

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

A cooperativa médica como modelo de gestão de serviços de saúde

Hugo Rafael Francisco Rodrigues

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:

Professor Doutor Nuno Miguel Pascoal Simões Crespo, Professor
Associado com Agregação

Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2024

iscte

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

A cooperativa médica como modelo de gestão de serviços de saúde

Hugo Rafael Francisco Rodrigues

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:

Professor Doutor Nuno Miguel Pascoal Simões Crespo, Professor
Associado com Agregação

Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2024

Agradecimento

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Nuno Crespo, pela sua disponibilidade e mentoria ao longo deste trabalho. A sua experiência e conselhos foram fundamentais para o desenvolvimento desta dissertação.

Agradeço também a todos os entrevistados que gentilmente disponibilizaram o seu tempo e partilharam os seus conhecimentos, contribuindo de forma decisiva para a concretização deste estudo.

Por fim, deixo um agradecimento aos colegas que leram o trabalho e deram as suas sugestões de revisão.

Resumo

O sistema de saúde em Portugal está tradicionalmente dividido entre os setores público e privado, com pouca ênfase para o setor social sem fins lucrativos. Este trabalho propõe a cooperativa médica como um modelo alternativo de gestão de serviços de saúde. O modelo cooperativo destaca-se pela gestão democrática e participativa, priorizando o reinvestimento na estrutura e a distribuição justa dos rendimentos entre os membros da cadeia de valor.

Apesar da falta de exemplos relevantes de cooperativas médicas em Portugal, o estudo analisa as potencialidades deste modelo através de exemplos internacionais e entrevistas com especialistas. As cooperativas médicas podem melhorar as condições de trabalho e remuneração dos profissionais de saúde, promover a autonomia e a independência dos prestadores de cuidados e proporcionar serviços de alta qualidade, focados nas necessidades dos pacientes e das comunidades.

A dissertação explora a viabilidade da implementação das cooperativas médicas em Portugal, considerando as suas fragilidades e vantagens. Os resultados sugerem que este modelo pode ser uma solução eficaz para os desafios enfrentados pelo setor de saúde português, promovendo uma gestão mais equitativa e participativa dos serviços de saúde.

Palavras-chave: cooperativa médica; gestão em saúde; modelo cooperativo; economia social

Classificação JEL: I11 análise de serviços de saúde; P13 cooperativas; empresas públicas; empresas sem fins lucrativos e organizações não governamentais.

Abstract

The healthcare system in Portugal is traditionally divided between the public and private sectors, with little emphasis on the non-profit social sector. This work proposes the medical cooperative as an alternative model for healthcare service management. The cooperative model stands out for its democratic and participatory management, prioritizing reinvestment in the structure and the fair distribution of income among the members of the value chain.

Despite the lack of significant examples of medical cooperatives in Portugal, the study analyzes the potential of this model through international examples and expert interviews. Medical cooperatives can improve working conditions and remuneration for healthcare professionals, promote the autonomy and independence of care providers and provide high-quality services focused on the needs of patients and communities.

The dissertation explores the feasibility of implementing medical cooperatives in Portugal, considering their weaknesses and advantages. The results suggest that this model can be an effective solution to the challenges faced by the Portuguese healthcare sector, promoting more equitable and participatory management of healthcare services.

Keywords: medical cooperative; health management; cooperative model; social economy

JEL Classification: I11 Analysis of Health Care Markets; P13 Cooperative Enterprises; Public Enterprises; Nonprofit Institutions; NGOs

Índice

| | |
|--|-----|
| Agradecimento..... | i |
| Resumo..... | iii |
| Abstract..... | v |
| Glossário..... | ix |
| Introdução..... | 1 |
| 1. Enquadramento Geral..... | 5 |
| 1.1. Procura de Cuidados de Saúde..... | 5 |
| 1.2. Estado da Saúde em Portugal..... | 6 |
| 1.3. Setor Público..... | 12 |
| 1.4. Setor Privado..... | 14 |
| 1.5. Setor Social..... | 17 |
| 2. Metodologia..... | 19 |
| 3. A Cooperativa..... | 21 |
| 3.1. O Modelo Cooperativo..... | 21 |
| 3.2. Princípios..... | 23 |
| 3.3. Órgãos da Cooperativa..... | 24 |
| 3.4. Estatutos e Governança..... | 25 |
| 3.5. Finanças e Fiscalidade..... | 25 |
| 4. A Cooperativa Médica..... | 27 |
| 4.1. Exemplos a nível mundial..... | 29 |
| 4.1.1. Europa..... | 29 |
| 4.1.2. América..... | 31 |
| 4.1.3. África..... | 35 |
| 4.1.4. Ásia..... | 35 |
| 4.1.5. Oceania..... | 37 |
| 4.2. Estudo de caso..... | 39 |
| 4.2.1. Unimed..... | 39 |
| 4.2.2. Fundação Espriu..... | 41 |
| 4.3. Entrevistas..... | 43 |
| 4.3.1. Vantagens..... | 44 |
| 4.3.2. Limitações..... | 47 |
| 4.3.3. Ameaças..... | 49 |
| 4.3.4. Oportunidades..... | 51 |
| 4.3.5. Implementação..... | 53 |
| Conclusão..... | 55 |
| Referências Bibliográficas..... | 57 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1.1: População com > 65 anos em Portugal..... | 5 |
| Figura 1.2: Expectativa de vida à nascença..... | 6 |
| Figura 1.3: Mortalidade evitável e tratável, por País..... | 7 |
| Figura 1.4: Fatores de risco comportamentais em Portugal e na Europa..... | 7 |
| Figura 1.5: Evolução do número de hospitais públicos e privados em portugal..... | 8 |
| Figura 1.6: Gasto em Saúde em % do PIB e em valor per capita na Europa..... | 8 |
| Figura 1.7: Peso da contribuição privada na despesa de saúde..... | 9 |
| Figura 1.8: Distribuição de médicos e enfermeiros por país..... | 10 |
| Figura 1.9: Variação do salário ajustado à inflação..... | 11 |
| Figura 1.10: Evolução salarial dos médicos nos países da OCDE 2011-2021..... | 11 |
| Figura 1.11: Evolução da despesa pública em saúde..... | 13 |
| Figura 1.12: Evolução no nº de médicos no SNS e do nº de atos médio..... | 14 |
| Figura 1.13: Evolução da despesa privada em saúde..... | 15 |
| Figura 1.14: Evolução da despesa com hospitais públicos e privados..... | 15 |
| Figura 1.15: Evolução do número de contratos de seguro de doença..... | 16 |
| Figura 3.1: Organização geral duma cooperativa..... | 21 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1.1: Execução orçamental do investimento em saúde..... | 9 |
| Tabela 4.1: Análise SWOT Cooperativa Médica..... | 44 |

Glossário

Abreviaturas:

AHCO: International Health Cooperative Organization
CASES: Cooperativa António Sérgio para a Economia Social
DGAEP: Direção-Geral da Administração e do Emprego Público
EU: European Union (União Europeia)
ICA: International Cooperative Alliance
IHCO: International Health Cooperative Organization
INE: Instituto Nacional de Estatística
IPSS: Instituições Particulares de Solidariedade Social
IRC: Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas
OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OM: Ordem dos Médicos
OMS: Organização Mundial da Saúde
PIB: Produto Interno Bruto
PPP: Parceria público-privada
SNS: Serviço Nacional de Saúde
UN: United Nations (Nações Unidas)
UTAO: Unidade Técnica de Apoio Orçamental

Estrangeirismos:

Burnout: Estado de esgotamento físico e mental

For-profit: Com fins lucrativos. Descreve uma organização ou empresa cujo objetivo principal é gerar lucro.

