exceptuando para aquelas que gerem a sua própria formação médica.

## **Método 4**

Esta última técnica consiste em:

- Avaliar as necessidades em matéria de saúde das populações alvo;
- Estimar as despesas necessárias à cobertura destas necessidades;

- Estimar as receitas necessárias para fazer face a essas despesas;
- Fixar a taxa de contribuição necessária para assegurar essas receitas.

O cálculo da contribuição baseia-se então no estabelecimento de uma previsão orçamental que fixa, por um lado (e antes de mais), as despesas previsíveis da mutualidade necessárias à cobertura das despesas de saúde, os custos de funcionamento e de formação e, por outro lado, as receitas a realizar para financiar essas despesas.

Encontramos na elaboração do orçamento os mesmos elementos de cálculo da contribuição utilizados no primeiro método, embora sejam apresentados de forma diferente. Um orçamento tipo apresenta-se da seguinte maneira:

<b>Despesas</b>		<b>Receitas</b>	
<b>Rubricas</b>	<b>Montante</b>	<b>Rubricas</b>	<b>Montante</b>
<b>Subsídios de doença :</b> • serviço 1 •serviço 2 •etc.	(1)	Direitos de adesão ou venda dos cartões de associado	(2)
<b>Margem de segurança :</b> 10 % dos subsídios de doença		Contribuições	(3)
<b>Custos de funcionamento :</b> • salários ou indemnizações • custos de deslocação • móveis • etc.		(Doações ou subsídios)	(4)
<b>Custos de formação (excedentes)</b>			
Total das despesas		<b>Total das receitas</b>	

(1) Montante das despesas previstas = Taxa de frequência do serviço × (custo médio – co-pagamento) × número de associados esperados

(2) Os direitos de adesão têm geralmente por objectivo o financiamento dos custos administrativos ligados à adesão (formalidades, impressão dos cartões de associados, etc.), que fazem parte dos custos de funcionamento da coluna “despesas”.

(3) O total das contribuições = total das despesas – direitos de adesão. Para saber qual a contribuição por associado é necessário dividir o total de contribuições pelo número de associados esperados.

(4) As eventuais doações e/ou subsídios não são tomadas em conta para o cálculo das contribuições. Com efeito, com a preocupação de assegurar a perenidade da mutualidade, estas doações ou subsídios não devem ser utilizados para diminuir os montantes das contribuições. Em compensação, podem destinar-se a cobrir as despesas de investimento ou de funcionamento, aparecendo então uma contrapartida na coluna das despesas, que será excluída do total das despesas para o cálculo das contribuições. Podem igualmente ter por objectivo o reforço da resistência financeira da mutualidade. Neste caso, a sua contrapartida aparecerá numa rubrica

excedentes da coluna das despesas, e também não será tomada em conta no cálculo das contribuições.

## **Trabalho de grupo nº 2**

### **A criação da Mutualidade de saúde de Mogbala**

A cooperativa de Mogbala decidiu criar uma mutualidade de saúde. Um grupo de trabalho designado entre os membros da cooperativa realizou um estudo do contexto. Os resultados desse estudo encontram-se resumidos no relatório seguinte:

#### **a) Aspectos demográficos**

A aldeia e as suas aldeolas (consultar mapa anexo) possuem uma população de 10 000 habitantes (recenseamento de 1994 projectado sobre 1999). O tamanho médio de uma família é de 6 pessoas (2 adultos e 4 crianças). A cooperativa possui 500 membros, que habitam na aldeia e nas aldeolas.

#### **b) Prestação de cuidados de saúde**

A aldeia dispõe de um centro de saúde pública (CS), co-gerido por um comité de gestão eleito pela população. Este centro de saúde presta os seguintes serviços:

- Consultas ambulatoriais,
- Pequenas cirurgias (curativos, suturas, etc.),
- Pequenas hospitalizações (observação de 48 horas no máximo),
- Cuidados de saúde materna,
- PMI e vacinação.

O Centro de Saúde possui também uma farmácia que vende unicamente os medicamentos essenciais e genéricos.

As primeiras reuniões de sensibilização mostram que os habitantes apreciam o Centro de Saúde, embora censurem o enfermeiro pelas suas ausências frequentes e se queixem da falta de medicamentos na farmácia. Poucos habitantes conhecem a existência do comité de gestão e qual o seu papel.

Na aldeia de Mogbala, existe igualmente um enfermeiro já reformado que dá consultas ao domicílio e vende alguns medicamentos e consumíveis médicos. Os seus honorários são mais elevados que as taxas do centro de saúde, mas ele facilita o pagamento e dá muitas injeções.

A 30 km da aldeia, o hospital católico de Mougou presta cuidados de saúde secundários de excelente qualidade:

- hospitalizações,
- cirurgias,
- partos distócicos,
- laboratório e radiologia,
- outros.

O Centro de Saúde não possui ambulância. Os doentes enviados pelo enfermeiro para o hospital de Mougou são transportados de taxi (passam cerca de 20 por dia). O custo do trajecto de Mogbala a Mougou é de 500 Francos CFA, mas muitos motoristas não hesitam em pedir até 15 000 Francos CFA se transportarem um caso grave e urgente.

#### **c) Quadro jurídico e institucional**

A cooperativa dispõe de estatutos e de um regulamento interno que se encontram arquivados na prefeitura de Mougou. No país não existe legislação específica à mutualidade, mas os responsáveis da cooperativa conhecem as diligências a realizar para obter o reconhecimento de uma associação.

**d) Formas de solidariedade e de organização das populações**

Além da cooperativa, existem numerosos grupos formais ou informais na aldeia e nas aldeolas. Tratam-se essencialmente de associações femininas (entreaajuda para os trabalhos agrícolas, para as cerimónias, cantos e danças, etc.). Os homens também possuem os seus grupos, cujo objectivo é a organização de entreaajuda para a realização dos trabalhos agrícolas e a construção de habitações.

Estima-se que todas as famílias tenham acesso a estas actividades de entreaajuda, quer seja através da mulher ou do homem (normalmente os dois membros do casal pertencem a um grupo).

A cooperativa possui uma caixa de entreaajuda que tem por objectivo apoiar financeiramente os casos de casamento, nascimento, falecimento, doença, etc. O seu funcionamento é directamente inspirado no dos grupos tradicionais. As actividades de entreaajuda financeira organizam-se globalmente da forma seguinte:

- Os membros de um grupo contribuem em média com 200 Francos CFA por semana mais uma contribuição de 1 000 Francos CFA por mês no período de venda das colheitas.
- As ajudas são atribuídas aos membros que as solicitam sob a forma de:
  - Doações, para os montantes inferiores a 3 000 Francos CFA,
  - Empréstimos, para os montantes superiores a 3 000 Francos (até 20000 Francos CFA).

Todos os grupos e associações têm o mesmo problema: a sua caixa de entreaajuda não é suficiente para dar resposta a todas as necessidades dos membros, sobretudo nos períodos entre duas colheitas.

**e) Rendimentos das famílias e despesas de saúde**

Segundo um inquérito realizado pelo centro regional de apoio aos agricultores, os rendimentos anuais de uma família vão em média até aos 500 000 Francos CFA. Estes rendimentos variam consoante as estações: mais elevados entre Dezembro e Fevereiro (venda das colheitas, créditos agrícolas, etc.) e sendo muito baixos de Junho a Agosto (período entre duas colheitas).

As despesas médias de saúde de uma família vão até aos 12 000 Francos CFA por ano.

**f) Situação sanitária e necessidades em matéria de saúde**

O centro de saúde realizou um inquérito junto a 100 famílias da aldeia. Os resultados deste inquérito, no que diz respeito ao recurso aos cuidados de saúde, foram os seguintes:

*Recurso aos cuidados de saúde*

	Sem recurso	Auto-medicação (1)	Medicina tradicional	Enfermeiro privado	Centro de Saúde de Mogbala	Hospital de Mougou	Outros (2)
% de doentes	15 %	20 %	11 %	18 %	31 %	1 %	4 %

- (1) Compra de medicamentos no mercado ou nas lojas.
- (2) Cuidados no exterior da comunidade (doença durante uma viagem, etc.)

As famílias que utilizaram os quatro primeiros tipos de alternativas (quatro primeiras colunas) justificaram-se com os seguintes motivos:

- Em 80 % dos casos, por falta de dinheiro no momento da doença,
- Em 20 % dos casos, porque a doença era benigna ou porque existia tratamento na medicina tradicional.

No que diz respeito aos recursos ao hospital, as famílias declararam não poder enviar, em média, um doente grave entre 2, para Mougou, por falta de dinheiro. Se o doente não puder ser enviado para o hospital, são-lhe prestados outros cuidados, mas as mortes são frequentes.

### Taxas de risco

Agrupando o conjunto dos dados do Centro de Saúde, e com a ajuda dos médicos do hospital, o comité estimou as seguintes taxas de risco (em função da morbidez local e das hipóteses de taxa de utilização dos serviços de saúde através da criação de uma mutualidade):

	Taxa de risco
<b>Centro de saúde</b>	
- consultas ambulatoriais,	150 %
- hospitalizações,	6 %
- pequenas cirurgias,	10 %
- saúde materna (taxa repartida entre o conjunto da população.)	4,5 %
<b>Hospital</b>	
- hospitalização (englobando intervenções cirúrgicas, partos distócicos)	2 %

### g) Custos e financiamento dos cuidados de saúde

De forma a dispor de todas as informações necessárias, e tendo em conta a pouca fiabilidade dos dados disponíveis a nível do centro de Saúde, o grupo de trabalho realizou dois inquéritos:

- O primeiro junto de 100 doentes em consultas, 50 hospitalizados e 50 em partos no Centro de Saúde,
- O segundo junto de 100 doentes hospitalizados no hospital (todos os serviços incluídos).

O inquérito efectuado junto das pessoas atendidas pelo Centro de Saúde, tinha por objectivo a determinação do custo médio dos diferentes serviços. Os resultados foram os seguintes:

### Inquérito junto dos utilizadores do Centro de Saúde: Custo médio dos serviços do Centro de Saúde (Francos CFA)

	Consulta	Hospitalização	Pequena cirurgia	Saúde Materna	Medicamentos	Custo total
Consultas	200				900	1100
Hospitalização	200	500			2000	2700
Pequena cirurgia	200		300		500	1000

Saúde Materna	1000/ 0 (1)			1500	3000	5500 /4500
---------------	----------------	--	--	------	------	---------------

(1) Se a mulher tiver sido seguida regularmente no CPN, está isenta do pagamento de consultas. O custo total da saúde materna engloba o parto, o internamento e os primeiros cuidados ao recém-nascido.

Inquérito junto dos utilizadores do hospital de Mougou :  
Custo médio de um recurso

A tarifação dos serviços do hospital é condicionada, e engloba os seguintes serviços (hospitalização, intervenção cirúrgica, partos distócicos, radiologia, etc.) assim como os medicamentos dispensados pela farmácia do hospital ( que tem sempre medicamentos de reserva e dispõe de todos os consumíveis e medicamentos prescritos pelos médicos).

Alguns serviços especializados foram objecto de uma tarifação suplementar, que se acrescenta ao pagamento.

Assim que um doente se apresenta no hospital, é levado automaticamente para a consulta, cuja taxa, de 1000 Francos CFA, não é incluída no pagamento.

O custo médio de um recurso ao hospital é (em Francos CFA) :

Consulta	Hospitalização (1)	Serviços especializados	Total
1 000	10 000	2 500	13 500

(1) incluindo todos as intervenções e medicamentos.

Os doentes que se apresentem com uma carta de referência do Centro de Saúde não pagam a consulta no Hospital.

Para financiar as despesas de saúde no Centro de Saúde e no Hospital, as famílias declararam, no inquérito, que utilizavam os seguintes meios:

	Recurso ao Centro de Saúde	Recurso ao Hospital
Dinheiro disponível em casa	60%	30%
<b>Endividamento</b>		
- família		
- amigos/vizinhos	6%	10%
- associação	2%	5%
- usurário (taxa de juro média de 50 % )		6%
		15%
<b>Doação</b>		
- família		
- amigos/vizinhos	4%	2%
- associação	-	-
<b>Venda</b>	10%	-
- do produto da colheita ou criação de gado	15%	25%
- outra	3%	7%
<b>Total</b>	100%	100%

Durante estes inquéritos, e nas reuniões de sensibilização, os habitantes, sobretudo as mulheres, mostraram-se muito interessados na ideia da mutualidade de saúde. A grande maioria mostrou estar preparada para pagar 100 Francos CFA semanais para a sua família, assim como uma contribuição mais elevada no momento da venda dos principais produtos da colheita. Uma rápida sondagem na aldeia e nas aldeolas mostra que 500 famílias estão já preparadas para aderirem à mutualidade a criar.

### **Outros elementos**

A cooperativa dispõe de um local que poderá ser emprestado à mutualidade de saúde. O gestor da cooperativa propôs-se ainda auxiliar os responsáveis da mutualidade de forma a assegurar uma gestão eficaz.

Contudo é preferível que a mutualidade seja autónoma em relação à cooperativa para que a adesão seja aberta a todos os habitantes, e não limitada somente aos membros da cooperativa.

Há cinco anos que existe uma caixa económica/de crédito em Mougou que beneficia da confiança de todos os habitantes de todas as aldeias vizinhas. Os custos de abertura de conta vão até aos 2.500 Francos CFA.

Um estudo efectuado junto das papelarias e da tipografia de Mougou mostra que é necessário calcular sobre os custos seguintes:

- Um caderno : 100 Francos CFA,
- Uma caneta : 10 Francos CFA,
- A impressão de um cartão de associado : 150 Francos CFA,
- Uma ferramenta de gestão (registo, ...) : 5 000 Francos CFA,
- Uma calculadora : 7 000 Francos CFA.

Finalmente, a cooperativa, cujos resultados financeiros são positivos ao fim de alguns anos, propõe colocar à disposição da mutualidade um fundo de apoio de 100 000 Francos CFA, cujas formas de utilização serão definidas com os responsáveis da futura mutualidade.

### **Anexo: Mapa da aldeia de Mogbala e arredores**

Legendas

Cidade

Aldeia

Aldeola

Limites da aldeia

Centro de Saúde

Hospital

Estrada

### **Trabalho a realizar**

#### **Propor :**

1)  
a organização mutualista que melhor se adapta ao contexto descrito,

2)  
as actividades que a mutualidade deverá levar a cabo,

3)

uma ou várias demonstrações de reembolso das despesas de saúde dos membros (comparticipações) e as contribuições correspondentes,

4)

um orçamento de previsão da mutualidade.

Dever-se-ão realçar os argumentos que motivaram as escolhas.

## **Correcção do trabalho de grupo n.º 2**

### **A implementação da mutualidade de saúde de Mogbala**

O texto seguinte não constitui uma correcção exclusiva, são possíveis várias respostas às questões colocadas no trabalho de grupo, o que o texto propõe são elementos de reflexão e um exemplo de demonstração possível.

### **Organização e funcionamento da mutualidade de saúde**

A mutualidade de saúde pode ser organizada de duas formas distintas:

- A mutualidade é uma associação recente aberta a todas as famílias da aldeia e das aldeolas vizinhas. A respectiva sede funciona em Mogbala, e todas as pessoas que o desejarem, devem aí dirigir-se para se inscreverem nas modalidades de adesão e consequentemente liquidar regularmente as suas contribuições, nos períodos fixados pela mutualidade.

Contudo, dado que as aldeolas se encontram dispersas e distantes da aldeia, poder-se-á concluir que tal organização não beneficiará as adesões.

- Uma outra solução, melhor adaptada à configuração da aldeia (várias aldeolas distantes mas que reagrupam 60% da população), consiste em estabelecer uma ligação entre a mutualidade e as associações de entreajuda já existentes. As actividades relacionadas com o tratamento das adesões, com a colecta das contribuições e com a fiscalização, são repartidas entre as associações de entreajuda e a sede da mutualidade.

Cada associação nomeia responsáveis, que se reúnem regularmente (exemplo: uma vez por mês) na sede de Mogbala, constituindo desta forma o conselho de administração.

As associações são livres de definir as respectivas actividades de entreajuda e solidariedade, de forma a facilitar às famílias, principalmente às mais carenciadas, a adesão à mutualidade.

A assembleia geral reúne-se anualmente e é formada por todos os membros da mutualidade, o que pode dar lugar a um grande convívio aldeão.

A mutualidade de saúde procederá à abertura de uma conta na caixa económica/de crédito de Mougou, mas disporá de uma pequena caixa para cobrir as despesas correntes e assim evitar frequentes deslocações de Mogbala a Mougou (para efectuar levantamentos).

### **As actividades da mutualidade de saúde**

Tendo em conta a situação apresentada na apreciação acima, poder-se-á adivinhar as três actividades que se seguem (são possíveis também outras) :

- reembolso das despesas de saúde (a definir nas demonstrações) ;
- participação na gestão conjunta do CS (Centro de saúde) : a mutualidade de saúde é uma “associação de consumidores de cuidados de saúde” ; representa uma parte significativa dos utilizadores do CS. Neste âmbito, pode contribuir de forma eficaz para a gestão conjunta do Centro e defender os interesses dos respectivos membros;
- auxílio financeiro no transporte de doentes para o hospital (e negociação dos preços com os condutores de táxi).

## Exemplo de reembolso

Perante o interesse manifestado pelas famílias, poder-se-á atingir um número relativamente elevado de adesões no primeiro ano. No entanto, convém contar com uma taxa de adesão máxima de 25 %. Para limitar os riscos de selecção adversa, é preferível propor uma adesão por família.

Considerando estas hipóteses, a mutualidade contaria com cerca de 2.500 beneficiários no primeiro ano, espalhados pelas cerca de 420 famílias.

As famílias referem que estão prontas para contribuir com 100 Francos CFA por semana, acrescidos de uma contribuição suplementar no período de venda dos produtos da colheita (em média 1.000 Francos CFA nas associações). Poder-se-á então estimar um montante anual de 8.200 Francos CFA de contribuição, repartidos da seguinte maneira :

Contribuição semanal : 100 Francos CFA correspondentes a 5.200 Francos CFA por ano.

Contribuições suplementares : 1.000 Francos CFA  $\times$  3 meses (Dezembro a Fevereiro) correspondentes a 3.000 Francos CFA.

## Possibilidade de reembolso

A mutualidade estabelece como objectivo, cobrir os grandes riscos, bem como as despesas com pequenos internamentos, parto e pequenas cirurgias no centro de saúde. Não estipula copagamento e garante assim um reembolso a 100 %.

A decomposição da contribuição faz-se da seguinte maneira :

- Prémio de risco : (taxa de frequência estimada  $\times$  custo médio)

Hospitalização em Mougou :	0,02 $\times$ 12.500 =	250
Pequeno internamento no CS:	0,06 $\times$ 2.700 =	162
Pequena cirurgia no CS :	0,1 $\times$ 1.000 =	100
Parto CS :	0,045 $\times$ 4.500 =	203
<b>Prémio de risco :</b>	<b>715 Francos CFA/ano/pessoa</b>	
- Margem de segurança : (10 % do prémio de risco)  
Margem = 715  $\times$  0,1 = 72 Francos CFA/ano/pessoa
- Custo unitário de funcionamento :

Quando, como acontece neste caso, se podem estimar os diferentes custos, é possível avaliar o custo unitário com base num orçamento de previsão. Considerando a hipótese de que a mutualidade trabalha com duas associações em cada aldeola e com cinco associações na aldeia, os custos de funcionamento anual para um montante de 135.900 Francos CFA, seriam repartidos da seguinte maneira:

- 450 cartões de membros : 67.500 Francos CFA (cartões familiares),
- 2 cadernos/associação (registo de membros e de contribuições) :  
850  $\times$  2 = 1.700 Francos CFA,
- 20 esferográficas : 20  $\times$  10 = 200 Francos CFA,
- ferramentas de gestão = um livro de folhas de caixa, um diário de bancos, 5 livros de atestados de cuidados de saúde, 2 livros de facturas : 9  $\times$  5.000 = 45.000 Francos CFA,
- uma calculadora : 7.000 Francos CFA,
- deslocações para Mougou : 1 ida/volta por mês :  
2  $\times$  500  $\times$  12 = 12.000 Francos CFA,
- despesas de abertura de conta : 2.500 Francos CFA.

Uma parte destes custos pode ser coberta com a venda dos cartões de membro a 200 Francos CFA :

$$420 \times 200 = 84.000 \text{ Francos CFA}$$

A outra parte junta-se às contribuições :  
 $(135.900 - 84.000)/420 = 124 \text{ Francos CFA /membro /ano}$

Assim, a contribuição total será :

$$\text{Por pessoa e por ano : } 715 + 72 + 124 = 911 \text{ Francos CFA}$$

$$\text{Por família e por ano : } 911 \times 6 = 5.466 \text{ arredondados a } 5.500 \text{ Francos CFA}$$

O reembolso proposto é atractivo e garante uma boa percepção da mutualidade, mesmo solicitando uma contribuição inferior à capacidade contributiva estimada.

A mutualidade deverá no entanto, garantir o acompanhamento rigoroso das respectivas prestações. Efectivamente, pode acontecer que haja um acordo entre o enfermeiro e os membros, para que consultas ambulatorias sejam registadas como pequenas cirurgias ou pequenas hospitalizações e desta forma facturadas à mutualidade. Seria mais prudente aplicar o sistema de co-pagamento a estes dois tipos de cuidados de saúde.

De forma a reforçar a respectiva viabilidade financeira, a mutualidade de saúde pode solicitar à cooperativa a utilização dos 100.000 Francos CFA, que esta última coloca à sua disposição para a constituição de reservas financeiras que serão depositadas numa conta separada na caixa económica/de crédito.

## **Texto de apoio nº 5**

### **Estatutos da Mutualidade de saúde de Fandène**

#### **Título 1 : Objecto da Associação**

##### **Artigo 1º**

Criação de uma Associação denominada Mutualidade de Saúde Fandène, na localidade de Saint-Marcel de Fandène.

- A Associação durará por tempo ilimitado.
  - A sede social da Associação é na Missão Católica de Fandène.
- B.P. 3042 - Thiès.

##### **Artigo 2º**

- A Associação prevê a hospitalização num centro hospitalar com o qual tenha celebrado um acordo.
- A Assembleia geral poderá deliberar o alargamento do campo de intervenção da Associação no âmbito da saúde.

##### **Artigo 3º**

- Poderão ser membros da Associação, todos os chefes de família ou os elementos pertencentes à localidade de Saint-Marcel de Fandène, desde que não possuam outro seguro de saúde.
- Todos os pais/mães, mesmo que solteiros/as, com um ou mais filhos, devem ser titulares de um cartão de membro para serem segurados pela Associação.
- A qualidade de membro cessa em caso de demissão ou exoneração ordenadas pela Assembleia geral com a maioria absoluta dos membros.

## **Título 2 : Administração e funcionamento da Associação**

### **Artigo 5º**

- Os órgãos da Associação são os seguintes :
- A Assembleia geral constituída pelos membros.
- A Direcção.
- O Conselho executivo.

### **Artigo 6º**

- A Assembleia geral é o órgão máximo da Associação .
- A Assembleia geral reúne-se uma vez por ano, no último domingo de Setembro, em sessão ordinária, e em sessão extraordinária sempre que necessário, sob proposta do Conselho executivo ou de dois terços dos membros.
- A Assembleia geral definirá a filosofia da Associação.
- Estabelecerá as condições de adesão.
- Fixará o preço do cartão de membro, a taxa das contribuições e as outras participações financeiras.
- Aprovará por unanimidade, os relatórios de actividades e os relatórios financeiros.
- Estabelecerá as sanções com a representação da maioria dos dois terços dos membros.

### **Artigo 7º**

- A Direcção ficará encarregue de garantir o correcto funcionamento da Associação.
- Reúne-se trimestralmente em sessão ordinária e sempre que necessário, quando convocada pelo Conselho executivo ou por iniciativa da maioria absoluta dos membros.
- A Direcção responderá perante a Assembleia geral.

### **Artigo 8º**

- O Conselho executivo é composto por :
- Um Presidente
- Um vice-presidente
- Um Secretário-geral
- Um Secretário-adjunto
- Um Tesoureiro
- Um Tesoureiro-adjunto
- Dois órgãos fiscais.

### **Artigo 9º**

- O Presidente convocará e presidirá às reuniões da Assembleia geral, da Direcção e do Conselho executivo.
- Assegurará as relações com os centros hospitalares aos quais a Associação está ligada por contrato, bem como com os outros prestadores da Associação.
- Assinará, por mandato da Assembleia geral, os contratos que a Associação for solicitada a celebrar.
- O vice-presidente assegurará as funções do Presidente quando este último estiver impedido de as exercer.

### **Artigo 10º**

- O Secretário-geral, em colaboração com o Secretário-adjunto, redigirá as Actas das várias reuniões que se realizam no seio da Associação.
- Assegurará a correspondência ordinária da Associação.
- Classificará e assegurará a manutenção dos vários arquivos da Associação.
- Será responsável pelos diversos documentos relativos ao funcionamento da Associação.

### **Artigo 11º**

- O Tesoureiro, em colaboração com o Tesoureiro-adjunto, reunirá os recursos financeiros da Associação e será responsável pelos mesmos.

- Investigará e proporá os meios para aumentar os recursos da Associação.
- Redigirá e apresentará os relatórios financeiros.
- Será signatário, juntamente com o Presidente ou seu substituto, o vice-presidente, dos documentos financeiros da Associação.

#### **Artigo 12º**

Os órgãos fiscais controlarão a regularidade da gestão dos recursos financeiros da Associação.

### **Título 3 : Os recursos da Associação e respectiva aplicação**

#### **Artigo 13º**

- As receitas da Associação são provenientes :
  - do produto da venda dos cartões de membro,
  - das quotas mensais dos associados,
  - de outras participações definidas pela Assembleia geral,
  - de várias actividades lucrativas promovidas para apoiar a Associação,
  - de donativos e legados feitos à Associação, desde que não sejam proibidos por lei.

#### **Artigo 14º**

- A Associação reembolsa a hospitalização dos respectivos segurados por um período acordado, incluindo os partos considerados complicados pelo pessoal médico.
- A Associação reembolsa as hospitalizações consideradas necessárias pelo pessoal médico dos centros hospitalares com os quais a Associação celebrou um contrato.

#### **Artigo 15º**

- Os contratos a termo celebrados pela Associação, podem ser renovados ou revistos por solicitação de um dos outorgantes.

### **Título 4 :**

#### **Dissolução da Associação, aprovação e revisão dos estatutos**

#### **Artigo 16º**

- A Associação cessa a sua existência por declaração legislativa ou por deliberação dos dois terços dos membros reunidos em Assembleia geral.

#### **Artigo 17º**

- Em caso de dissolução, os bens da Associação transitarão para um organismo da mesma paróquia, cujos fins sejam compatíveis com os objectivos da Associação.

#### **Artigo 18º**

- A aprovação por unanimidade dos presentes estatutos é feita pela Assembleia geral constituinte.
- Os presentes estatutos podem ser revistos mediante proposta da maioria dos membros reunidos em Assembleia geral.

### **Texto de apoio nº 6**

#### **Regulamento interno da Mutualidade de Fandène**

### **Título 1 : Objecto da associação**

#### **Artigo 1º**

Prevê a criação na paróquia de Saint-Marcel de Fandène, de um serviço de entreajuda denominado Mutualidade de Saúde de Fandène.

**Artigo 2º**

A mutualidade tem uma duração ilimitada.

A sede social da mutualidade é na Missão Católica de Fandène

B.P. 3042 Thiès/Senegal.

**Artigo 3º**

A entreatuda prestada pela mutualidade diz respeito apenas à hospitalização num centro hospitalar com o qual a mutualidade celebrou um contrato.

**Artigo 4º**

A Assembleia geral pode deliberar por maioria absoluta, sobre o alargamento do âmbito de intervenção da mutualidade, desde que se tratem de questões de saúde.

**Artigo 5º**

Poderão ser membros da Associação :

- os chefes de família ;
- os elementos paroquianos ou pertencentes à Paróquia de Saint-Marcel de Fandène.

**Artigo 6º**

Todos os pais/mães de progenitor vivo, devem ser titulares de um cartão de membro para serem segurados pela mutualidade.

**Artigo 7º**

A qualidade de membro é conferida pela compra do cartão de membro.

**Título 2 : Administração e funcionamento.****Artigo 8º**

Os órgãos da Associação Mutualista de Saúde de Fandène são :

- a) a Assembleia geral dos membros;
  - b) a Direcção;
  - c) o Conselho executivo.
- (consultar os estatutos, artigos 5º a 13º)

**Artigo 9º**

Cada grupo de missionários nomeará dois delegados, sem distinção de sexo. O delegado deverá saber ler e escrever em francês ou na língua nacional.

**Artigo 10º**

O delegado deverá ser membro da Associação e titular de um cartão de membro.

**Artigo 11º**

O Conselho executivo poderá, por motivos relacionados com o funcionamento da Mutualidade, solicitar a um grupo de missionários para substituir um dos delegados.

**Artigo 12º**

O membro do Conselho executivo que deixa o lugar de delegado, deverá ser destituído do seu cargo para ser substituído no prazo de 30 dias.

**Artigo 13º**

Todos os grupos de missionários poderão, por motivos relacionados com o funcionamento da Mutualidade substituir um dos delegados.

**Artigo 14º**

A Direcção reúne-se trimestralmente, no primeiro domingo de cada mês na sede da Associação em sessão ordinária, e sempre que necessário, mediante convocatória do Presidente do Conselho executivo ou por proposta da maioria da Direcção.

**Artigo 15º**

O Conselho executivo reúne-se mensalmente, no segundo domingo de cada mês, na sede da Associação.

**Título 3 : Os recursos financeiros da associação e respectiva aplicação****Artigo 16º**

As receitas da Associação são provenientes:

- do produto da venda de cartões de membro ;
- das contribuições mensais dos membros;
- das restantes participações definidas pela Assembleia geral ;
- de várias actividades lucrativas promovidas para apoiar a Associação;
- dos donativos e legados feitos à Associação, que não sejam proibidos por lei.

**Artigo 17º**

Os membros, que tiverem os pagamentos em dia, beneficiarão dos serviços prestados pela Mutualidade.

**Artigo 18º**

Os membros com o pagamento das contribuições em dia, beneficiarão das facilidades concedidas aos membros da Mutualidade, no que respeita a serviços médicos que não são comparticipados pela própria Mutualidade.

**Artigo 19º**

A Mutualidade reembolsa um determinado número de dias, deliberado pela Assembleia geral, unicamente por motivos de hospitalização.

**Artigo 20º**

A Mutualidade reembolsa as hospitalizações aconselhadas pelo pessoal médico dos centros hospitalares acordados pela Mutualidade.

**Título 4 : As sanções****Artigo 21º**

A Assembleia geral poderá, mediante proposta da Direcção, proferir sanções, que podem ir até à exclusão, por danos causados em detrimento da Mutualidade.

**Artigo 22º**

O membro ou segurado que deixar a Mutualidade, sejam quais forem os motivos da sua saída, perde todos os direitos relacionados com a Mutualidade.

**Artigo 23º**

Um atraso de três (3) meses no pagamento, acarreta um aumento da taxa de contribuição fixada pela Assembleia geral.

#### **Artigo 24º**

O residente ou pertencente à Paróquia Saint-Marcel de Fandène que seja membro da Mutualidade há mais de três (3) meses após o dia 1 de Janeiro de 1989, deverá considerar os retroactivos do aumento que lhe diz respeito.

#### **Artigo 25º**

O membro que procede aos pagamentos com um atraso superior a três (3) meses e cinco (5) dias ou mais, antes do vencimento de uma prestação de mutualidade, deve proceder ao pagamento agravado, cujo montante é fixado pela Assembleia geral.

### **Título 5 : Aprovação e revisão do regulamento interno**

#### **Artigo 26º**

A Associação cessa a sua existência por declaração legislativa ou por deliberação de dois terços dos membros reunidos em Assembleia geral.