Not-for-profit: Sem fins lucrativos. Refere-se a uma organização ou empresa que não tem como objetivo principal o lucro.

Stakeholder: Ator do sistema ou parte interessada.

Introdução

Em Portugal, o sistema de saúde é composto por três setores interligados: o setor público, o setor privado e o setor social, cada um com papéis distintos e complementares.

O setor público, materializado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), visa proporcionar cuidados de saúde equitativos, universais e tendencialmente gratuitos a toda a população. No entanto, tem-se verificado uma degradação progressiva na capacidade de resposta e na acessibilidade aos serviços públicos de saúde, agravada por fatores demográficos como o envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas (OCDE, 2023). Esta situação foi ainda mais exacerbada pela crise financeira e por anos de políticas destruturantes que afetaram negativamente os serviços públicos e o capital humano (Nunes & Ferreira, 2019).

O setor privado tem crescido de forma significativa, em grande parte devido à melhoria das condições socioeconómicas dos utentes e à resposta insuficiente dos serviços de saúde do Estado (Mateus et al., 2017). Este crescimento reflete-se no facto da saúde privada em Portugal representar um volume de negócios que corresponde a mais de 30% da despesa total em saúde (INE, 2023). Comparativamente, Portugal é um dos países que mais gasta em saúde privada, com despesas que duplicam a média europeia (OECD/EU, 2022). A medicina privada evoluiu de pequenas clínicas para grandes hospitais, financiados maioritariamente por subsistemas e seguros de saúde, impulsionada pela entrada de grandes grupos financeiros que centralizaram a prestação de serviços de saúde (Mateus et al., 2017).

O setor social desempenha um papel crucial na prestação de cuidados continuados, especialmente para idosos e pessoas dependentes (Simões & Fronteira, 2021). Apesar da sua importância, as organizações *not-for-profit* não têm a mesma relevância na gestão de serviços de saúde que gozam noutras áreas, tais como o retalho ou a produção industrial e estão limitados a algumas IPSS e pequenas clínicas detidas por mutualidades (Pedroso et al., 2023).

Contraditoriamente ao crescimento do setor da saúde, os médicos enfrentam vários problemas significativos no exercício da sua profissão. A remuneração tem sido uma fonte de descontentamento, com uma redução de 25% entre 2010 e 2022, em contraste com o crescimento dos salários médios e mínimos nacionais (OECD/EU, 2022). Além disso, a situação financeira do setor de saúde foi agravada por cortes no investimento durante as

crises financeiras e de saúde pública, levando a execuções orçamentais significativamente abaixo do previsto. Esta realidade parece ter contribuído para a migração de médicos do SNS para o setor privado ou para fora do país, em parte devido à perda de remuneração, falta de recursos humanos e ausência de uma carreira estruturada (Mendonça et al., 2022).

Além das questões remuneratórias, a gestão dos serviços de saúde também apresenta desafios. A corporatização dos hospitais, introduzida após 2002 com o objetivo de melhorar a eficiência e gestão dos recursos, pode ter comprometido a autonomia dos profissionais de saúde e priorizado as métricas financeiras em detrimento da qualidade do atendimento ao paciente (Ferreira & Marques, 2015). A gestão orientada para o desempenho financeiro tende a impor restrições que limitam a flexibilidade necessária para inovações e melhorias no atendimento (Mintzberg, 2017). Adicionalmente, a proliferação de funções administrativas destinadas a gerir as novas exigências operacionais e financeiras pode desviar recursos da prestação direta de cuidados e dificultar a comunicação eficaz dentro das instituições (Hamel, 2011).

A presença de médicos nos órgãos de decisão, nomeadamente nos conselhos de administração, parece ser importante para garantir que as decisões tomadas valorizem a perspetiva clínica e a qualidade dos cuidados de saúde (Bai & Krishnan, 2015). Alguns estudos têm demonstrado que a inclusão de médicos na gestão hospitalar está associada a uma maior qualidade de atendimento, uma cultura organizacional mais segura e uma melhor eficiência operacional (Veronesi et al., 2013). Médicos gestores são capazes de traduzir a complexidade do atendimento clínico em políticas compreensíveis e aplicáveis, promovendo um ambiente de trabalho que valoriza tanto a eficiência financeira quanto a qualidade dos cuidados (Llewellyn, 2001).

Neste contexto, o modelo cooperativo surge como uma alternativa viável e promissora. As cooperativas são empresas privadas geridas democraticamente pelos seus membros, que se organizam para satisfazer necessidades comuns. Este modelo de gestão, baseado em princípios de economia solidária e sem fins lucrativos, pode ser particularmente apelativo para os profissionais de saúde. Permite-lhes preservar a autonomia e independência em relação a outros *stakeholders*, integrando elementos dos setores público, privado e social. As cooperativas oferecem uma estrutura que valoriza adequadamente o ato médico, centrado no utente e na comunidade, promovendo uma gestão mais equitativa e participativa (United Nations, 2018).

A cooperação pode constituir-se uma alternativa viável à corporatização, respondendo às necessidades dos profissionais de saúde e melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Neste contexto, os principais objetivos desta dissertação são:

- Estudar e avaliar as características do modelo de cooperativa médica como uma alternativa de gestão de serviços de saúde em Portugal.
- Explorar os princípios fundamentais do modelo cooperativo e identificar os fatores que contribuem para o seu sucesso em diferentes contextos internacionais.
- Avaliar a adequabilidade deste modelo no contexto português, tendo em conta as especificidades do sistema de saúde nacional.
- Propor recomendações para a implementação de cooperativas médicas em Portugal.

No primeiro capítulo, apresenta-se um enquadramento geral sobre a procura de cuidados de saúde em Portugal, seguido de uma descrição dos setores público, privado e social, estabelecendo o contexto e os desafios que justificam a necessidade de modelos de gestão alternativos. No segundo capítulo, detalha-se a metodologia utilizada. O terceiro capítulo foca-se no conceito de cooperativa, nos seus princípios fundamentais e na sua estrutura organizacional, fornecendo a base teórica necessária para compreender como o modelo cooperativo pode ser aplicado ao setor da saúde. No quarto capítulo, são apresentados exemplos de cooperativas médicas a nível mundial, com especial destaque para a Unimed e a Fundação Espriu. Além disso, é feita uma análise das entrevistas realizadas com especialistas, identificando as vantagens, limitações, ameaças e oportunidades associadas à implementação de cooperativas médicas em Portugal. Por fim, na conclusão, são sintetizados os principais resultados, refletidos os aspetos mais relevantes e apresentadas recomendações para futuros estudos e para a aplicação prática deste modelo no país.

1. Enquadramento Geral

1.1. Procura de Cuidados de Saúde

O aumento da procura de cuidados de saúde é um fenómeno complexo com múltiplas causas, entre as quais se destacam o envelhecimento populacional, as mudanças no estilo de vida e a crescente expectativa dos utentes (OECD/EU, 2022). Esta realidade tem imposto desafios significativos ao sistema de saúde atual.

O envelhecimento populacional é um dos principais motores do aumento da procura e dos custos em saúde. Com o incremento da esperança de vida, também aumenta a prevalência de doenças crónicas, tais como o cancro, a diabetes, as doenças cardiovasculares e as doenças respiratórias, exigindo cuidados prolongados, contínuos e cada vez mais dispendiosos (OCDE, 2021). A faixa etária com mais de 65 anos, que representa cerca de 30% da população, consome mais de metade dos recursos de saúde disponíveis (Kalseth & Halvorsen, 2020). No último ano de vida, essa proporção pode subir para 25% do total das despesas (Riley & Lubitz, 2010), exercendo uma pressão substancial sobre os sistemas de saúde, especialmente em países como Portugal, que registou um aumento de 65% no número de idosos entre os anos 2000 e 2022 (figura 1.1).

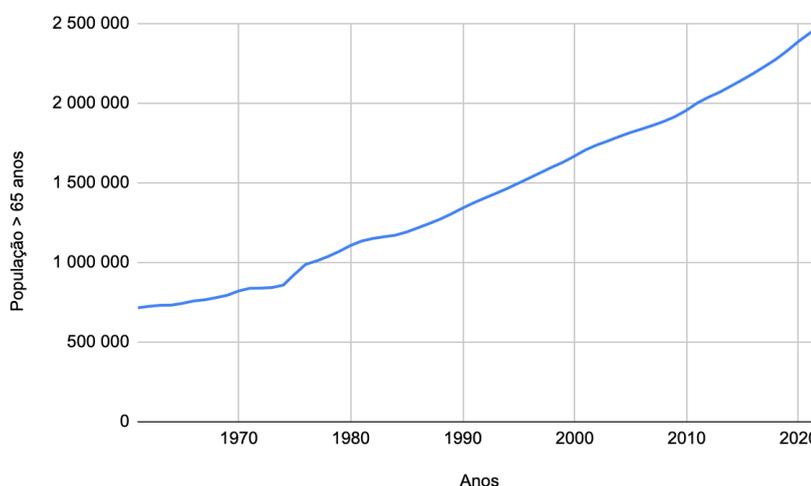


Figura 1.1: População com > 65 anos em Portugal

Fonte: INE

Adicionalmente, as mudanças no estilo de vida urbano, o aumento do sedentarismo, a alteração na dieta, o abuso de substâncias e a deterioração da saúde mental contribuem para um estado de saúde geral mais debilitado e, conseqüentemente, para o crescimento da procura por cuidados médicos (OECD, 2023).

Simultaneamente, as expectativas dos utentes evoluíram, exigindo cuidados de saúde mais próximos, eficazes e centrados no paciente. Esta nova dinâmica reflete uma população mais informada e capacitada, com maior poder de escolha, que valoriza a acessibilidade, a conveniência e a qualidade dos serviços prestados (Porter, 2010).

Outros fatores, como a melhoria da acessibilidade, o aumento da literacia em saúde, as políticas públicas de saúde, os avanços tecnológicos na medicina, a maior cobertura de seguros e a emergência de epidemias e pandemias, desempenham também um papel relevante no incremento da procura de cuidados de saúde (Barros & Costa, 2022a).

1.2. Estado da Saúde em Portugal

A saúde em Portugal tem evoluído significativamente nas últimas décadas, refletindo avanços positivos e desafios persistentes.

Portugal tem uma expectativa de vida ligeiramente superior à média da União Europeia (UE) e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), situando-se em 81,5 anos em 2022 (figura 1.2).

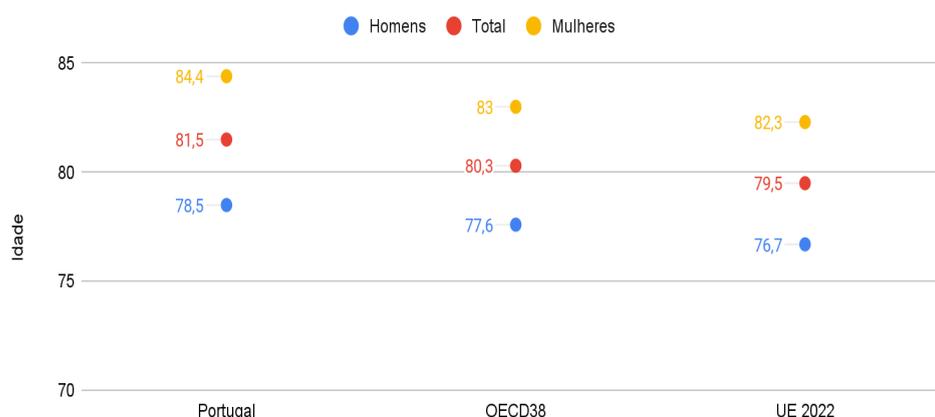


Figura 1.2: Expectativa de vida à nascença

Fonte: OCDE; <https://stat.link/5liuzr>

As principais causas de morte permanecem as doenças cardiovasculares e o cancro, responsáveis por cerca de metade dos óbitos (INE, 2024)

A mortalidade evitável e tratável está abaixo da média da UE e da OCDE, refletindo melhorias na prevenção e tratamento das doenças crónicas (Figura 1.3).