#### **Artigo 27º**

Em caso de dissolução, os bens da associação transitarão para um organismo da paróquia que prossiga objectivos semelhantes aos da Associação.

#### **Artigo 28º**

O presente Regulamento interno foi aprovado por unanimidade pela Assembleia geral constituinte.

O presente Regulamento interno pode ser modificado mediante deliberação da maioria absoluta dos membros reunidos em Assembleia geral.

### **Texto de apoio nº 7**

#### **A Assembleia geral constituinte**

A constituição da mutualidade é feita a partir de uma assembleia geral, cuja organização e o desempenho se encontram descritos abaixo.

#### **Objectivo da Assembleia geral constituinte**

O objectivo desta assembleia é, como o próprio nome indica, proceder oficialmente à criação da mutualidade conferindo-lhe uma personalidade jurídica. Compete à Assembleia:

- Aprovar os estatutos e o regulamento interno, em conformidade com os textos legislativos e regulamentares em vigor ;
- Criar vários órgãos encarregues de assegurar o arranque e a promoção da mutualidade. Consequentemente, elegerá de imediato os membros do conselho de administração, da comissão executiva, dos órgãos fiscais, etc. ;
- Aprovar o plano de actividades da mutualidade e o orçamento para o exercício que se inicia.

#### **Preparativos da Assembleia geral constituinte**

As etapas de preparação da AGC são as seguintes :

- a elaboração de um projecto de estatutos,
- a elaboração de um projecto de regulamento interno,
- o estabelecimento da ordem de trabalhos,
- a convocação da AGC.

### **Elaboração de um projecto de estatutos**

As regras relativas aos objectivos e ao funcionamento das mutualidades são definidas pelos estatutos, que determinam os direitos e obrigações dos membros e dos responsáveis. Estas regras estabelecem as modalidades que garantem um funcionamento democrático e solidário da mutualidade (criação de vários órgãos de gestão, respectiva composição, competências, etc.).

Os estatutos deverão mencionar, nomeadamente:

- a denominação da sede da mutualidade,
- os objectivos a alcançar,
- os serviços propostos,
- as condições de admissão e de cobertura das pessoas a cargo,
- as modalidades de fixação das contribuições, estabelecer o respectivo montante,
- as modalidades e o procedimento relativos à eleição dos membros do conselho de administração,
- as regras de funcionamento da mutualidade que não estão previstas na lei ou os regulamentos oficiais.

Uma vez aprovados pela AGC, os estatutos constituem um contrato colectivo entre a mutualidade e os respectivos membros.

Dado o carácter frequentemente pouco acessível dos textos regulamentares, pode ser importante fornecer igualmente a todos os participantes na AGC, uma versão simplificada dos projectos de estatutos, adaptada ao seu nível de compreensão. Além do mais, este procedimento é uma exigência da democracia participativa.

### **Elaboração de um projecto de regulamento interno.**

Existe um determinado número de disposições relativas ao funcionamento prático da mutualidade, que será definido no regulamento interno, mas não será mencionado nos estatutos. Trata-se, na maioria das vezes, de modalidades práticas como aquelas relativas aos documentos a fornecer quando um membro se inscreve pela primeira vez, ao conteúdo dos cartões de membro, às condições exigidas para ser-se considerado como pertencente à família do membro, etc.

### **Estabelecimento da ordem de trabalhos da Assembleia geral constituinte**

A ordem de trabalhos incluirá no mínimo, os seguintes pontos :

- Designação de uma Mesa (presidente, secretário/a, relator),
- Apresentação e aprovação dos estatutos, do regulamento interno, do primeiro orçamento (fixação do montante das contribuições e das vantagens oferecidas),
- Nomeação dos vários órgãos: conselho de administração, comissão executiva, órgãos fiscais.

### **Convocação da Assembleia geral constituinte**

Os fundadores do projecto convocarão para a AGC as pessoas que pretendam fazer imediatamente parte da mutualidade. No caso da mutualidade abranger desde o início, uma zona geográfica significativa, os fundadores convocarão os representantes das diferentes localidades (ou estruturas locais, conforme o caso).

**Decorrer da Assembleia geral constituinte**

A assembleia escolherá uma Mesa cuja tarefa será essencialmente, garantir o correcto desenrolar dos debates e das eleições, bem como elaborar as actas das reuniões.

O presidente da sessão apresentará o projecto da ordem de trabalhos que será adoptado, eventualmente, após alterações. Os vários pontos serão objecto de apresentação e de discussão antes da votação.

Os participantes na assembleia pagarão de imediato o direito de admissão e a primeira contribuição, embora lhes possa ser concedido um prazo curto para o pagamento das contribuições.

Serão considerados membros fundadores os participantes na AGC que tiverem aprovado as conclusões e os textos e respeitado os compromissos subsequentes nos prazos prescritos pela referida AGC.

**Acta da Assembleia geral constituinte**

A Mesa da AGC elaborará de imediato uma acta da reunião, anotando o nome das pessoas presentes, a data e o local da criação da mutualidade, o nome e cargo dos vários responsáveis, fazendo uma descrição do decorrer da reunião. A acta será submetida aos membros para aprovação na assembleia geral seguinte.

Os vários documentos serão remetidos às autoridades administrativas para registo, em conformidade com a regulamentação em vigor.

**Conjunto modular de formação n° 2 :  
Criação de uma mutualidade de saúde**

**MÓDULO 2**

**A implementação do sistema de gestão de uma mutualidade de saúde**

## Sumário

### Módulo 2 :

#### A implementação do sistema de gestão de uma mutualidade de saúde

Decorrer da formação		Página
1.	<b>A importância do sistema de gestão de uma mutualidade de saúde</b>	<b>231</b>
2.	<b>Os vários aspectos da gestão de uma mutualidade de saúde</b>	<b>233</b>
	2.1 A noção de gestão	233
	2.2 A gestão dos recursos humanos	233
	2.3 A gestão dos recursos materiais	235
	2.4 A gestão dos recursos financeiros	236
3.	<b>Os principais suportes e ferramentas de gestão</b>	<b>239</b>
4.	<b>Apresentação do módulo</b>	<b>241</b>

#### Apoios pedagógicos

Texto de apoio nº 1 : A importância da gestão  
numa mutualidade de saúde 245

Texto de apoio nº 2 : Principais suportes e ferramentas  
de gestão de uma mutualidade de saúde 247

Texto de trabalho Suportes e ferramentas de gestão  
de grupo nº 1 : da Mutualidade de saúde de Sabou 253

Correcção do trabalho Suportes e ferramentas de gestão  
de grupo nº 1 : da Mutualidade de saúde de Sabou 256

## 2. A implementação do sistema de gestão de uma mutualidade de saúde

### Objectivos

Ao terminar este módulo, os participantes deverão ter adquirido conhecimentos que lhes permitam:

- explicar a importância do sistema de gestão de uma mutualidade de saúde ;
- descrever os principais aspectos da gestão de uma mutualidade de saúde ;
- participar na criação dos principais suportes e ferramentas de gestão de uma mutualidade de saúde.

### Grupos-alvo

- Gestores das mutualidades de saúde
- Promotores das mutualidades de saúde

### Pré-requisitos

Módulo “As etapas da criação de uma mutualidade de saúde”

### Duração

6h 20

### Conteúdo

- Importância do sistema de gestão de uma mutualidade de saúde
- Principais aspectos da gestão de uma mutualidade de saúde
- Suportes e ferramentas de gestão de uma mutualidade de saúde

## **Métodos**

- Exposição
- Conclusão (trabalho e síntese)
- Trabalho de grupo

## **Suportes materiais**

- Métaflan<sup>1</sup>
- *Quadro de papel*
- Retroprojector

## **Auxiliares pedagógicos**

- Textos de apoio
- Texto do trabalho de grupo

### **1.**

#### **A importância do sistema de gestão de uma mutualidade de saúde**

##### **a. Exposição (0h 30)**

Faça uma exposição sobre a importância do sistema de gestão de uma mutualidade de saúde.

Uma mutualidade de saúde, é uma organização de entreajuda e de solidariedade; constitui um movimento social. Este “objectivo social” não descarta a mutualidade das exigências de eficácia que recaem sobre toda a organização que gera uma oferta de serviços. Além disso, é necessário realçar que o seguro de saúde é um instrumento financeiro complexo com uma gestão delicada .

De facto, uma gestão rigorosa e eficaz tem uma importância dupla:

##### **A confiança**

Uma boa gestão favorece a confiança dos membros, o que é particularmente importante nas mutualidades cujos membros têm de liquidar as contribuições regularmente sem que daí lhes incorra um benefício imediato. Efectivamente, os membros apenas beneficiam das prestações da mutualidade quando se efectiva um risco, ou seja, habitualmente vários meses após a liquidação das primeiras contribuições. Devem por isso, ter a certeza de que a mutualidade estará à altura de os ajudar quando for necessário.

Uma gestão eficaz favorece igualmente a confiança dos prestadores de cuidados de saúde relativamente à mutualidade. Estes, devem efectivamente ter a certeza de que a mutualidade estará sempre à altura de reembolsar as facturas correspondentes aos cuidados prestados aos beneficiários.

##### **A viabilidade do sistema**

Uma mutualidade de saúde, origina um sistema de segurança contra o risco de doença. Trata-se de uma ferramenta financeira cuja gestão é relativamente complexa: a noção de risco compreende por definição uma certa dose de incerteza , e além do mais a cobertura destes riscos provoca muitas vezes uma alteração no comportamento dos membros e dos prestadores de

---

cuidados de saúde (selecção adversa, risco moral, super-prescrição, etc.). Uma mutualidade de saúde deve por isso, munir-se de mecanismos de previsão e de controlo, de ferramentas de gestão contabilística e financeira, e de um acompanhamento, por sua vez rigoroso e eficaz de modo a enfrentar qualquer eventualidade e estar à altura de honrar os compromissos, tanto em relação aos membros como aos prestadores de cuidados de saúde.

A concepção do sistema de gestão é um elemento muito importante do processo de criação de uma mutualidade de saúde. Este sistema deve ser concebido desde a etapa de definição da organização e das modalidades de funcionamento da mutualidade. Terá efectivamente, um impacto sobre:

- a organização :
  - competência dos vários órgãos,
  - emprego ou não de pessoal assalariado,
- o funcionamento :
  - suportes utilizados pelos vários intervenientes (cartões, atestados, etc.),
  - orçamento e montante das contribuições,
- os acordos com os prestadores de cuidados de saúde :
  - modalidades de recurso aos cuidados de saúde e mecanismos de reembolso,
  - prazo para reembolso, etc.

A experiência comprova que, se o sistema de gestão estiver incorrectamente definido antes do arranque das actividades, a mutualidade terá sérias hipóteses de se deparar com graves problemas que farão com que, durante os primeiros exercícios, tenha de rever as respectivas modalidades de organização e de funcionamento, o que habitualmente resulta numa perda irreversível de credibilidade por parte dos potenciais membros e prestadores de cuidados de saúde.

Para concluir, projecte o texto de apoio n.º 1 e comente o mesmo com os participantes.

## **2.**

### **Os vários aspectos da gestão de uma mutualidade de saúde**

#### **2.1 A noção de gestão**

##### **b. Trabalho em plenário (0h 15)**

Solicite a alguns participantes que definam a noção de gestão. Anote as respostas no quadro de papel. Promova um debate e proponha a seguinte definição :

A gestão de uma organização consiste em mobilizar e utilizar da forma mais eficaz possível, um conjunto de recursos para realizar as actividades que permitem alcançar os objectivos.

Todas as organizações dispõem de três principais tipos de recursos:

- os recursos humanos,
- os recursos materiais,
- os recursos financeiros.

#### **2.2 A gestão dos recursos humanos**

##### **c. Trabalho em plenário (0h 30)**

Mencione que os recursos humanos constituem, em qualquer organização, o recurso mais precioso, mas também o mais complexo de se gerir. A sua gestão revela aspectos muito variados, mas baseia-se acima de tudo na motivação dos indivíduos.

Coloque a seguinte questão aos participantes, escrevendo-a no cavalete:

“Quais são os elementos que julgam ser importantes na gestão dos recursos humanos de uma mutualidade ?”

Distribua fichas de cartão para recolher as respostas. Faça um resumo e complete o mesmo, caso necessário, com a ajuda dos elementos abaixo:

- gerir o pessoal (selecção, recrutamento, recepção e apresentação, avaliação periódica, etc.);
- incentivar o voluntariado ;
- garantir a melhor correspondência possível entre as necessidades de pessoal e os efectivos reais;
- procurar a adequação entre as qualificações e as atribuições de cada um;
- definir claramente as tarefas e responsabilidades (descrição de funções) ;
- reforçar as competências através da formação contínua e da reciclagem ;
- definir uma política salarial coerente, motivadora e equitativa ;
- definir métodos e ferramentas de avaliação da execução das tarefas.

Conclua, realçando os seguintes elementos :

No âmbito de uma mutualidade de saúde, os recursos humanos disponíveis dependem grandemente da dimensão da organização e do montante das contribuições solicitadas aos membros.

O funcionamento de uma mutualidade de saúde que conte com um número reduzido de membros, terá como base principalmente o voluntariado, ainda que as funções administrativas e de gestão sejam habitualmente exigentes e árduas. A mutualidade deverá motivar os voluntários, repartir as tarefas e as responsabilidades e criar procedimentos administrativos e financeiros simples.

Relativamente a mutualidades de uma dimensão mais significativa, uma parte substancial das actividades poderá ser confiada a pessoal assalariado. Nestas mutualidades, serão aplicados procedimentos rigorosos de recrutamento, de contratação, de gestão e de avaliação do pessoal.

## **2.3 A gestão dos recursos materiais**

### **d. Trabalho em plenário (0h 30)**

Coloque a seguinte questão aos participantes, escrevendo-a no cavalete :

“Quais são os principais recursos materiais de que uma mutualidade necessita para funcionar ?”

Distribua fichas de cartão para recolher as respostas. Elabore um resumo e complete o mesmo, se necessário com o auxílio dos elementos abaixo :

- localização do secretariado,
- equipamento informático (eventualmente),
- material circulante (automóveis, motociclos, bicicletas, etc.),

- mobiliário de escritório (gabinetes, cadeiras, cofre-forte ou caixa, etc.),
- material de escritório (papel, arquivos, cadernos, fichas, esferográficas, etc.).

Conclua realçando os seguintes elementos :

Ao contrário de uma empresa de produção que se deve equipar com as máquinas e ferramentas necessárias, uma mutualidade precisa de poucos equipamentos para funcionar. Sendo uma “empresa de serviços”, gera principalmente fluxos financeiros e de informações. Neste âmbito, é vital que a mesma disponha dos meios adequados.

Coloque em seguida, a seguinte questão aos participantes :

“Quais são as várias operações ligadas à gestão dos referidos recursos materiais ?”

Complete, se necessário, as respostas dos participantes com os seguintes elementos :

- apoio logístico (compra ou aluguer, escolha do material, negociação de preços e de qualidade),
- repartição do material pelos utilizadores e responsabilização de cada um deles para uma utilização adequada,
- manutenção periódica dos equipamentos e do material,
- manutenção dos edifícios,
- substituição e renovação do material em vida útil.

## **2.4 A gestão dos recursos financeiros**

### **e. Trabalho em plenário (0h 30)**

Coloque a seguinte questão aos participantes, escrevendo-a no cavalete :

“Quais são os elementos que julgam necessários na gestão dos recursos financeiros de uma mutualidade ?”

Distribua fichas de cartão para recolher as respostas. Elabore um resumo e complete o mesmo, se necessário, tendo como base os elementos abaixo:

- a recolha eficaz das contribuições (cobrança),
- a segurança dos fundos pertencentes à mutualidade (nunca guardar muito dinheiro em caixa),
- a previsão das receitas e das despesas,
- manter actualizados os documentos de gestão (registo de caixa, diário de bancos, facturas, etc.),
- estar a par dos resultados financeiros,
- a partilha de responsabilidades para garantir um controlo permanente dos fluxos financeiros,
- o controlo das despesas (justificação e volume),
- o controlo das facturas recebidas,
- a integridade dos gestores,
- a análise regular da situação financeira,
- a transparência e a fiabilidade da informação fornecida aos vários órgãos de decisão e aos membros em geral.

### **f. Exposição (0h 20)**

Elabore uma exposição subordinada ao tema da gestão dos recursos financeiros de uma mutualidade de saúde, baseando-se no texto que se segue. Realce o facto de que a gestão não se

reduz à escrita de números em tabelas, mas abrange igualmente a recolha e o arquivo de informação, o acompanhamento, a análise, a previsão, etc.

Para garantir a sua funcionalidade e viabilidade financeira, uma mutualidade de saúde deve munir-se de ferramentas de gestão e repartir pelos seus vários órgãos as diferentes funções, que são principalmente:

#### **A gestão administrativa**

A gestão administração engloba as tarefas ligadas ao registo e ao acompanhamento das adesões, à recolha das contribuições e respectivo registo, ao acompanhamento e liquidação das prestações. As referidas tarefas são especialmente importantes, dado que as contribuições e as prestações constituem respectivamente as principais receitas e despesas de uma mutualidade de saúde, que pode por exemplo, perder bastantes receitas se não dispuser de suportes e de mecanismos eficazes para proceder à cobrança das prestações.

As ferramentas de gestão administrativa permitem igualmente disponibilizar todas as informações necessárias ao acompanhamento e à análise dos desempenhos da mutualidade. A referida análise revelar-se-ia de facto impossível, se a mutualidade não soubesse por exemplo, o número exacto dos seus beneficiários, a quantidade de prestações pagas e a respectiva repartição pelos vários tipos de cuidados cobertos.

#### **A gestão contabilística**

A gestão contabilística tem como objectivo registar as várias operações da mutualidade, sob a forma de entradas e de saídas de recursos, de classificá-las e proceder ao respectivo tratamento. Dá continuidade às diferentes fases de realização das actividades da mutualidade por um período de tempo determinado (geralmente um ano), o chamado exercício (arranque, exploração e fecho).

A gestão contabilística tem por base métodos e documentos comuns a todas as organizações que se regem pela legislação. O dispositivo contabilístico pode no entanto, ser adaptado à dimensão, actividades e outras particularidades de cada mutualidade de saúde.

#### **A gestão financeira**

A gestão financeira tem como objectivo garantir a viabilidade financeira da mutualidade a longo prazo. Destina-se à previsão e controlo das despesas e receitas da mutualidade, à análise da situação financeira, à gestão das aplicações financeiras, etc.

### **3.**

#### **Os principais suportes e ferramentas de gestão**

##### **g. Trabalho em plenário (1h 00)**

Pergunte aos participantes quais são os principais suportes e ferramentas de gestão de uma mutualidade de saúde:

- suportes e ferramentas administrativas,
- contabilísticas,
- financeiras.

Escreva as respostas no cavalete, completando as mesmas se necessário, com os seguintes elementos:

- Gestão administrativa:
  - cartão de membro,
  - registo dos beneficiários,

- carta de garantia,
- atestado de cuidados de saúde,
- factura do prestador de cuidados de saúde.
- Gestão contabilística :
  - Livro de registo de caixa,
  - Diário de bancos,
  - Livro do razão,
  - Documentos justificativos de despesa,
  - Demonstração de resultados do exercício,
  - Balanço.
- Gestão financeira :
  - conta de resultados do exercício e balanço (idem gestão contabilística),
  - orçamento,
  - plano da tesouraria,
  - rácios financeiros.

Distribua o texto de apoio n.º 2 sobre os principais suportes e ferramentas de gestão e solicite que o leiam para responderem às eventuais questões de esclarecimento.

#### **h. Trabalho de grupo n.º 1 (1h 30)**

Forme grupos de no máximo, três pessoas e distribua o texto de trabalho de grupo n.º 1. Explique o funcionamento do quadro de tarefas e, a título de exemplo, faça a primeira operação em plenário “abertura de um exercício” (enquanto os participantes se agrupam).

Prepare um quadro de tarefas em branco, em folhas grandes para a síntese.

#### **i. Síntese em plenário (1h 00)**

Para cada operação, convide um grupo a apresentar os resultados dos respectivos trabalhos. Peça aos restantes grupos para intervirem sempre que tenham ideias diferentes. Complete os mesmos com o auxílio da correcção do trabalho de grupo n.º 1.

Realce o facto de que para uma mesma operação, é possível muitas vezes utilizar vários procedimentos e diversas ferramentas. No entanto, é conveniente defini-los, assim como as competências atribuídas a cada órgão e interveniente em questão.

### **Elementos de análise às considerações do formador**

#### **O quadro de tarefas**

O quadro de tarefas é uma ferramenta frequentemente utilizada para a avaliação de uma organização. Permite especificar, tendo em conta os vários intervenientes em questão, quem faz o quê, como, etc. Propõe-se que seja utilizado para a concepção do sistema de gestão. A sua utilização no processo de criação da mutualidade de saúde é particularmente interessante, sobretudo se constituir objecto de uma sessão de trabalho onde estejam reunidos os principais intervenientes (grupos de trabalho, prestador(es) de cuidados de saúde, etc.).

Através da análise dos diferentes mecanismos, é possível uma melhor compreensão das várias pessoas envolvidas, bem como da natureza e conteúdo do respectivo envolvimento no trabalho de concepção do sistema.

Entre outras vantagens, o trabalho com a ajuda do quadro de tarefas, contribui para a formação dos responsáveis e lança as bases de um futuro acordo entre a mutualidade e os prestadores de cuidados de saúde.

**4.**

**Conclusão do módulo**

**j. Síntese em plenário (0h 15)**

Resuma o módulo recordando os respectivos objectivos e conteúdo.

## **Apoios pedagógicos**

### **Texto de apoio nº 1**

#### **A importância da gestão numa mutualidade de saúde**

<b>Vantagens de uma gestão correcta</b>	<b>Inconvenientes de uma gestão incorrecta</b>
- Confiança	- Desconfiança
- Credibilidade	- Rumores
- Viabilidade	- Desilusão
- Estabilidade	- Instabilidade
- Controlo do funcionamento	- Abuso
- Alcançar e, inclusivamente, ultrapassar os objectivos pretendidos	- Desistências
- Adequada cobertura no âmbito da saúde dos membros	- Falência
- Diversificação possível dos serviços prestados pela mutualidade	

### **Texto de apoio nº 2**

#### **Principais suportes e ferramentas de gestão de uma mutualidade de saúde**

##### **Gestão administrativa**

##### **O cartão de membro**

O cartão de membro pode ser apresentado de várias formas.

Pode ser familiar, incluindo assim todas as informações (apelido, nome próprio, idade, número de beneficiário, etc.) permitindo identificar exactamente o membro e cada uma das pessoas a cargo (cônjuge, filhos, etc.).

Outras organizações poderão preferir um cartão individual (um para cada beneficiário), privilegiando a adesão por família.

Em certas mutualidades, o cartão serve igualmente como boletim de saúde, contendo várias páginas em branco que os prestadores de cuidados de saúde podem utilizar para registar os episódios e as prescrições, o que tem interesse em termos de acompanhamento.

É de realçar que os cartões têm um custo (impressão e trabalho de preenchimento no acto de adesão). É por isso aconselhável a adopção do sistema mais simples e conceber cartões que não sejam necessários renovar frequentemente.

São possíveis outras fórmulas. Por exemplo, um grupo pode substituir o cartão de membro por um cartão de grupo que cada doente (ou a sua família) deverá obter antes de recorrer aos cuidados de saúde, acompanhado de uma carta de garantia onde esteja mencionado o nome, a idade, etc. do doente. As despesas de adesão são desta forma reduzidas e este sistema permite um controlo prévio ao recurso aos cuidados de saúde.

Seja qual for a fórmula adoptada, o cartão de membro constitui sobretudo um “passaporte” que confirma ao prestador de cuidados de saúde que o doente está coberto pela mutualidade. Constitui também, embora apenas numa certa forma, uma ferramenta de controlo. No entanto, para que seja eficaz como ferramenta de controlo, o cartão deverá incluir uma fotografia de cada beneficiário, o que é difícil: as despesas de adesão limitariam o acesso à mutualidade para as famílias mais pobres. A mutualidade deve por isso, em paralelo, desenvolver outros mecanismos de controlo.

### **O registo dos membros**

O registo dos membros é uma ferramenta importante de gestão administrativa e de acompanhamento. Deve permitir fazer o ponto de situação regular:

- do número de beneficiários (membros e pessoas a cargo),
- das novas adesões e desistências durante um exercício,
- dos pagamentos de direitos de admissão e contribuições,
- das quotas pagas, de forma a acompanhar, de um exercício para o outro, o aumento das adesões e a eventual importância das desistências.

O referido registo deve permitir controlar igualmente de um determinado ano ao seguinte, as possíveis alterações no seio da família de um membro (nascimento, morte, etc.). Finalmente, deve permitir fazer o seguimento do pagamento das contribuições e identificar os eventuais atrasos.

### **A carta de garantia**

A carta de garantia ou autorização de cuidados de saúde (são possíveis outras designações) é uma fórmula utilizada por determinadas mutualidades de saúde que pretendem exercer um controlo prévio à concessão dos cuidados de saúde aos beneficiários. Trata-se de uma declaração que todos os beneficiários (membros ou pessoa a seu cargo) doentes, devem obter junto da mutualidade antes de recorrerem a um serviço de saúde. Esta declaração deverá ser apresentada ao prestador de cuidados de saúde para que o doente possa beneficiar da cobertura da mutualidade.

A carta de garantia contém a indicação de todas as informações do cartão de membro, em especial aquelas que dizem respeito ao próprio doente (nome, idade, etc.). Autoriza o prestador de cuidados de saúde a tratar o doente nas condições acordadas com a mutualidade. A carta será de seguida, anexada ao atestado de cuidados de saúde ou à factura passada pelo prestador.

### **Atestado de cuidados de saúde**

Assim que um doente deixa um serviço de saúde, no próprio dia em caso de pequenos riscos, ou após um determinado período de permanência para os grandes riscos, o prestador de cuidados de saúde entrega-lhe uma declaração a comprovar que recebeu os cuidados e a indicar o montante que a mutualidade deverá reembolsar.

Este atestado de cuidados de saúde apenas é entregue contra a liquidação do co-pagamento por parte do paciente.

O referido atestado inclui as seguintes informações :

- o nome da estrutura sanitária,
- o nome da mutualidade (em especial, quando o prestador colabora com várias seguradoras),
- o nome, o número de beneficiário e outras informações úteis relativas ao segurado e que sejam mencionadas no respectivo cartão,

- a descrição detalhada dos episódios médicos : consultas, exames laboratoriais, hospitalização, medicamentos e produtos médicos, etc.,
- o montante a ser facturado à mutualidade,
- a data dos cuidados ou as datas de entrada e saída para os casos de internamento,
- o co-pagamento ou outra comparticipação por parte do paciente,
- a assinatura do prestador e do paciente (ou eventualmente a sua impressão digital).

A referida declaração é geralmente preenchida em duplicado :

- um exemplar para o prestador que a utilizará para passar a factura à mutualidade,
- o outro exemplar para o paciente que deverá entregá-lo junto dos responsáveis da mutualidade, que poderão assim, controlar e avaliar o montante da factura do prestador antes mesmo de a receberem.

### **Factura do prestador de cuidados de saúde**

Em conformidade com a frequência (na maioria das vezes mensalmente, ou até mesmo trimestralmente) definida entre a mutualidade e o prestador de cuidados de saúde, este passa uma factura com o conjunto dos cuidados prestados aos beneficiários durante o período considerado.

A referida factura inclui :

- o nome do prestador e o da mutualidade,
- o período a que se refere a factura,
- a discriminação dos elementos facturados, ou seja, um resumo de cada atestado de cuidados do período em questão: número de beneficiário, data e montante,
- a data de emissão da factura e eventualmente (caso tenha sido acordado com a mutualidade) o prazo para reembolso.

A partir da recepção da factura, a mutualidade pode compará-la ao conjunto de atestados de cuidados de saúde de que os membros beneficiaram durante o período em questão, de modo a verificar a correspondência dos montantes.

Sempre que na factura surgirem cuidados em relação aos quais a mutualidade não tenha recebido atestados, será fácil identificar os membros em questão graças aos números de beneficiário. Poderá então ser realizado um controlo.

### **Gestão contabilística**

#### **Folha de caixa**

Permite registar cronologicamente os movimentos de reservas em caixa e inclui geralmente as seguintes informações:

- data,
- número,
- natureza da operação/designação,
- entradas/saídas/saldo,
- observações.

#### **Diário de bancos**

O diário de bancos permite registar cronologicamente os movimentos de fundos a nível da conta bancária. Serve igualmente para confrontar os elementos bancários. Inclui as mesmas informações que a folha de caixa.

A folha de caixa e o diário de bancos apresentam-se da seguinte forma:

<b>Data</b>	<b>Nº de encomenda ou de comprovativo de despesa</b>	<b>Natureza da operação</b>	<b>Entradas</b>	<b>Saídas</b>	<b>Saldo</b>	<b>Observações</b>

### **Livro do Razão**

O livro permite registar o conjunto das operações por ordem cronológica, indicando as contas a creditar ou a debitar (operações contabilísticas em sentido duplo).

O livro apresenta-se de diferentes formas. Habitualmente está associado a um outro documento contabilístico chamado de Diário, que recapitula as operações a débito e a crédito para cada uma das contas definidas de acordo com o plano contabilístico.

Existem sistemas mais complexos que reagrupam Diário e Livro. Utiliza-se então um documento denominado Livro diário do razão. Este documento reduz o numero de escritas a efectuar e dá uma perspectiva do conjunto das operações sobre o plano contabilístico.

Uma forma de apresentação simplificada do Livro diário do razão é a seguinte :

<b>Data</b>	<b>Nº de comprovativo de despesa</b>	<b>Minutas</b>	<b>Somas</b>		<b>Fornecedores</b>		<b>Clientes</b>		<b>Etc.</b>	
			<b>Déb.</b>	<b>Créd.</b>	<b>Déb.</b>	<b>Créd.</b>	<b>Déb.</b>	<b>Créd.</b>	<b>Déb.</b>	<b>Créd.</b>

Todas as contas devem figurar em colunas, o que exige um formato de folha adaptado e é apenas viável para contabilidades simples (que tenham um numero restrito de contas).

### **Documentos comprovativos de despesa**

Os registos feitos nos documentos anteriormente descritos, devem ser justificados por comprovativos de despesas internos ou externos (facturas, notas de despesa, recibos, etc.). Os referidos comprovativos de despesas confirmam a autenticidade das operações.

Devem conter, no mínimo as seguintes informações :

- nome e coordenadas do fornecedor ou outra pessoa,
- natureza da operação,
- montante em numeração e por extenso,

- data da operação,
- carimbo ou assinatura do beneficiário.

Não devem conter rasuras, nem emendas.

As facturas dos prestadores de cuidados de saúde constituem igualmente documentos justificativos de despesas.

### **A demonstração de resultados do exercício**

A demonstração de resultados do exercício é o resumo das despesas e dos produtos da mutualidade de saúde durante um determinado período, chamado de “exercício” (geralmente um ano). A demonstração de resultados do exercício compara as despesas com as receitas e permite o cálculo do resultado do exercício.

A demonstração de resultados do exercício é uma ferramenta de gestão importante já que permite o cálculo do resultado e consequentemente uma primeira perspectiva da situação financeira da mutualidade. Deve no entanto, ser associada a outras ferramentas (balanço, rácios financeiros) que permitam interpretar o resultado.

### **O balanço**

O balanço é um quadro sintetizado, que apresenta numa determinada data a situação do património da mutualidade. Este quadro apresenta-se em duas colunas que representam respectivamente o activo e o passivo.

O balanço permite uma primeira interpretação da situação financeira da mutualidade. Apresenta no campo do passivo, a origem dos recursos dos quais a mutualista beneficiou (auxílio dos membros, empréstimos das instituições de crédito, prazo de pagamento a fornecedores/prestadores, etc.) e, no campo do activo, a aplicação dos referidos recursos (imobilizado, existências, liquidez, etc.).