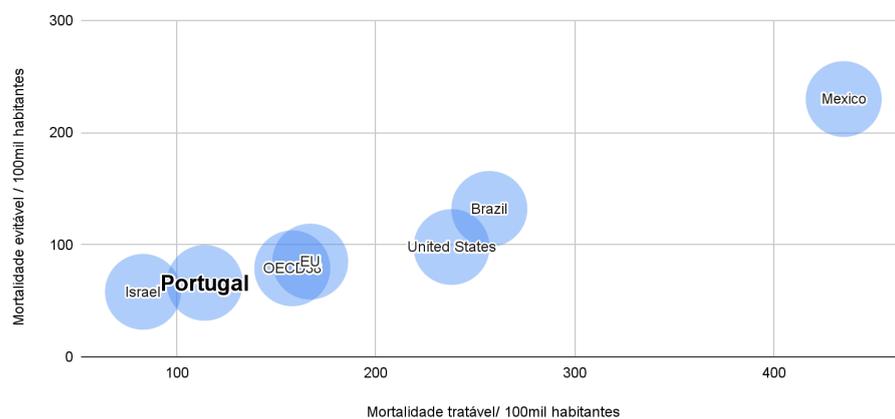


Figura 1.3: Mortalidade evitável e tratável, por País

Fonte: OCDE; <https://stat.link/gvxat7>

Os fatores de risco comportamentais, como o tabagismo, o consumo de álcool e a obesidade, continuam a ser relevantes (figura 1.4). Quase um terço das mortes em Portugal está relacionado com esses fatores (OCDE, 2023). A prevalência de obesidade é alta, afetando 17% dos adultos, enquanto a atividade física regular é uma das mais baixas da UE.



Figura 1.4: Fatores de risco comportamentais em Portugal e na Europa

Fonte: OCDE

O acesso aos cuidados de saúde tem melhorado desde 2013, mas a pandemia de COVID-19 criou novas barreiras, especialmente para populações com menores condições socioeconómicas. De acordo com o Relatório de Primavera (OPSS, 2022), em 2022, houve um aumento de episódios de doença e dificuldades de acesso para populações mais vulneráveis. Segundo os dados mais recentes (ERS, 2024), cerca de 1,7 milhões de portugueses não tinham atribuído um médico de família, com os constrangimentos óbvios no acesso a cuidados de saúde.

Em 2022, Portugal contava com 243 hospitais, sendo 131 privados e 112 públicos (figura 1.5). Os hospitais públicos detinham a maioria das camas (24,3 mil), em comparação com os privados (11,7 mil) e as parcerias público-privadas (277).

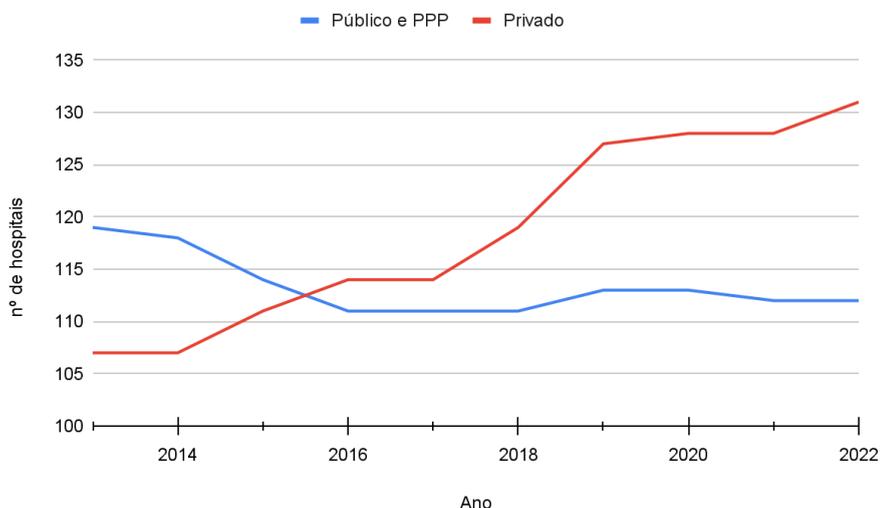


Figura 1.5: Evolução do número de hospitais públicos e privados em Portugal

Fonte: INE

Em 2022, foram realizados 1,1 milhões de internamentos, 73,3% dos quais em hospitais públicos. Foram realizados 8,0 milhões de atendimentos nos serviços de urgência, com 79,7% em hospitais públicos. As consultas externas totalizaram 21,9 milhões, com 61,2% realizadas em hospitais públicos, e as cirurgias (exceto pequenas cirurgias) foram 1,1 milhões, com 69,1% nos hospitais públicos (INE, 2024).

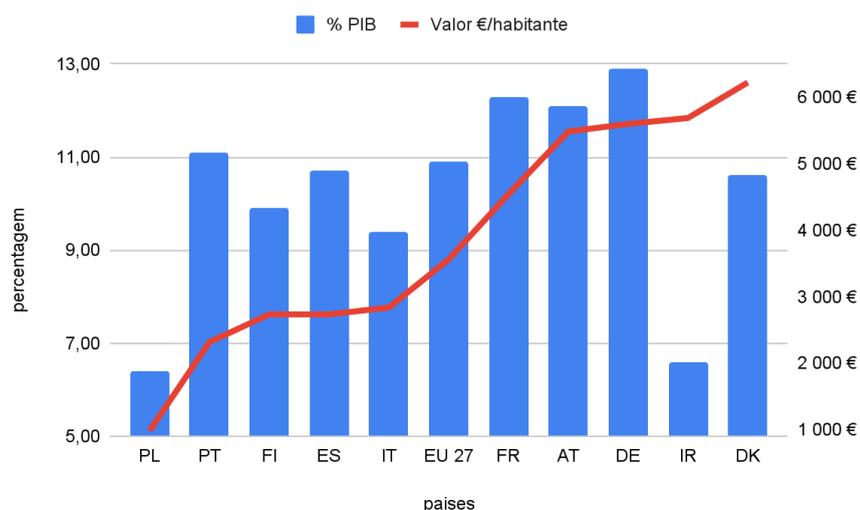


Figura 1.6: Gasto em Saúde em % do PIB e em valor *per capita* na Europa

Fonte: Pordata, INE

Em 2021, os gastos com saúde representaram 11,2% do PIB nacional, correspondendo a 2316,13€ por habitante, um valor que ficou aquém dos 3501,2€ por habitante da média dos 27 países da União Europeia (figura 1.6).

A situação financeira do setor de saúde foi agravada por cortes no investimento durante as crises financeira e de saúde pública, levando a uma execução orçamental significativamente abaixo do previsto. De acordo com a UTAO (2024), as execuções orçamentais para a saúde ficaram entre 55% em 2016 e 42% em 2021 (tabela 1.1), refletindo a disparidade entre o orçamento planeado e o executado, conforme sublinhado por Barros & Costa (2022b) no relatório do observatório da despesa em saúde.