### **Gestão financeira**

#### **Orçamento**

Um orçamento é a tradução financeira de um plano de actividades. Constitui uma previsão das despesas e das receitas necessárias à realização das actividades da mutualidade, por um determinado período (geralmente um ano).

O orçamento deve ser equilibrado em termos de receitas e despesas. A sua realização implica escolhas no início do exercício, e o respeito pelas mesmas durante a execução das actividades. Através do orçamento, a mutualidade impõe-se limites que não podem ser ultrapassados no que respeita às despesas, tendo em conta as receitas previstas.

O orçamento elaborado com base no conhecimento do passado e em determinado número de previsões sobre o futuro, constitui um forte instrumento de gestão. Regularmente, as despesas deverão ser comparadas às previsões, o que permitirá adoptar atempadamente as medidas necessárias de forma a atingir os objectivos estabelecidos no início do ano e proceder aos reajustamentos que forem adequados para a previsão das receitas e despesas.

#### **O plano da tesouraria**

O plano da tesouraria é um quadro de previsão de entradas e saídas de fundos num determinado período, por exemplo, seis meses.

O plano da tesouraria permite à mutualidade verificar que, disporá em qualquer altura, de liquidez suficiente para cumprir as suas obrigações em relação aos membros e prestadores de cuidados de saúde. O referido plano permite igualmente evitar a estagnação de liquidez e consequentemente, obter lucro com os fundos da mutualidade investindo-os por exemplo, junto da banca.

O plano da tesouraria é uma ferramenta de planeamento e previsão, mas também é a posteriori um instrumento de acompanhamento e controlo.

Em caso de previsão de um “buraco” na tesouraria, o plano revelar-se-ia igualmente uma ferramenta necessária para negociar empréstimos ou prorrogações de prazos de pagamento com os credores.

### **Os rácios financeiros**

O acompanhamento é uma actividade que consiste em garantir que o programa de uma mutualidade de saúde se desenvolva de acordo com as disposições previamente estabelecidas ou de acordo com as normas aceites de comum acordo pelo movimento mutualista.

O acompanhamento financeiro permite controlar a solidez e a viabilidade financeiras da mutualidade. Assenta na utilização de indicadores que constituem um “painel de bordo” e permite aos responsáveis da mutualidade garantirem uma “pilotagem “ eficaz da sua organização.

Os indicadores de acompanhamento financeiro apresentam-se sob a forma de rácios (relação entre dois números contabilísticos). Os referidos rácios financeiros são especialmente importantes, pois constituem indicadores que permitem avaliar a saúde financeira da organização, ou seja, a sua capacidade de cumprir, num preciso momento, com as suas obrigações para com os membros e terceiros.

Os principais rácios financeiros utilizados no âmbito de uma mutualidade são:

- o rácio de liquidez imediata,
- o rácio de solvabilidade,
- o rácio de cobertura das despesas das prestações,
- o rácio contribuições/despesas anuais,
- o rácio despesas de administração/produtos anuais.

As fontes de informação para o cálculo e a comparação dos rácios são o balanço e a demonstração de resultados do exercício.

### **Trabalho de grupo nº 1**

#### **Apoios e ferramentas de gestão da Mutualidade de saúde de Sabou**

Os grupos de aldeões de uma região rural decidiram associar-se para criar uma Mutualidade de saúde em Sabou.

Com base nas contribuições anuais, principalmente recebidas na altura da venda das colheitas, a referida mutualidade cobrirá as despesas efectuadas nos centros de saúde com os quais celebrou um acordo prévio.

Para criar uma mutualidade, os grupos nomearam um grupo de trabalho encarregue de propor as modalidades de organização e de funcionamento da mutualidade. Este trabalho ficará concluído por altura da assembleia geral constituinte da mutualidade, através da aprovação dos estatutos e do regulamento interno.

No âmbito deste processo, os primeiros aspectos da organização e do funcionamento a reter pelo grupo de trabalho, são os seguintes :

- A contribuição será anual. Cobrirá o membro e as pessoas a seu cargo.
- A mutualidade participará alguns tipos de cuidados dos centros de saúde locais (para simplificar este exercício, as modalidades de reembolso são as mesmas, sejam quais forem os serviços e os centros de saúde abrangidos).
- A mutualidade utilizará um sistema de pagamento por terceiros. Para cada tipo de cuidados cobertos, será aplicado um co-pagamento.
- Os órgãos da Mutualidade de saúde de Sabou serão os seguintes :
  - uma assembleia geral,
  - um conselho de administração,
  - uma comissão executiva,
  - uma comissão de supervisão.
- Para garantir o capital activo, a mutualidade abrirá uma conta na caixa económica/de crédito local.

Conhecendo as suas competências em gestão, o grupo de trabalho elegeu-o para o sub-comité, encarregue de definir os procedimentos e as ferramentas de gestão administrativa, contabilística e financeira.

É-lhe solicitado que identifique e descreva para cada operação (preparação de um exercício, tratamento das adesões, reembolso das despesas de cuidados de saúde, execução das outras despesas correntes de funcionamento, fecho do exercício) os procedimentos e as ferramentas a aplicar, bem como o papel dos intervenientes em questão (membros, órgãos da mutualidade, centros de saúde, etc.).

Para tal, propõe-lhe que utilize um quadro de tarefas de acordo com o modelo da página seguinte.

O referido quadro tem como objectivo decompor cada operação através da colocação das seguintes perguntas:

- Quem faz o quê ?
- Que ferramenta(s) será(ão) necessária(s) para registar esta operação ?

Para responder a estas questões, é aconselhada a utilização do texto de apoio n.º 2, que se refere aos principais suportes e ferramentas de gestão de uma mutualidade de saúde.

### **Quadro de tarefas da Mutualidade de saúde de Sabou**

Intervenientes  
Operações

Preparação de um novo exercício

Tratamento das adesões

Reembolso das despesas de saúde

Aquisição de outros bens e serviços

Fecho do exercício

Mutualidade de saúde de Sabou

Membros

Comissão executiva

Conselho de administração

Comissão de supervisão

Assembleia geral

Centros de saúde

Caixa económica e de crédito local

Outros fornecedores (comércio, transportes, etc.)

**Correcção do trabalho de grupo n.º 1**

**Suportes e ferramentas de gestão da Mutualidade de saúde de Sabou**

Intervenientes  Operações	Mutualidade de saúde De Sabou					Centros de saúde	Caixa económica e de crédito local	Outros fornecedores (comércio, transportes, etc.)
	Membros	Comissão executiva	Conselho de administração	Comissão de supervisão	Assembleia geral			
<b>Preparação de um novo exercício</b>		Preparação do orçamento e do plano de tesouraria - primeira proposta  Execução	Preparação do orçamento e do plano de tesouraria - segunda proposta  Acompanhamento	Mandato de fiscalização	Aprovação do plano de actividades, do orçamento e do plano de tesouraria na assembleia geral anual  ORÇAMENTO  PLANO DE TESOURARIA			
<b>Tratamento das adesões</b>  - Adesões - Direitos de admissão	Proposta de adesão  Pagamento no	Registo das adesões	Aceitação ou recusa das propostas de admissão		Definição dos estatutos e regulamento interno			

<p>- <b>Contribuições</b></p>	<p>acto de adesão  CARTÃO DE MEMBRO  Pagamento anual</p>	<p>Registo dos direitos de admissão e das contribuições pagas  Registo dos membros  Dinheiro em caixa LIVRO DO RAZÃO cálculo dos direitos de admissão  cálculo das contribuições  cálculo do dinheiro em caixa  contas bancárias</p>					<p>Depósito em conta da Mutualidade  EXTRACTO DE CONTA</p>	
<p><b>Reembolso das despesas de saúde</b></p>	<p>Recurso aos serviços de saúde</p>				<p>Atendimento  Prestações de cuidados de</p>			

	<p>CARTÃO DE MEMBRO</p> <p>Entrega do atestado de cuidados de saúde à comissão executiva</p>	<p>ATESTADO DE CUIDADOS DE SAÚDE</p> <p>Controlo</p> <p>FACTURA MENSAL</p> <p>Dinheiro em caixa</p> <p>Reembolso</p> <p>REGISTO DE CAIXA</p> <p>LIVRO DO RAZÃO</p> <p>Cálculo das prestações por doença</p> <p>Contas bancárias</p>	<p>Decisão de reembolso</p> <p>Acompanhamento do orçamento e da tesouraria</p> <p>ORÇAMENTO quadro de execução</p> <p>PLANO DE TESOURARIA quadro de execução</p>	<p>saúde</p> <p>Co-pagamento pelo paciente</p> <p>Atestado de cuidados de saúde passado pelo centro de saúde</p> <p>Facturação dos cuidados no fim do mês</p> <p>Controlo das contas e da regularidade das operações financeiras</p>	<p>Levantamento</p> <p>EXTRACTO DE CONTA</p>			
<b>Aquisição de</b>		Identificação	ORÇAMENTO	Controlo das				

<p><b>outros bens e serviços</b></p> <p><b>Mobiliário, transportes, etc.</b></p>		<p>das necessidades</p> <p>Execução das Despesas caixa/ levantamento bancário</p> <p>FOLHA DE CAIXA</p> <p>LIVRO DO RAZÃO do cálculo do mobiliário cálculo das deslocações, etc.</p> <p>Conta bancária Cálculo do dinheiro em caixa</p>	<p>quadro de execução</p> <p>PLANO DE TESOURARIA quadro de execução</p> <p>Decisão de aquisição</p>	<p>contas e da regularidade das operações financeiras</p>				<p>DOCUMENTOS COMPROVATIVOS</p>
<p><b>Fecho do</b></p>		<p>LIVRO DO</p>						

<p><b>exercício</b></p>	<p>Todos os membros (com as contribuições em dia)</p>	<p>RAZÃO Todas as contas  Fecho das contas  Preparação da demonstração de resultados do exercício e do balanço</p>	<p>BALANÇO  DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS DO EXERCÍCIO  RÁCIOS FINANCEIROS  Convocação da assembleia geral</p>	<p>Controlo das contas e da regularidade das operações financeiras</p>	<p>Assembleia geral anual:  Apresentação do relatório de actividades e do relatório financeiro pelo conselho de administração  Aprovação pela AG</p>			
-------------------------	---	--	---	--	--	--	--	--

**Mutualidades de saúde em África: Características e implementação**

**Módulo de informação**

**Descoberta das mutualidades de saúde**

## MÓDULO DE INFORMAÇÃO

### Sumário

#### Módulo de informação :

#### Descoberta das mutualidades de saúde

Decorrer da sessão	Página
1. A previdência face às despesas de saúde	267
2. Fundamentos e modo de funcionamento das mutualidades de saúde	271
3. Os beneficiários de uma mutualidade de saúde	273
4. Os serviços prestados por uma mutualidade de saúde	275
5. O processo de criação de uma mutualidade de saúde	277
6. Conclusão do módulo	278

#### Apoios pedagógicos

Esquema n.º 1 : Princípios básicos da mutualidade	281
Texto de apoio n.º 1 : Definição e princípios básicos da mutualidade	283
Esquema n.º 2 : Os serviços prestados por uma mutualidade de saúde	287
Texto de apoio n.º 2 : Os diferentes tipos de cuidados de saúde que uma mutualidade pode cobrir	291
Texto de apoio n.º 3 : As condições prévias à criação de uma mutualidade de saúde	293

#### Descoberta das mutualidades de saúde

##### Objectivos

Este módulo constitui uma introdução à mutualidade e às mutualistas de saúde. Trata-se de um módulo de informação e de sensibilização adaptado a um público vasto, no âmbito de reuniões ou de acções de promoção das mutualidades de saúde.

Pelo facto de propor mais uma informação do que uma formação, este módulo não apresenta objectivos pedagógicos como acontece com outros módulos deste manual. Neste caso, trata-se de informar os participantes sobre o que são as mutualidades de saúde, sobre as razões que podem motivar a sua criação, sobre o seu modo de funcionamento e respectivo processo de criação.

##### Grupos-alvo

- Promotores das mutualidades de saúde
- Potenciais membros das mutualidades de saúde
- Pessoas influentes no meio de implementação das mutualidades de saúde
- Pessoal de saúde e representantes das estruturas sanitárias
- Pessoal de estruturas de apoio, como as ONG's (Organizações não-governamentais), os projectos ou os gabinetes de estudo
- Pessoal dos organismos de cooperação bi e multi-laterais

##### Pré-requisitos

Nenhum

**Duração**

5h 15

**Conteúdo**

- A previdência face às despesas de saúde
- Fundamentos e modo de funcionamento das mutualidades de saúde
- Os serviços prestados por uma mutualidade de saúde
- A adesão a uma mutualidade de saúde
- O processo de criação de uma mutualidade de saúde

**Métodos**

- *Brainstorming*
- Exposição
- Trabalho em plenário

**Apoios materiais**

- Méta-plan
- Quadro preto
- Quadro de papel
- Retroprojector

**Apoios pedagógicos**

- Esquemas
- Textos de apoio

## 1.

### A previdência face às despesas de saúde

#### a. Trabalho em plenário (0h 30)

Modere um debate sobre as dificuldades encontradas pelos indivíduos e as famílias para fazerem face às despesas relacionadas com as doenças. Complete, se necessário, as respostas com os seguintes elementos :

- A doença é na maioria das vezes imprevisível; as despesas que origina não podem ser previstas nem relativamente ao seu montante, nem ao período em que vão ocorrer. O indivíduo ou a família são desta forma, forçados a suportarem essas despesas na altura em que a doença surge.

- Em caso de internamento ou de doença grave, o montante das despesas ultrapassa a capacidade de pagamento da maioria dos indivíduos e famílias. Em África, muitas pessoas não podem sequer suportar as despesas com doenças de menor gravidade. Estas dificuldades são ainda acrescidas das despesas significativas que podem juntar-se aos custos com os cuidados de saúde: deslocações, assistência ao doente, alimentação, etc.

Conclua este debate com base no texto seguinte :

Ninguém está livre de contrair uma doença, que venha frustrar as previsões e possa ter consequências financeiras desastrosas no património e na vida dos indivíduos. A contribuição financeira dos pacientes para a previdência da doença é extremamente necessária para garantir o correcto funcionamento dos serviços de saúde, mas limita o acesso dos mais carenciados aos cuidados de saúde. Na maioria das vezes, os indivíduos e respectiva família não têm capacidade para suportar as despesas exigidas de forma a poderem beneficiar dos cuidados de que necessitam.

#### b. Brainstorming (0h 45)

Coloque a seguinte questão :

“O risco financeiro relacionado com a doença origina uma necessidade real de protecção à qual as famílias tentam responder individual ou colectivamente. Concretamente, quais são as alternativas à disposição de um indivíduo ou de uma família para fazerem face às despesas relacionadas com a doença?”

Anote as respostas dos participantes dividindo-as em três grandes categorias de acordo com o quadro a abaixo. Solicite aos participantes que ilustrem as respectivas respostas, realçando as vantagens (rapidez na obtenção do dinheiro necessário, segurança, etc.) e desvantagens (endividamento, dependência, etc.) de cada uma das alternativas propostas.

	<b>As alternativas habituais e tradicionais</b>	<b>O sistema de pré-pagamento e o seguro</b>	<b>As outras alternativas</b>
<b>Individuais</b>	- Recurso ao empréstimo usurário - Venda de bens (gado, mobiliário, ferramentas de trabalho,	- Subscrição de mecanismos de pré-pagamento (sem partilha de riscos) : - de poupança /crédito saúde	- Recurso à medicina tradicional - Automedicação - compra de medicamentos numa loja ou mercado

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jóias, etc.)</li> <li>- Utilização dos fundos da loja ou da oficina</li> <li>- Alteração de um crédito do seu objecto de trabalho para um particular</li> <li>- Outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de subscrição saúde</li> <li>- Outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outros</li> </ul>
Colectivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recurso à entreatajuda e solidariedade no seio da família ou entre amigos/vizinhos: empréstimos e/ou donativos</li> <li>- Participação numa associação de entreatajuda</li> <li>- Outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subscrição de um seguro: <ul style="list-style-type: none"> <li>*segurança social</li> <li>*seguros comerciais</li> <li>*seguros sem fins lucrativos</li> <li>*mutualidades de saúde</li> <li>*outros</li> </ul> </li> </ul>	

Com o auxílio, caso necessário, do texto seguinte, realce a diferença entre as alternativas que constituem uma forma de previdência para se proteger do risco financeiro relacionado com a doença (acontecimento previsto) e as que constituem simplesmente um meio de se tentar aceder aos recursos para poder suportar as despesas quando o risco for inesperado.

Os indivíduos podem adoptar duas atitudes distintas, de modo a poderem fazer face às despesas de saúde. Tanto podem esperar que a doença surja para tentarem obter os recursos necessários para fazer face às despesas de saúde, como podem tomar precauções, antes do surgimento de uma doença, de forma a estarem preparados para suportarem este tipo de despesas. No primeiro caso, não se trata de uma protecção contra o risco, mas apenas de uma forma de ultrapassar as dificuldades financeiras que o mesmo implica. A incerteza relativamente à possibilidade de enfrentar os problemas de recursos mantém-se muito elevada. No segundo caso, a antecipação das consequências financeiras da doença permite ultrapassá-las mais facilmente. Trata-se de uma medida de previdência para se protegerem contra o risco financeiro ligado à doença.

Em todas as sociedades, a maioria dos cidadãos apresenta uma aversão aos riscos. É por esta razão que, as mulheres e os homens desenvolveram em todo o lado, mecanismos de previdência para se protegerem dos riscos. Esses mecanismos aperfeiçoaram-se ao longo da história, nomeadamente com o desenvolvimento dos seguros, que constituem a ferramenta mais eficaz na protecção contra os riscos.

### **Elementos de análise em consideração ao formador**

#### **As respostas às consequências financeiras da doença**

#### **As respostas usuais e tradicionais :**

- O recurso ao empréstimo, a venda de bens ou a utilização dos fundos de uma loja ou de uma empresa familiar que permita à família satisfazer as respectivas necessidades imediatas. No entanto, estas opções acarretam o risco de precipitar a família para a pobreza.
- O recurso à entreaajuda e à solidariedade familiar, entre amigos/vizinhos ou no seio de uma associação desempenha um papel importante e constitui uma primeira forma de protecção. Mas esta mesma protecção, depara-se de imediato com limites, quando por exemplo, todas as famílias são confrontadas ao mesmo tempo com dificuldades financeiras (períodos de entreaajuda monetária).

### **Os sistemas de pré-pagamento sem partilha de riscos e os seguros:**

- Os sistemas de pré-pagamento sem partilha de riscos: a família economiza (planos de poupança saúde) ou adquire previamente uma determinada quantidade de cuidados de saúde que consumirá em função das suas necessidades (títulos de subscrição).
- Os sistemas com partilha de riscos: trata-se de seguros de doença obrigatórios, seguros comerciais, seguros organizados por estruturas sanitárias, das mutualidades de saúde, etc. Os seguros constituem, na maioria dos casos, o sistema de protecção mais eficaz contra o risco financeiro motivado por doença.

Em relação aos sistemas com partilha de riscos, o que acontece é que as pessoas que não contraem qualquer doença, pagam pelos que têm menos possibilidades para tal. Os segurados aceitam este princípio, porque têm consciência de que não estão livres dos riscos cobertos pela seguradora, a sua aversão relativamente a estes riscos é forte e também porque não têm capacidade para enfrentá-los individualmente.

### **As outras respostas :**

Várias famílias utilizam a medicina tradicional, pois consideram-na como a mais adequada. Mas muitas utilizam-na igualmente por falta de condições monetárias. No entanto, a medicina tradicional não é gratuita; por vezes é até mais dispendiosa, mesmo que quem a pratique proponha geralmente facilidades de pagamento.

## **Fundamentos e modo de funcionamento das mutualidades de saúde**

### **c. Exposição (0h 15)**

Projecte o texto a baixo, acerca da definição de uma mutualidade de saúde, com o auxílio de um retroprojector e comente o mesmo.

Uma mutualidade de saúde é :

- uma associação facultativa de pessoas,
- com fins não lucrativos,
- cuja base de funcionamento é a solidariedade entre todos os membros,
- e que, através das respectivas contribuições,
- e a partir das decisões democráticas,
- leva a cabo uma acção de :
  - previdência,
  - de entreaajuda e de solidariedade,
- com vista a garantir a prevenção dos riscos de doença e o reembolso das respectivas despesas,
- a promoção da saúde,

- e constitui um movimento social.

**d. Brainstorming (1h 00)**

Coloque a seguinte questão aos participantes :

“Qual é, no vosso entender, a diferença entre entreaajuda e solidariedade ?”

Complete as respostas, se necessário, com os seguintes elementos :

A entreaajuda é uma relação de intercâmbio entre os indivíduos confrontados com as mesmas dificuldades e que se identificam com os critérios comuns de agregação (ser do mesmo bairro, do mesmo estatuto socioeconómico, etc.). Seja qual for a sua forma (em natureza ou financeira), a entreaajuda assenta sobre o princípio de reciprocidade.

A solidariedade exprime-se para com os mais carenciados, sem que se espere algo em contrapartida da parte do beneficiário (donativos aos carenciados, etc.). Quer seja organizada pelo Estado, por organizações confessionais ou pela sociedade civil, a solidariedade continua a ser a única resposta à exclusão permanente dos carenciados. Efectivamente, estes últimos são excluídos dos sistemas de entreaajuda, devido ao facto de não estarem à altura de prestar de igual forma a ajuda que recebem.

Em seguida, leia o texto a baixo, previamente transcrito para o cavalete:

Numa mutualidade de saúde, todos os membros pagam as respectivas contribuições independentemente do risco pessoal de adoecerem. Em contrapartida às contribuições, a mutualidade garante-lhes o pagamento (ou o reembolso) de toda ou parte, das despesas de saúde.

Coloque a seguinte questão aos participantes :

“Com base na descrição constante do cavalete, expliquem em que medida o funcionamento de uma mutualidade de saúde recorre às noções de previdência e de solidariedade”.

Sintetize as respostas, com o auxílio se necessário, dos elementos a baixo:

**Previdência**

Existe previdência, quando o membro liquida as contribuições sem certeza quanto à realização do risco (originado por uma doença). Quando o risco se efectiva, a mutualidade permite ao membro suportar as despesas. Liquidando em tempo devido as suas contribuições, o membro da mutualidade tem a garantia de ter os meios de aceder aos cuidados de saúde de que necessitará, apenas no futuro.

**Solidariedade**

A solidariedade exprime-se através das modalidades de cálculo das contribuições: cada membro paga uma contribuição independentemente do respectivo risco pessoal de adoecer. Trata-se de uma solidariedade entre os doentes e osãos, bem como entre os novos e os idosos. No momento em que a contribuição é posta à disposição dos meios financeiros dos membros, a solidariedade faz-se igualmente entre ricos e pobres.

Indique que a solidariedade constitui um dos princípios básicos da mutualidade.

Projecte de seguida, o esquema nº 1, que enumera o conjunto dos princípios básicos da mutualidade. Pergunte aos participantes qual a definição, em linguagem corrente, destes vários

princípios. Ao mesmo tempo, indique de que forma estes princípios se traduzem no âmbito da mutualidade.

Distribua o texto de apoio nº 1.

3.

### **Os beneficiários de uma mutualidade de saúde**

#### **e. Exposição (0h 30)**

Elabore uma exposição sobre os beneficiários dos serviços de uma mutualidade de saúde e as condições de acesso à mesma, baseando-se no texto apresentado a baixo:

Para aceder aos serviços prestados pela mutualidade, é necessário :

- Ser beneficiário da mutualidade (titular ou pessoa a cargo) ;
- Que o titular tenha pago o direito de admissão ;
- Que tenha o pagamento das contribuições em dia.

Os beneficiários são constituídos pelos membros e pessoas a cargo.

#### **O membro**

Em principio, qualquer pessoa que tenha a idade mínima, determinada segundo os hábitos e as condições do país ou da região, sem discriminação de estado de saúde, sexo, raça, etnia, religião, crenças ideológicas ou políticas, pode ser membro de uma mutualidade, com a condição de se comprometer a respeitar os estatutos e o regulamento interno e a liquidar as contribuições exigidas.

O indivíduo que aderir à mutualidade será designado de “titular”. Pode conferir o direito de acesso aos serviços da mutualidade a um determinado número de pessoas, que dependam directamente dele e que são designadas de “pessoas a cargo”.

#### **As pessoas a cargo**

Podem ser :

- o cônjuge,
- os filhos até uma certa idade,
- os ascendentes em primeiro grau (por vezes),
- órfãos (crianças sob tutela).

Importa delimitar correctamente os critérios que definem a condição de pessoa a cargo; trata-se de uma escolha muito delicada, dependendo dos hábitos e da cultura locais e que terá implicações financeiras significativas para a mutualidade.

#### **Direito de adesão**

Nos estatutos, a Assembleia geral pode prever o pagamento de um direito de admissão, a cobrar por cada novo membro.

O direito de adesão cobra as despesas administrativas relacionadas com a inscrição e não é reembolsável em caso de demissão do membro.

#### **Contribuições**

A contribuição é uma soma de dinheiro paga periodicamente à mutualidade de forma a poder-se usufruir dos seus serviços. Uma vez paga à mutualidade, essa soma não é recuperável.

A contribuição pode ser fixada de forma individual ou familiar (o mesmo montante, seja qual for o número de indivíduos que compõe o agregado familiar).

Realce o facto de que o pagamento regular da contribuição constitui um dever para todos os membros. Um membro que não liquide a sua contribuição, não poderá beneficiar dos seus direitos entre os quais figuram os serviços prestados pela mutualidade de saúde.

### **Os serviços prestados por uma mutualidade de saúde**

#### **f. Exposição (0h 30)**

Elabore uma exposição acerca dos serviços prestados por uma mutualidade de saúde projectando o esquema n.º 2. Explique que os elementos apresentados no esquema constituem os diferentes serviços que uma mutualidade de saúde pode prestar, mas que na maioria dos casos, a mesma prestará apenas uma parte.

#### **g. Brainstorming (0h 30)**

Modere um debate acerca dos critérios de escolha das actividades. Elabore uma síntese com base no texto seguinte :

#### **Escolha das actividades**

Cada um dos novos serviços prestados por uma mutualidade de saúde, vai desencadear uma vantagem extra para os membros, mas também um aumento provável da sua contribuição. Nos meios onde os rendimentos dos indivíduos são fracos e/ou irregulares, uma mutualidade de saúde deve tentar acima de tudo, propor contribuições adaptadas, de forma uma durável, à capacidade contributiva dos membros.

É por isso necessário encontrar um equilíbrio entre uma prestação de serviços, que responda o mais amplamente possível à necessidade de propor um montante de contribuição que seja acessível ao conjunto dos membros.

Para identificar os serviços que uma mutualidade de saúde pode implementar, é possível considerar duas medidas a pôr em prática :

- Ou a divisão dos rendimentos disponíveis e fixação dos objectivos relativamente aos mesmos;
- Ou a fixação de objectivos prioritários e avaliação dos meios financeiros necessários para os atingir.

Nos meios onde a principal contrariedade é a escassez dos rendimentos dos potenciais membros, a medida prática consiste em:

- fixar aproximadamente o nível de contribuição suportável para a população ;
- calcular o número de potenciais membros e as receitas anuais possíveis;
- determinar as actividades prioritárias em função dos meios disponíveis.

Nos meios em que esta contrariedade económica é menor, pode-se proceder da seguinte forma :

- avaliar as necessidades de saúde prioritárias não cobertas;

- calcular as receitas necessárias para as cobrir ;
- fixar a taxa de contribuição necessária para garantir o equilíbrio financeiro.

Seja qual for a medida adoptada, a mesma será longa e trabalhosa. Ter-se-á efectivamente quase todos os dias, que realizar várias demonstrações possíveis, sobre as quais a assembleia geral da mutualidade deverá deliberar. A extensão e a natureza das actividades serão assim, revistas em função das prioridades dos membros.

Uma mutualidade recém-criada tem interesse em prestar, no início, uma quantidade muito limitada de serviços. Com base na sua aprendizagem e do dispositivo de gestão que tiver sido estabelecido, poderá depois eventualmente, aumentar o número de serviços que se propõe prestar.

Distribua o texto de apoio nº 2.

## **O processo de criação de uma mutualidade de saúde**

### **h. Trabalho em plenário (0h 30)**

Solicite aos participantes que escrevam numa ficha (uma ideia por ficha) as diferentes etapas do processo de criação de uma mutualidade de saúde. Reagrupe as respostas consoante o *métaplan*, pedindo aos participantes para indicarem por que ordem se apresentam essas etapas.

Eventualmente, complete as respostas com os seguintes elementos:

**Etapa 1** : Consciencialização dos potenciais membros das dificuldades e das necessidades partilhadas em termos de saúde e decisão de criar uma solução comum: a mutualidade de saúde:

- sensibilização e promoção ao nível da população alvo,
- verificação de que as condições prévias à criação de uma mutualidade de saúde estão reunidas,
- constituição de um grupo de trabalho.

**Etapa 2** : Estudo do contexto para obtenção do conjunto das informações necessárias à determinação da futura mutualidade.

**Etapa 3** : Definição da fórmula mutualista mais adaptada: : serviços, organização e funcionamento da mutualidade :

- escolha dos riscos a cobrir e das prestações,
- escolhas dos prestadores de cuidados de saúde,
- definição da organização interna,
- definição das modalidades de funcionamento,
- elaboração do orçamento.

**Etapa 4** : Constituição da mutualidade e início das actividades:

- preparação e realização da Assembleia geral constituinte,
- início das actividades.

Refira que se denominam de “estudo de praticabilidade”, os seguintes elementos que correspondem às etapas 1 (parte : verificação das condições prévias), 2 e 3.

### **i. Exposição (0h 30)**

Distribua o texto de apoio nº 3, sobre as condições prévias à criação de uma mutualidade de saúde. Leia em voz alta e responda às dúvidas que possam surgir.

## **6.**

### **Conclusão do módulo**

### **j. Síntese (0h 15)**

Conclua o módulo recordando as várias etapas do processo de criação de uma mutualidade de saúde.



## **Texto de apoio nº 1**

### **Definição e princípios básicos da mutualidade**

#### **Definição da mutualidade**

A mutualidade designa o modo de organização, a forma de pensar e o modo de agir próprios das instituições mutualistas.

Uma instituição mutualista - ou mutualidade – é uma associação voluntária de pessoas (logo de adesão livre), com fins não lucrativos (que não visa, por isso a obtenção de lucro), cujo funcionamento assenta sobre a solidariedade entre os seus membros. Com base nas decisões dos membros e através das respectivas contribuições, a mutualidade leva a cabo, a favor dos mesmos e das respectivas famílias, uma acção de previdência, de entreaajuda e de solidariedade no âmbito dos riscos sociais. Assim sendo, uma mutualidade constitui um movimento social.

#### **Princípios básicos da mutualidade**

##### **Solidariedade entre os membros**

O principio de solidariedade é realmente o fundamento da mutualidade, a qual recusa as discriminações financeiras e uma selecção dos riscos. Numa mutualidade, as modalidades de fixação das contribuições – contribuição igual para todos ou em proporção dos meios financeiros dos membros (por exemplo, uma percentagem do salário) – não dependem do risco em que o membro incorre.

A solidariedade é um dos meios de instauração da justiça social; mas não existe solidariedade sem responsabilidade, nomeadamente na utilização dos recursos.

Por outro lado, a solidariedade é um conceito dinâmico: a sua implementação, os meios e os mecanismos para a realizar, devem evoluir com a sociedade na qual a mutualidade se desenvolve.

A solidariedade não se exprime unicamente sobre o plano financeiro, pode igualmente manifestar-se voluntária, a favor dos mais carenciados, dos deficientes, dos idosos, dito de outra forma, dos grupos de risco.

##### **Funcionamento democrático e participativo**

A mutualidade é o fruto da liberdade de associação; cada um é livre de aderir a uma mutualidade e sem que haja discriminação em função de raça, etnia, sexo, religião ou em termos sociais ou políticos.