Tabela 1.1: Execução orçamental do investimento em saúde

| ano | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|
| previsto | 211 | 259 | 301 | 322 | 436 | 693 |
| executado | 117 | 111 | 140 | 159 | 265 | 289 |
| taxa de execução | 55% | 43% | 47% | 49% | 61% | 42% |

Fonte: Unidade técnica de apoio orçamental (UTAO)

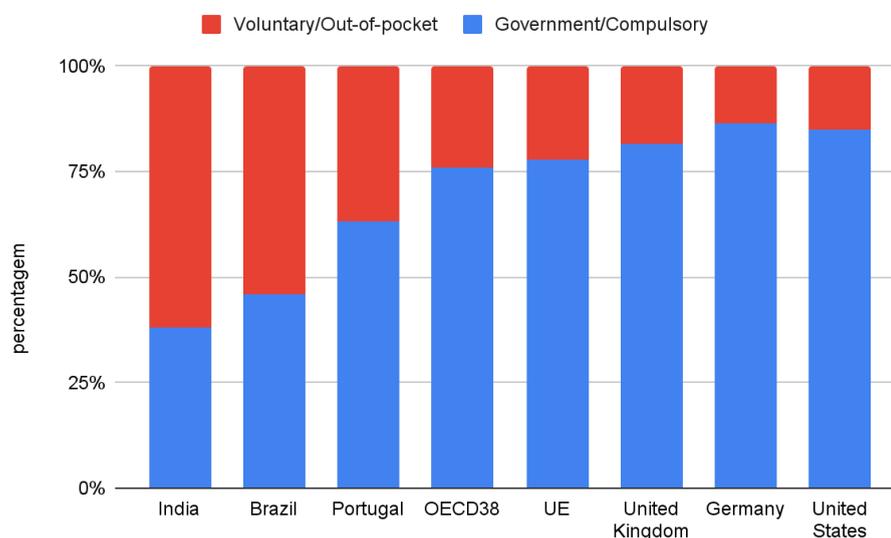


Figura 1.7: Peso da contribuição privada na despesa de saúde

Fonte: OCDE, <https://stat.link/b3mj1>

Por outro lado, a despesa privada em saúde em Portugal constituiu mais de um terço do total, o que representa o dobro da média da UE (Figura 1.7), indicando uma dependência significativa de financiamentos privados para a saúde e que segundo Barros & Costa (2023)

pode ser interpretada como o grau de desproteção financeira no acesso a cuidados de saúde.

Em termos de recursos humanos, no final de 2022, havia 25.153 médicos, 49.254 enfermeiros e 10.892 técnicos de diagnóstico e terapêutica ao serviço nos hospitais (INE, 2024). A maioria dos médicos eram especialistas (68,0%) e a maioria dos enfermeiros eram de cuidados gerais (78,9%).

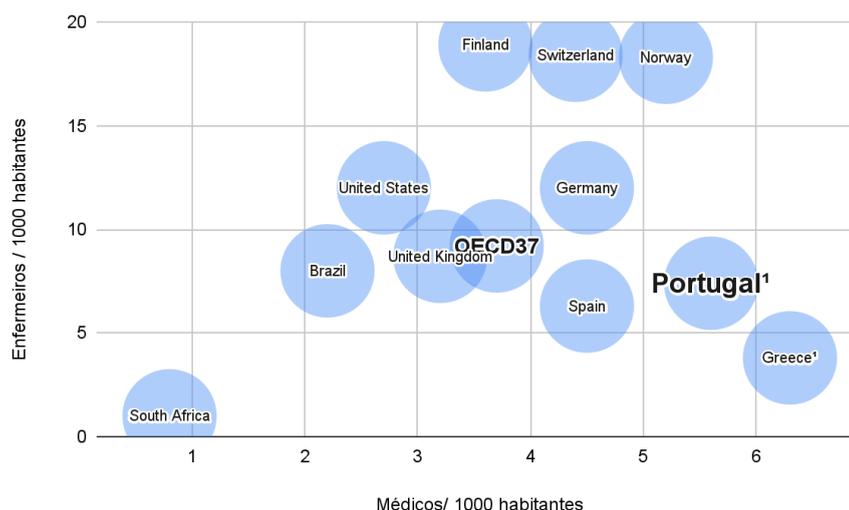


Figura 1.8: Distribuição de médicos e enfermeiros por país

Fonte: OCDE (2023)

Embora Portugal se destaque como um dos países da OCDE com maior proporção de médicos, 5,62 por mil habitantes (figura 1.8) a distribuição desses profissionais é bastante heterogénea pelo território nacional e entre os setores público e privado.

A falta de profissionais de saúde no SNS é um problema crítico. A capacidade de retenção não tem acompanhado a crescente procura, agravada pela pandemia e pelo agravamento das condições de trabalho. A frustração entre os profissionais de saúde é elevada, destacando-se como principais argumentos a perda de remuneração, a falta de recursos humanos, a ausência de carreira estruturada e a falta de investimento nos serviços e equipamentos (Barros & Costa, 2022c).

A redução do poder de compra dos médicos tem sido apresentada como um dos principais fatores de descontentamento. Entre 2010 e 2022 o rendimento médico reduziu-se cerca de 25% (OECD, 2024)

Esta tendência foi contrária ao crescimento do salário mínimo e médio Português, que ficaram em níveis superiores à taxa de inflação no mesmo intervalo (Figura 1.9).

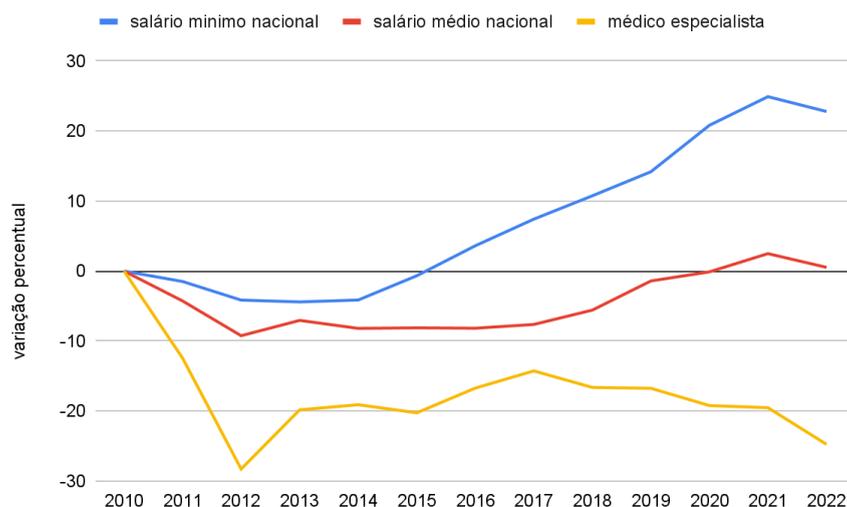


Figura 1.9: Variação do salário ajustado à inflação

Fonte: DGAEP, OCDE, execução própria

A redução salarial dentro da OCDE, entre 2011 e 2021, só ocorreu em 4 países e Portugal foi aquele em que a redução foi maior, contrariando a tendência internacional de valorização da profissão (figura 1.10).