Todos os membros gozam dos mesmos direitos e têm os mesmos deveres. Têm, entre outros, o direito de participar, directa ou indirectamente, nas várias instâncias da decisão.

Esta democracia participativa exprime-se através das estruturas que garantem aos membros a participação nas tomadas de decisão e a possibilidade de controlar o funcionamento da respectiva organização mutualista. Nas mutualidades de grandes dimensões, há que encontrar mecanismos de representação dos diferentes grupos que as compõem (geográficos, profissionais, etc.).

##### **Autonomia e liberdade**

Uma mutualidade é uma organização livre que, conseqüentemente, deverá tomar decisões sem pedir o aval das autoridades públicas. Esta flexibilidade de acção é benéfica para os membros, pois permite adaptar os serviços prestados às respectivas necessidades à medida que evoluem. É este direito de iniciativa que permite a criatividade na definição dos objectivos e a eficácia na utilização dos meios. Este direito apenas pode ser exercido com a responsabilização dos membros da mutualidade.

No entanto, isto não significa que a mutualidade não deva ser submetida à legislação e regulamentos como os que regem o registo, a contabilidade, a auditoria, a fiscalização, etc. Em certos países africanos, já existe um código da mutualidade, como por exemplo no Mali, desde o final de 1995. Noutros países, as mutualidades estão registadas como associações ou ainda como cooperativas, por falta de uma legislação específica. Para preencher esta lacuna, estão a ser preparados projectos de lei em vários países do continente.

A independência e a autonomia significam que não deve existir intervenção na gestão de uma mutualidade e no processo interno de tomada de decisões.

Uma mutualidade não deve ser autónoma unicamente em relação ao Estado, mas igualmente em relação aos partidos políticos ou aos grupos de pressão que defendem por vezes interesses alheios aos seus.

### **Desenvolvimento pessoal**

O respeito pleno pela dignidade da pessoa, sem discriminação relativamente ao sexo, raça, etnia, origem social, é outro princípio básico da mutualidade. Através do reconhecimento da autenticidade de cada um, a procura do desenvolvimento pessoal deve conduzir a uma maior autonomia e responsabilidade relativamente ao indivíduo e aos outros.

### **Fins não lucrativos**

Uma organização mutualista que, por vocação, ambicione consagrar a sua acção ao serviço dos membros, não pode prosseguir um fim lucrativo. Qualquer tentativa de obtenção de lucro é incompatível com a sua natureza. No entanto, tal não significa que a cobertura dos custos de funcionamento não seja um imperativo absoluto. As considerações económicas e os princípios de uma boa gestão não podem ser negligenciados, dado que contribuem para a efectivação do bem-estar colectivo.

Um excedente das receitas em relação às despesas pode, uma vez constituída uma reserva razoável, permitir melhorar os serviços existentes, responder a outras necessidades dos membros ou, eventualmente reduzir os montantes das contribuições. Estes excedentes não deveriam ser redistribuídos pelos membros, sob forma por exemplo, de dividendos.

### **Responsabilidade**

A solidariedade, a democracia participativa, a autonomia e mesmo o desenvolvimento pessoal pressupõem sempre que a mutualidade e os seus membros tenham um comportamento responsável.

Todos os outros princípios da mutualidade não surtirão qualquer efeito, se a gestão de uma organização mutualista não for rigorosa, se os membros não se comportarem de forma responsável relativamente à própria saúde e à dos outros, na utilização dos recursos da mutualidade ou nas decisões que tomarem.

### **Dinâmica de um movimento social**

De tudo o que foi mencionado, depreende-se que os membros das mutualidade não são “consumidores” passivos, mas pessoas empenhadas num processo de desenvolvimento individual e colectivo. São membros de um movimento social, ou seja, de um grupo de pessoas que tem por objectivo a defesa do bem e dos interesses comuns.

Este movimento social pode fazer parte de um conjunto mais alargado, do qual o sindicato, o movimento feminino, o movimento de jovens ou de idosos por exemplo, seriam os outros componentes. Tem interesse em colaborar com outras organizações para atingir os seus objectivos.

### **Esquema nº 2**

#### **Os serviços prestados por uma mutualidade de saúde**

#### **GARANTIA E INTERVENÇÃO FINANCEIRA EM MATÉRIA DE RISCOS SOCIAIS**

DEFESA DOS INTERESSES DOS MEMBROS

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E INFORMAÇÃO DOS ASSOCIADOS

SERVIÇOS DE ENTREAJUDA E DE SOLIDARIEDADE

ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

## GARANTIA E INTERVENÇÃO FINANCEIRA EM MATÉRIA DE RISCOS SOCIAIS

- Reembolso dos cuidados de saúde
- Pagamento de indemnizações por incapacidade/invalidez
- Pagamento de prémios

## DEFESA DOS INTERESSES DOS MEMBROS

- Negociação da política de Saúde
- Negociação de convenções tarifárias com os prestadores de cuidados de saúde
- Defesa dos direitos individuais dos membros

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E INFORMAÇÃO DOS ASSOCIADOS

- Campanhas de prevenção
- Informação acerca da saúde e dos cuidados de saúde
- Informação acerca dos direitos e deveres dos associados

## SERVIÇOS DE ENTREAJUDA E DE SOLIDARIEDADE

- Ajuda aos jovens, idosos, doentes e incapacitados
- Ajudas à família
- Empréstimo de material médico
- Internamento de crianças doentes

## ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

- Cuidados domiciliários
- Centros de saúde
- Policlínicas
- Dentistas
- Hospitais
- Farmácias cooperativas

## **Texto de apoio nº 2**

### **Os diferentes tipos de cuidados de saúde que uma mutualidade pode cobrir**

Uma mutualidade pode constituir o único sistema de cobertura de despesas de saúde dos respectivos beneficiários ou pode completar a cobertura que lhes é oferecida por outros mecanismos. Por exemplo, nos países onde os funcionários do Estado beneficiam de um reembolso de uma parte das suas despesas de saúde, através de um sistema de segurança social público, foram criadas as mutualidades para cobrir a parte das despesas não reembolsáveis.

Uma mutualidade pode cobrir uma ou mais categorias de cuidados:

#### **Cuidados de saúde básicos**

Os cuidados de saúde básicos são os cuidados correntes, prestados frequentemente nos centros de saúde, primeiro ponto de contacto da população com os sistemas de saúde. Incluem:

- Os cuidados preventivos e promocionais que abrangem as consultas pré e pós-natais, o acompanhamento dos recém-nascidos, a vacinação, o planeamento familiar, a educação para a saúde, o saneamento.

Habitualmente, a prevenção faz parte das atribuições de um centro de saúde e é frequentemente financiada pelo Estado e respectivos parceiros na cooperação, nomeadamente através dos programas de vacinação. Uma parte dos custos fica a cargo do centro de saúde que a aplica nos respectivos utilizadores.

A educação para a saúde é muitas vezes garantida pelos centros de saúde, por vezes por determinados hospitais. O custo da mesma é geralmente incluído no preço dos episódios médicos curativos ou preventivos. Se existir carência neste âmbito, a mutualidade pode criar o seu próprio serviço de educação para a saúde.

- Os cuidados médicos curativos incluem, essencialmente as consultas, os cuidados de enfermagem, o fornecimento de medicamentos e algumas análises de laboratório. Por vezes, são-lhes acrescidos os pequenos internamentos nos centros de saúde (estado de observação) ou os partos assistidos.

- O tratamento de doenças crónicas (diabetes, drépanocitose, hipertensão arterial, hemofilia, doenças cardíacas, etc.) e eventualmente, o apoio domiciliário.

- O tratamento das crianças vítimas de subnutrição e respectiva recuperação alimentar com base nos alimentos à disposição no local.

#### **Cuidados hospitalares**

Estes cuidados incluem tanto o internamento hospitalar como os actos médicos, cirúrgicos, técnicos e os medicamentos tomados. Considerando o custo elevado dos serviços relacionados com o internamento, estes são incluídos muitas vezes no capítulo “grandes riscos”.

#### **Cuidados especializados**

Os cuidados especializados incluem as consultas de médicos especialistas (ginecologista, pediatra, cirurgião, etc.) bem como os actos médicos técnicos como radiologia e biologia clínica, que são efectuadas tanto aquando de um internamento, como aquando de uma consulta externa (visita do paciente).

## **Cuidados dentários**

Os cuidados dentários, prestados pelos consultórios independentes dos centros de saúde, constituem na maioria das vezes um serviço à parte. Determinadas mutualidades acordam o reembolso destes cuidados. A mutualidade pode igualmente considerar o reembolso das próteses dentárias.

## **Oftalmologia**

A mutualidade pode cobrir a compra de óculos, desde que os mesmos tenham sido passados por receita médica ; na maioria das vezes, as intervenções são limitadas às lentes prescritas: as armações não são reembolsáveis. Em determinadas mutualidades, as armações podem ser reembolsadas apenas em parte, tendo em conta a variação de preços.

## **Medicamentos**

No que diz respeito aos medicamentos, interessa determinar a lista dos que serão reembolsados pela mutualidade. Dada a diferença de preço entre os medicamentos de marca (especializados) e os medicamentos genéricos, é aconselhável proceder apenas ao reembolso destes últimos quando estiverem disponíveis, ou as especialidades correspondentes, com base no preço dos genéricos. É necessário limitar a lista dos medicamentos cobertos (lista dos medicamentos essenciais elaborada pelo Ministério da Saúde do país e pela OMS).

O ideal é que os medicamentos sejam passados pelo pessoal médico. Se tal não for possível, os medicamentos da lista apenas serão reembolsados no caso de terem sido prescritos. Nesta última hipótese, os eventuais abusos são mais difíceis de prever.

## **Transporte dos doentes**

Para além do reembolso das despesas de saúde, a mutualidade pode organizar e reembolsar o transporte dos doentes para um centro de saúde ou a respectiva transferência para o hospital mais próximo, no âmbito de uma referência (paciente transferido para um hospital após consulta num centro de saúde).

## **Os outros riscos sociais**

Mesmo que a missão principal das mutualidades seja a cobertura dos cuidados de saúde, algumas cobrem igualmente outros riscos sociais aos quais os membros estão expostos. Desta forma, a mutualidade pode conceder subsídios aquando de determinados acontecimentos: nascimento, casamento, morte, etc. O objectivo desta forma prosseguido, é ajudar financeiramente as pessoas que, nestas ocasiões, poderiam ser confrontadas com despesas extra.

Tendo em conta o risco elevado que este tipo de prestação implica na viabilidade financeira da mutualidade, é aconselhável a criação de uma caixa específica, independente e complementar, de carácter contributivo.

## **Texto de apoio nº 3**

### **As condições prévias à criação de uma mutualidade de saúde**

Uma mutualidade de saúde não é sempre o sistema de previdência melhor adaptado a um determinado contexto. Uma primeira actividade consiste em verificar a existência de um certo número de condições necessárias à criação da mutualidade.

### **Devem existir laços de solidariedade entre os futuros membros**

A solidariedade é um factor indispensável a qualquer grupo de entreajuda. É a base fundamental da mutualidade. Os laços de solidariedade necessários à criação de uma mutualidade de saúde podem advir de vários lados : habitantes de uma aldeia ou bairro, trabalhadores de uma empresa, membros de um movimento social, etc..

### **Os potenciais membros devem passar dificuldades financeiras para terem acesso aos cuidados de saúde**

A futura mutualidade de saúde constituirá uma solução, principalmente para os problemas financeiros de acesso aos cuidados de saúde. Esta dificuldade constitui o primeiro elemento que pode justificar a criação de uma mutualidade.

Para que a população em questão nutra um verdadeiro interesse pela mutualidade, é necessário que esta responda não só a uma necessidade real mas também que esta necessidade seja considerada prioritária ou pelo menos importante; esta condição nem sempre é preenchida no início do projecto. É necessário ajudar as populações a esclarecerem e expressarem as suas necessidades sem que o façam de forma artificial.

### **A população-alvo deve ter confiança nos impulsionadores do projecto**

As pessoas susceptíveis de aderir à futura mutualidade devem ter confiança nos impulsionadores do projecto. Efectivamente, vão confiar as respectivas contribuições à organização em fase de criação. Desta forma, os antecedentes relativos às relações entre a população e os impulsionadores do projecto constituirão elementos importantes para apreciação das possibilidades de criação de uma mutualidade.

A confiança da população no projecto será igualmente condicionada pelo sucesso ou o fracasso que o mesmo obtiver no mesmo âmbito ou em experiências semelhantes (cooperativas de serviços, caixas económicas e de crédito, etc.). Estas últimas deverão portanto, ser analisadas para verificação da praticabilidade do projecto de criação da mutualidade e definir as medidas a adoptar.

A atitude das autoridades locais (oficiais, tradicionais) relativamente ao projecto, será igualmente muito importante; os impulsionadores do projecto terão geralmente todo o interesse em contactá-las rapidamente. Contudo, uma atitude positiva da parte das mesmas não é uma condição indispensável ao arranque e ao desenvolvimento da mutualidade.

### **Deverão ser disponibilizados serviços de saúde com qualidade**

A mutualidade deve contar com uma prestação de serviços de saúde que permita satisfazer as principais necessidades dos seus beneficiários. Estes serviços podem ser fornecidos pelos centros de saúde, hospitais ou pelos profissionais de saúde do sector privado, que actuem individualmente (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.).

Os referidos serviços devem ser prestados em locais não muito distantes do local de residência e de trabalho da população abrangida pela mutualidade e devem ser serviços de qualidade. São sobretudo razões de ordem financeira (capacidade insuficiente para pagar os cuidados), que fazem com que a população tenha um acesso limitado aos cuidados de saúde.

No entanto, pode acontecer que, determinados centros de saúde não sejam do agrado das populações porque, por exemplo são muitas vezes confrontados com a falta de medicamentos ou porque o atendimento nem sempre é feito da melhor forma (frequentemente, devido ao nível dos salários do pessoal, o estado dos equipamentos, etc.). Será então, necessário verificar se a mutualidade pode dar resposta a estas deficiências (maior disponibilidade financeira que

permita ter um *stock* de medicamentos, aumento da remuneração do pessoal para que o mesmo se sinta mais motivado, etc.). A mutualidade apenas criará os seus próprios centros de saúde ou hospitais se não existirem prestadores de cuidados de saúde próximos da população e que lhe possa fornecer serviços de qualidade (eventualmente com a ajuda da mutualidade). Se estes serviços existirem, mas tiverem um custo muito elevado, a criação de formações médicas ligadas à mutualidade, pode igualmente ser uma possibilidade a considerar.

As formações médicas criadas por iniciativa da mutualidade, deverão ter uma personalidade jurídica distinta da própria mutualidade. Além disso, é importante conhecer e distinguir os resultados financeiros de cada estrutura, separar a respectiva gestão e não confundir as responsabilidades da direcção respectiva.

### **Está em marcha uma dinâmica de desenvolvimento socio-económico**

A existência de uma dinâmica de desenvolvimento económico facilita, principalmente nas regiões rurais, a introdução de um financiamento mutualista dos serviços de saúde. As actividades económicas rentáveis fornecem às populações recursos financeiros que, se as mesmas não lhes permitirem cobrir individualmente o custo dos cuidados de saúde, podem permitir-lhes fazê-lo, de uma outra forma, através da solidariedade entre os doentes e os sãos.

## **Glossário**

### **Acesso aos serviços de saúde**

Possibilidade, para a população, de utilizar os serviços de saúde. Para que o conjunto da população possa aceder aos serviços de saúde, é necessário que os mesmos não coloquem obstáculos económicos, financeiros, geográficos, psicológicos, culturais e outros.

### **Membro**

#### **(de uma mutualidade)**

Pessoa que se filia à mutualidade e se compromete a respeitar os estatutos e o regulamento interno e a pagar as suas contribuições. Também chamado de titular. Pode transmitir o acesso aos serviços da mutualidade, a um determinado número de pessoas que dependam directamente dele e que são designadas por pessoas a cargo: trata-se geralmente do cônjuge e filhos, até uma certa idade, os seus ascendentes em primeiro grau, etc. Os membros e as pessoas a cargo constituem os beneficiários da mutualidade.