A crescente precariedade do emprego médico, com salários baixos, poliemprego e agravamento das condições de trabalho podem condicionar a qualidade dos atos praticados, devido à carga horária excessiva, ao *burnout* e ao cansaço acumulado (Marôco et al., 2016).

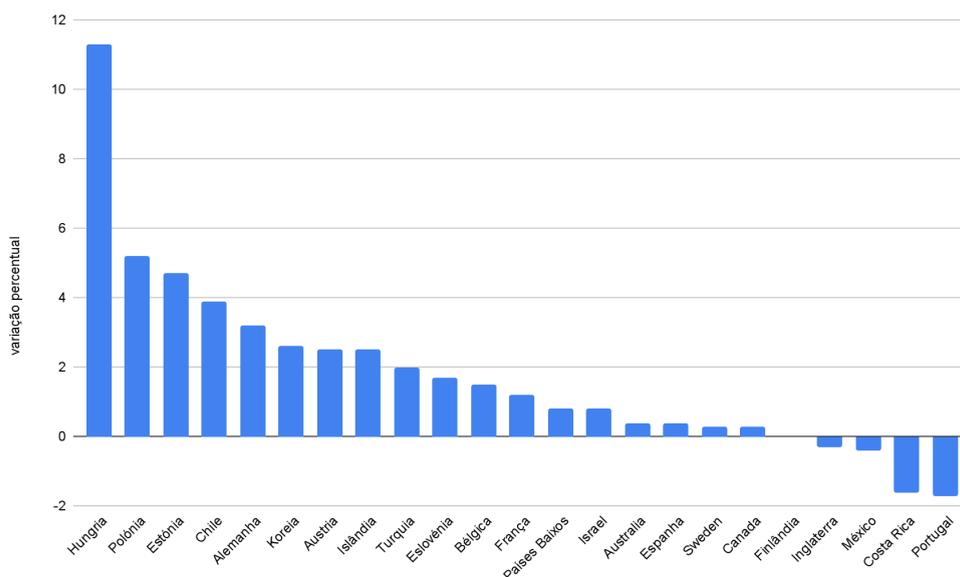


Figura 1.10: Evolução salarial dos médicos nos países da OCDE 2011-2021

Fonte: OCDE (2023)

Não obstante a implementação de algumas medidas corretivas recentes, tais como a dedicação plena (OPSS, 2022) e outras que constam do plano de emergência para a saúde (Alves, 2024), a formação, motivação e retenção dos profissionais de saúde no SNS, em especial dos médicos, permanece um dos maiores desafios do sistema de saúde em Portugal.

1.3. Setor Público

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, inspirado no *National Health Service* (NHS) do Reino Unido, foi criado em 1979 e baseia-se nos princípios de universalidade, generalidade e gratuidade, garantindo acesso a cuidados de saúde para todos os cidadãos, independentemente da sua condição socioeconómica.

Desde que foi constituído (Lei nº 56/79, 1979), o SNS enfrentou numerosos desafios (Campos, 2011). Nos anos 1980, a necessidade de reorganização dos serviços de saúde e a integração de várias estruturas públicas e privadas foram os principais focos. Na década de 1990, a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, 1990) estabeleceu os fundamentos do sistema de saúde, delineando responsabilidades e promovendo a descentralização e a regionalização dos serviços. Os anos 2000 marcaram um período de modernização, com a introdução de reformas para melhorar a qualidade e eficiência dos serviços, incluindo a modernização das infraestruturas.

Entre as principais vitórias do SNS destaca-se a garantia de acesso universal e gratuito aos cuidados de saúde, um direito assegurado pela Constituição da República Portuguesa. O sistema de vacinação é robusto, apresentando uma das mais elevadas taxas de cobertura vacinal na Europa. A mortalidade infantil, que em 1980 era de 24,3 por mil nascidos vivos, caiu para menos de 3 por mil em 2020, destacando os avanços na saúde materno-infantil.

A gestão e tratamento de doenças crónicas, como diabetes e doenças cardiovasculares melhoraram significativamente, refletindo a evolução positiva do SNS. A expectativa de vida em Portugal aumentou de 70,7 anos em 1979 para cerca de 81,7 anos em 2022 (OCDE, 2023).

No que diz respeito aos estatutos (Decreto-Lei nº 52/2022), o SNS é um serviço público, financiado principalmente por impostos (figura 1.11).

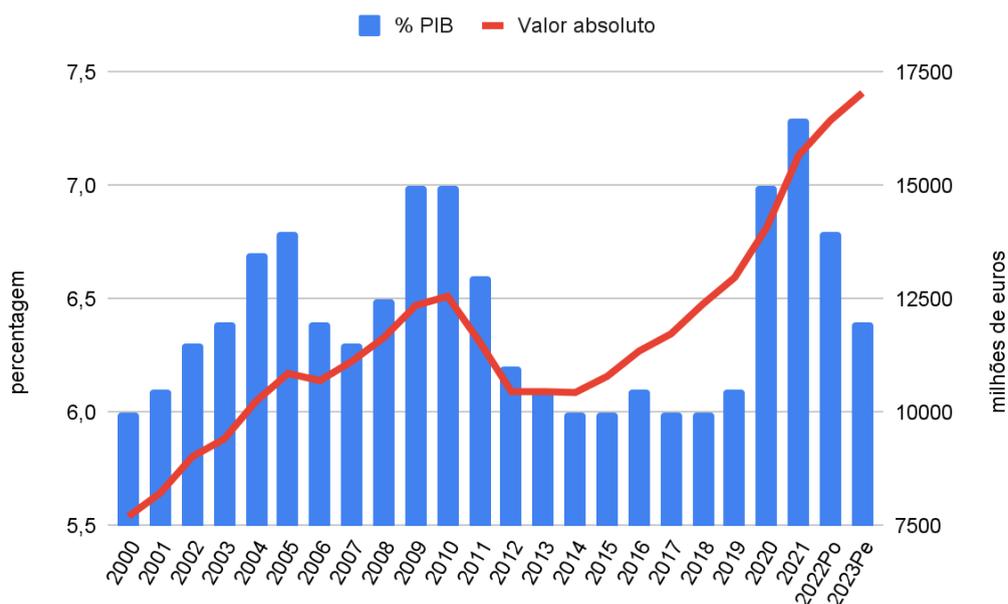


Figura 1.11: Evolução da despesa pública em saúde

Fonte: INE

Contudo, apesar da despesa crescente com o SNS e do aumento do número de profissionais, incluindo médicos, a capacidade de resposta do setor público tem diminuído nos últimos anos, mesmo descartando os efeitos da pandemia (Figura 1.12). Segundo o Relatório de Primavera (OPSS, 2022), as principais razões poderão ser a redução de horário laboral, a disrupção das equipas, o aumento do absentismo e a concorrência com o setor privado.

A estratégia para resolver os problemas estruturais do SNS afigura-se complexa, num cenário de crescente falta de competitividade com o setor privado, quer em termos de vencimento dos profissionais, quer em termos de comodidade e acessibilidade de serviços para os utentes.

As medidas corretivas não são novas e constam tanto de relatórios independentes (Barros & Costa, 2022c; OPSS, 2022) como de relatórios dos orçamentos de estado (Barros & Costa, 2022b; Barros & Santos, 2023), e destacam a melhoria das condições remuneratórias, o equilíbrio entre vida profissional e pessoal, o desenvolvimento profissional, a melhoria de infraestruturas e equipamentos, a reorganização dos modelos de trabalho, entre outros.

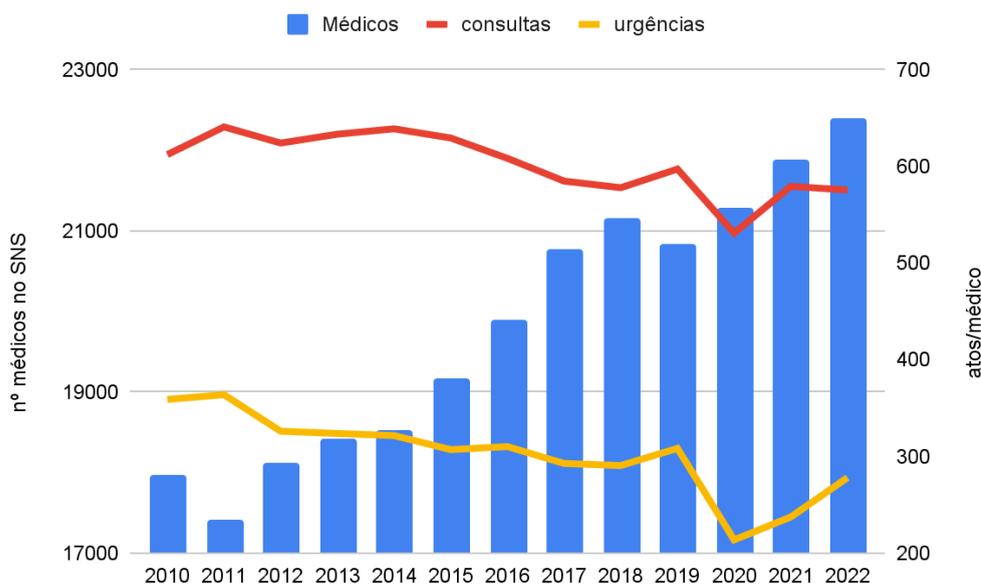


Figura 1.12: Evolução no nº de médicos no SNS e do nº de atos médio

Fonte: Pordata, INE

1.4. Setor Privado

O setor privado de saúde em Portugal passou por uma evolução significativa ao longo das últimas décadas, refletindo as mudanças económicas, sociais e políticas do país (Simões & Fronteira, 2021). Até à década de 1980, o setor era modesto e limitado a clínicas e consultórios urbanos, com a maioria dos serviços fornecidos pelo sistema público. A partir da liberalização económica nas décadas de 1980 e 1990, o setor privado expandiu-se, com um aumento significativo de hospitais e a diversificação dos serviços oferecidos (Campos, 2004).

Na década de 2000, houve uma modernização e integração com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) através de parcerias público-privadas (PPP) e contratos de prestação de serviços (Campos, 2004). No período pós-2010, grandes grupos económicos consolidaram-se, dominando o mercado e oferecendo uma vasta gama de serviços médicos. A crise económica de 2008, seguida pelas medidas de austeridade, afetou significativamente o financiamento do SNS, o que levou a um aumento da procura pelos serviços de saúde privados, considerados mais rápidos e eficazes (Mateus et al., 2017).

Atualmente, o setor privado de saúde em Portugal vale mais de 8 mil milhões de euros anuais, o que equivale a metade do investimento do Estado em saúde (Figura 1.13).

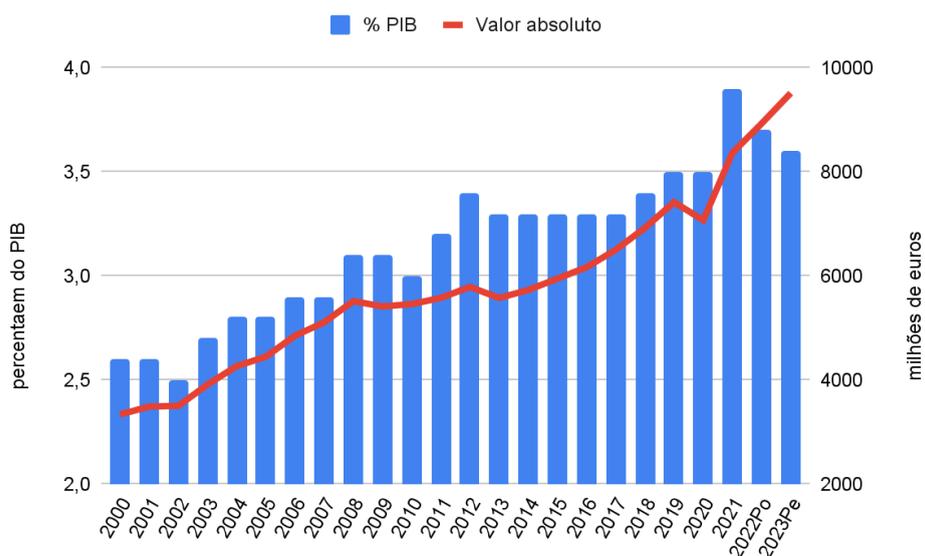


Figura 1.13: Evolução da despesa privada em saúde

Fonte: INE

A sua relevância tem vindo a aumentar progressivamente, alimentada por diversos fatores, como as limitações do SNS, o aumento da oferta privada, a melhoria da acessibilidade, o crescimento da cobertura por seguros de saúde e a perceção de maior qualidade e prestígio dos serviços privados (Figura 1.14).