### **Assembleia geral**

A assembleia geral agrupa o conjunto dos membros. Nas organizações da economia social (mutualidades, cooperativas, associações), a assembleia geral é o órgão de decisão mais importante. Determina os objectivos e a política geral.

### **Associação**

Conjunto de pessoas que se reúnem livremente com o objectivo de atingir um determinado fim ou de defender interesses comuns. Exemplo : associação de produtores, de consumidores, de defesa dos direitos do homem, desportivas, culturais, etc. Contrariamente às sociedades comerciais, as associações levam a cabo as suas actividades com fins não lucrativos.

### **Seguro**

Sistema de cobertura dos riscos ou de acontecimentos imprevisíveis, através da repartição prévia, entre várias pessoas, dos custos resultantes do surgimento desses riscos.

Em linguagem corrente, o seguro designa :

- O contrato que garante as prestações definidas em caso de efectivação de um determinado risco, mediante o pagamento de um prémio ou de contribuições pelo “cliente”.
- A empresa ou organização (comercial ou não, pública ou privada) que gere contratos ou seguros.

### **Seguros comerciais**

Sistemas de cobertura dos riscos por um contrato celebrado entre o segurador (ou companhia de seguros) e um segurado (pessoa ou grupo). Em contrapartida de uma liquidação de prémios/contribuições, o segurador garante ao segurado o pagamento de uma indemnização acordada, no caso de efectivação de um determinado risco (incêndio, inundação, assalto, acidente, doença, prejuízo nas colheitas, etc.).

Os seguros comerciais têm fins lucrativos.

### **Seguro de grupo**

Contrato de seguro celebrado entre uma companhia de seguros comerciais e um grupo de beneficiários (na maioria dos casos, todo o pessoal de uma empresa). Trata-se de uma cobertura complementar aos sistemas de segurança social, quer seja no âmbito dos cuidados de saúde (exemplo : seguro de hospitalização), quer seja no de pensões de reforma (rendimento garantido após o fim da carreira do trabalhador).

### **Seguro de saúde obrigatório**

Sistema legal e obrigatório de reembolso pela colectividade, das despesas de saúde de um indivíduo no âmbito de um regime de segurança social generalizado e organizado pelo Estado .

### **Seguro de saúde complementar**

Sistema facultativo de reembolso das despesas de saúde não cobertas pelo regime de segurança social, organizado por uma iniciativa privada, na maioria das vezes uma mutualidade ou uma companhia de seguros.

### **Seguro social**

Expressão habitualmente utilizada para designar os seguros obrigatórios existentes em determinados países desenvolvidos (por exemplo, na Europa) e que se baseiam na solidariedade social. O governo de Bismarck, na Alemanha, foi o primeiro a instituir um seguro social, que neste caso e desde então, inspirou muitos sistemas semelhantes na Europa.

Assim sendo, num sentido mais alargado, o seguro social pode ser igualmente entendido como qualquer seguro sem fins lucrativos baseado na solidariedade social, quer seja voluntária ou obrigatória; as mutualidades podem ser um exemplo disso.

### **Estruturas sanitárias**

A expressão designa as estruturas (ou responsáveis) de saúde pública que estejam encarregues das zonas cobertas pela mutualidade. As estruturas sanitárias distinguem-se dos prestadores públicos de cuidados de saúde, pelo mandato que não inclui a prestação de serviços de saúde mas que geralmente inclui a promoção da saúde e a regulamentação do sector.

### **Beneficiário (de uma mutualidade)**

São todas as pessoas que, enquanto titulares ou pessoas a cargo, beneficiem dos serviços da mutualidade.

### **Controlo social**

A expressão significa o controlo interno originado pela existência de relações sociais entre os membros (conhecem-se, são do mesmo grupo étnico, etc.). O controlo social não constitui um mecanismo formal de controlo.

### **Acordos**

**(entre mutualidades e prestadores de cuidados)**

Acordos celebrados entre os prestadores de cuidados e as mutualidades, incluindo a definição dos serviços cobertos, as taxas a aplicar, o montante e as modalidades de reembolso. Os acordos devem garantir ao membro, a possibilidade de dispor de cuidados de saúde de qualidade a um preço razoável e previamente estabelecido.

### **Cooperativa**

Associação de pessoas que se agruparam voluntariamente, para atingir um objectivo comum, através da constituição de uma empresa dirigida democraticamente, que fornece uma quota-parte equitativa do capital necessário e que aceita uma participação justa nos riscos e frutos da referida empresa, em cujo funcionamento participam activamente todos os membros (Excerto da Recomendação n.º 127 sobre as cooperativas da Organização Internacional do Trabalho).

### **Contribuição**

#### **(de um membro de uma mutualidade)**

Determinada quantia de dinheiro, que periodicamente o membro paga à mutualidade para assim poder beneficiar dos respectivos serviços.

### **Direito de adesão**

#### **(a uma mutualidade)**

Quantia de dinheiro paga a uma mutualidade pelo novo membro no momento da sua inscrição: quantia essa que cobre as despesas administrativas e que não é recuperável em caso de demissão.

### **Escala das infra-estruturas sanitárias**

Conjunto das infra-estruturas de saúde cujas funções são idênticas. Os dispensários, centros de saúde ou consultórios médicos formam o primeiro escalão; os hospitais da zona, o segundo escalão; os hospitais distritais ou os hospitais universitários, o terceiro. Geralmente, é necessário um sistema de pré-autorização para passar de um escalão para o outro (excepto em caso de urgência), o que significa que, para ter acesso ao hospital, tem de se ser referenciado pelo dispensário.

### **Excedente**

Este termo designa a diferença entre as receitas e as despesas do exercício, sempre que as receitas forem superiores às despesas. De acordo com a legislação e o estatuto jurídico da organização, podem ser utilizados outros termos, como benefícios ou ganhos.

### **Exercício (contabilístico)**

Período durante o qual é estabelecida a situação financeira de uma organização. A escolha do exercício é muitas vezes submetida a uma regulamentação. Geralmente, corresponde ao ano civil.

### **Fundos de garantia**

Designa um fundo, ao qual uma 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 definidos com precisão. A intervenção do fundo de garantia pode ser condicionada por modificações no funcionamento da mutualidade.

### **Fundos de reserva**

Os fundos de reserva designam capitais próprios, sobre os quais a mutualidade detém a propriedade. Figuram no passivo do balanço contabilístico. Nos seguros, as reservas são geralmente constituídas a partir dos excedentes dos exercícios e são muitas vezes objecto de regulamento.

### **Reembolso**

O termo designa o montante pago como prestação aos membros, desde que seja fixado previamente e independentemente do montante real das despesas médicas.

### **Formação médica ou estrutura sanitária**

Todas as estruturas ou instituições que intervenham no domínio da saúde enquanto prestadores de cuidados de saúde junto da população (centro de saúde, dispensário, consultório médico, hospital etc.).

### **Franquia**

Quando uma mutualidade apenas cobre os montantes superiores a uma soma fixada previamente, essa soma é a chamada franquia. A franquia é geralmente fixada em função do tipo de serviços cobertos.

### **Médico conselheiro**

Médico que trabalha na mutualidade e que aconselha os prestadores de cuidados e os pacientes. Aconselha igualmente a mutualidade na celebração de acordos com os prestadores de cuidados, controla a pertinência dos cuidados prestados, o fundamento e o respeito pelos processos de reembolsos. Pode igualmente intervir nas actividades de educação para a saúde.

### **Medicamento genérico**

Medicamento genérico, designado pelo nome do seu principio activo mais importante e não pela sua designação comercial. Geralmente, a Denominação Comum Internacional (DCI), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), corresponde ao nome genérico.

### **Medicamentos de especialidade farmacêutica (com marca)**

Os medicamentos de especialidade farmacêutica, são aqueles que são seleccionados pela OMS, pela sua importância na prevenção e cura das doenças mais frequentes num país. O uso desta selecção permite melhorar a terapia, garantir uma correcta utilização dos medicamentos e contribuir para reduzir as despesas de saúde.

### **Movimento social**

Todos os grupos sociais organizados (associação de pessoas, sindicatos, grupos, mutualidade, cooperativa) que levam a cabo acções a favor do bem-estar dos respectivos membros e da sociedade em geral.

### **Mutualização do risco**

Princípio segundo o qual os riscos individuais são reunidos para serem redistribuídos entre os membros. Trata-se da partilha do risco sobre o qual assentam os mecanismos do seguro.

### **Prestação de cuidados de saúde**

A expressão designa o conjunto dos serviços de saúde à disposição de uma determinada população.

### **Paciente**

Pessoa que se submete a um exame médico, que se submete a um tratamento ou a uma intervenção cirúrgica.

### **Período de observação ou período de carência**

Também chamado de estágio de espera (ou simplesmente estágio), corresponde ao tempo durante o qual um novo membro paga as suas contribuições sem ter direito a usufruir dos serviços da mutualidade. Este período é necessário de modo a evitar que certas pessoas adiram somente no momento exacto em que necessitam da mutualidade e de seguida desistam (por exemplo, aderem quando prevêm um internamento).

**Personalidade jurídica**

A personalidade jurídica pode ser conferida às pessoas individuais ou colectivas. A pessoa individual é todo e qualquer ser humano, enquanto que a pessoa colectiva é um grupo de indivíduos ao qual a lei reconhece uma personalidade jurídica distinta daquela dos respectivos membros. Tal como uma pessoa individual, uma pessoa colectiva tem direitos e obrigações. A personalidade jurídica pode ser conferida através do registo sob várias formas: associação sem fins lucrativos (ASFL), cooperativa, mutualidade, sociedade anónima (SA), sociedade de responsabilidade limitada (SRL), etc.

**Pessoa a cargo (no âmbito de uma mutualidade)**

Pessoa que, sem ser membro da mutualidade, beneficia dos seus serviços devido ao seu grau de parentesco com um membro titular (por exemplo, cônjuge, ascendente, etc.).

**Montante máximo dos reembolsos**

A mutualidade pode limitar o seu processo de reembolso a um montante máximo para um determinado acontecimento. A parte das despesas que superar este montante é da responsabilidade do membro. Este montante máximo permite limitar as despesas da mutualidade e protegê-la de casos “catastróficos” que, devido ao custo muito elevado dos mesmos, poderiam desencadear a falência da organização.

**Prestadores de cuidados de saúde**

Termo geral que designa todas as pessoas ou associações médicas que prestam cuidados de saúde a um paciente.

**Previdência**

Atitude que consiste em adoptar um determinado número de medidas, organizar-se, para enfrentar um risco. Por exemplo, armazenar géneros alimentares como forma de se precaver contra uma seca ou período de escassez, economizar para um casamento, etc.

**Protecção social**

Termo genérico que abrange o conjunto de garantias contra a redução ou a perda de rendimentos em caso de doença, de velhice, de desemprego (ou de outros riscos sociais), incluindo a solidariedade familiar ou étnica, a poupança individual ou colectiva, os seguros privados, os seguros sociais, a mutualidade, a segurança social, etc.

(Segundo definição da Organização Internacional do Trabalho, Genebra, 1998).

**Resseguro**

O resseguro é um mecanismo segundo o qual uma seguradora subscreve um seguro junto de outra seguradora. Trata-se neste caso, de segurar o segurador. É um seguro de segundo grau para uma mutualidade, que estabelece uma ligação entre a mutualidade e um ressegurador. O referido mecanismo permite uma diversificação dos riscos e a respectiva repartição por uma base mais alargada.

**Comparticipação nas despesas**

Política ou prática que consiste em pagar aos pacientes uma parte ou a totalidade das despesas com os cuidados de saúde.

**Referenciação**

Termo que designa a obrigação de consultar um médico de um determinado escalão antes de poder ser recebido por uma especialidade médica de um escalão superior. O médico indica o paciente ao escalão superior.

**Regulamento interno**

Documento que estabelece as regras e modalidades práticas de funcionamento de uma associação, com as quais todos os membros se deverão comprometer a respeitar de forma a

permitir uma correcta organização das actividades da associação. O regulamento interno completa e clarifica os estatutos.

### **Risco**

Probabilidade de se dar um acontecimento (bom ou mau). Por acréscimo, é um acontecimento indesejável contra o surgimento do qual a pessoa se pode precaver através da subscrição de um seguro. 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 super-prescrição**

Os prestadores de cuidados de saúde podem provocar um aumento das prestações prescrevendo cuidados que não são essenciais, sem que o paciente se oponha, dado que este último sabe que é segurado.

### **Risco moral**

O risco moral é o fenómeno através do qual os beneficiários de um seguro tendem a consumir de uma forma abusiva, ou mais que o normal, os serviços prestados, de maneira a “valorizar” ao máximo as contribuições pagas.

### **Riscos de doença**

Em matéria de cuidados de saúde, estabelece-se a diferença entre grandes riscos e pequenos riscos. Os grandes riscos são aqueles que implicam grandes despesas, como um internamento, um parto, uma intervenção cirúrgica, etc. Os pequenos riscos são aqueles que implicam despesas menos avultadas, como as consultas junto de um médico de clinica geral ou a compra de medicamentos.

### **Saúde**

Segundo a definição da OMS : “a saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e que não consiste apenas na ausência de doenças ou mal-estar”.

### **Segurança social**

Protecção que a sociedade confere aos respectivos membros, através de uma série de medidas públicas, contra as dificuldades económicas e sociais em que poderiam ver-se envolvidos, devido à falta ou redução significativa dos seus ganhos, à doença, à maternidade, aos acidentes de trabalho ou doenças profissionais, ao desemprego, à invalidez, à velhice ou a um falecimento; a tudo isto acresce o fornecimento de cuidados médicos e a concessão de subsídios às famílias com filhos. (Segundo a Convenção n.º 102 da Organização Internacional do Trabalho relativamente à segurança social [norma mínima]).

### **Seleção adversa**

Existe selecção adversa, ou anti-selecção, quando as pessoas que correm um risco mais elevado que a média, aderem a um seguro, em proporção superior àquela que representam na generalidade da população. Esta situação pode comprometer a viabilidade financeira do sistema devido ao nível de despesas muito elevado por membro aderente.

### **Cuidados de saúde básicos**

Cuidados correntes prestados aos pacientes nas entidades médicas, primeiro ponto de contacto da população como o sistema de saúde. Os referidos cuidados incluem os cuidados preventivos e promocionais, os cuidados curativos simples e a recuperação nutricional.

### **Cuidados de saúde primários**

Estratégia de desenvolvimento sanitário, baseada na melhoria da qualidade dos serviços de saúde de primeiro escalão, no seu alargamento (da consulta médica às intervenções de

prevenção e de promoção) e no incentivo da participação activa na gestão dos serviços e no reembolso das respectivas despesas.

### **Cuidados ambulatoriais**

Cuidados prestados num centro médico, mas sem hospitalização ou internamento do paciente que recebe apenas cuidados médicos e regressa a casa.

### **Cuidados ao domicílio**

Cuidados recebidos no domicílio do paciente, quando o mesmo não se encontra em condições de se deslocar. Em certos países, os médicos ou os enfermeiros efectuem desta forma, visitas ao domicílio, mas as tarifas são mais elevadas dado que são consideradas as despesas de deslocação do prestador de cuidados.

### **Cuidados hospitalares**

Cuidados prestados aquando do internamento de um paciente, ou seja, por estadia de vários dias no hospital.

### **Cuidados especializados**

Consultas de médicos especialistas (ginecologista, pediatra, cirurgião, etc.) bem como, episódios médicos técnicos (radiologia, biologia clínica, etc.).

### **Especialidade**

Medicamento protegido por uma licença e vendido mediante um nome de marca escolhido pelo fabricante

### **Co-pagamento**

Representa a parte da despesa do serviço coberto, deduzida do montante reembolsado ao membro. É designado em percentagem. Chama-se co-pagamento porque permite a moderação do consumo de cuidados de saúde.

### **Pagamento por terceiros**

Sistema de pagamento das despesas de saúde no qual o membro apenas paga ao prestador a parte das despesas dos cuidados que está a seu cargo (co-pagamento). A mutualidade paga o complemento desta despesa directamente ao prestador.