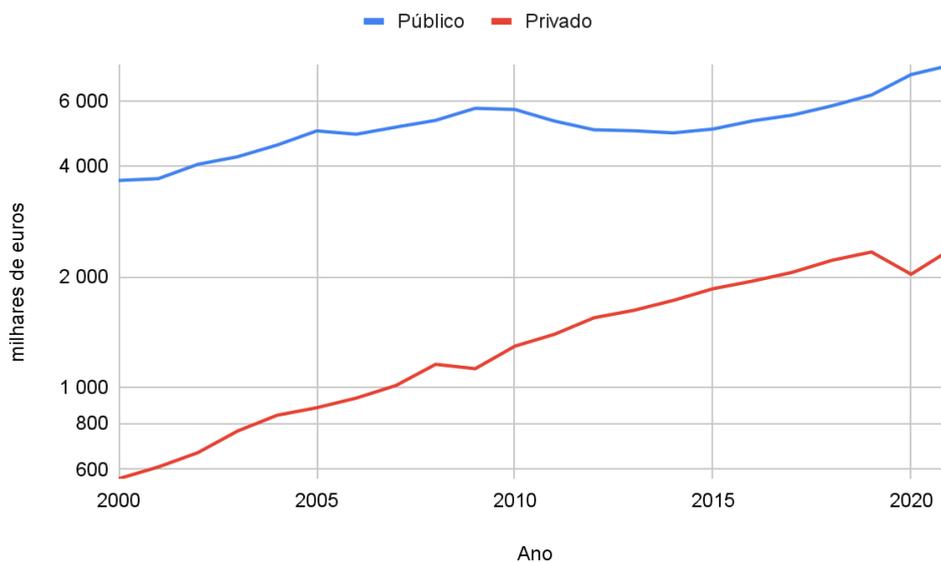


Figura 1.14: Evolução da despesa com hospitais públicos e privados

Fonte: adaptado de INE, 2022

As expectativas dos utilizadores de serviços de saúde têm também evoluído, com uma crescente procura por serviços que não apenas tratam doenças, mas que promovem o bem-estar e a conveniência. O setor privado tem capitalizado estas expectativas, oferecendo uma experiência de utilizador superior, com instalações mais confortáveis e atendimento diferenciado (Mateus et al., 2017).

O investimento contínuo em estratégias de marketing eficazes e parcerias com seguradoras têm tornado os cuidados de saúde privados mais acessíveis e atraentes para uma parcela crescente da população (Barros & Costa, 2022d).

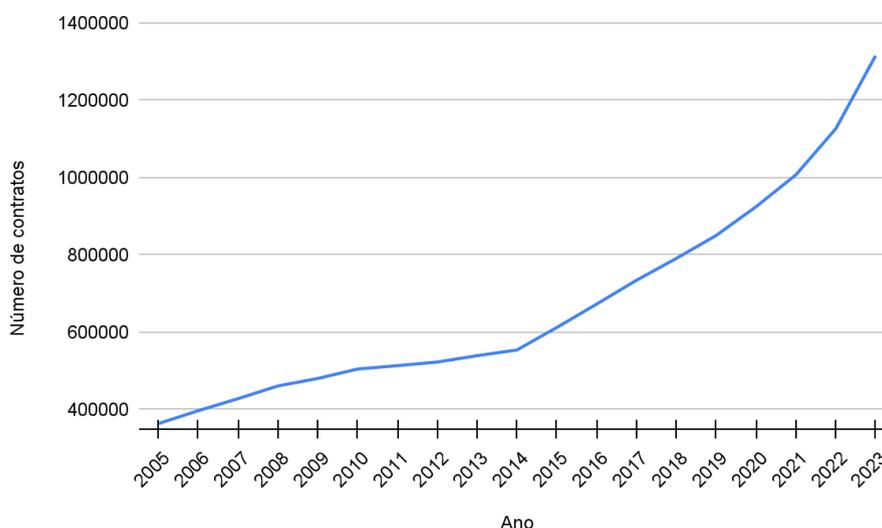


Figura 1.15: Evolução do número de contratos de seguro de doença

Fonte: adaptado de ASF (2024)

Este crescimento (Figura 1.15), embora tenha trazido benefícios como a diversificação dos serviços e uma maior acessibilidade para a população, também pode acarretar desafios consideráveis, particularmente para os profissionais de saúde (Gondi & Song, 2019).

A pressão para a rentabilidade tende a ser exacerbada em ambientes dominados por grandes conglomerados de saúde. Quando os médicos trabalham para grupos de saúde que controlam não só os hospitais, mas também os seguros e outros serviços associados, a independência nas decisões clínicas pode ser comprometida. De acordo com Relman (1980), os conflitos de interesse no setor de saúde privado podem levar a decisões que beneficiam a entidade financeira em vez do paciente, especialmente quando os médicos são pressionados a aumentar a utilização de serviços que geram mais receita.

A desvalorização dos honorários pode ser também uma consequência da monopolização do setor. Grandes grupos de saúde, com poder de mercado substancial, podem ditar termos menos favoráveis para os médicos, resultando em remunerações mais

baixas. A American Medical Association (Guardado & Kane, 2023) observou que a concentração de mercado nas seguradoras e prestadores de serviços médicos nos EUA tem levado a uma redução dos honorários e da capacidade negocial dos clínicos. Quando poucas entidades controlam a maioria dos serviços de saúde, os profissionais de saúde têm menos espaço para negociar contratos, condições de trabalho e remuneração.

1.5. Setor Social

O setor social em Portugal tem raízes profundas que remontam ao final do século XV, com a criação das Misericórdias, inicialmente fundadas pela Rainha D. Leonor em 1498 (Lopes, 2008). Estas instituições foram fundamentais na prestação de assistência médica e social ao longo dos séculos, tornando-se pilares no apoio às comunidades locais, especialmente através da prática das obras de misericórdia. Após a Revolução de 25 de Abril de 1974, houve uma redefinição do papel das Misericórdias e outras IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social). O Estado passou a ter um papel mais central na garantia dos direitos sociais, mas continuou a contar com a cooperação destas instituições (Lopes, 2008).

A economia social em Portugal é caracterizada pela diversidade das suas entidades, que incluem cooperativas, associações, fundações, mutualidades e instituições particulares de solidariedade social (Pitacas & Reto, 2020). Estas organizações partilham o objetivo comum de servir a comunidade e promover a solidariedade social, operando sob princípios de gestão democrática e sem fins lucrativos, diferenciando-se, contudo, em aspectos como a estrutura de propriedade, gestão, objetivos e fontes de financiamento (Oliveira, 2010).

As cooperativas são entidades autónomas controladas pelos seus membros, que contribuem e gerem o capital da organização. Estas organizações reinvestem os seus excedentes para benefício dos membros ou para a própria cooperativa, enfatizando a participação ativa dos membros nas decisões e na política organizacional (Namorado, 1999).

Associações são formadas por grupos de pessoas que se unem voluntariamente para alcançar objetivos comuns, muitas vezes de natureza social ou cultural. São abertas a todos que desejam contribuir para o alcance desses objetivos, operando sem a intenção de gerar lucro (Oliveira, 2010).

As fundações são estabelecidas com um património dedicado a fins específicos como educação, saúde ou assistência social, geridas por um conselho ou administração, sem membros associados como nas cooperativas ou associações (Oliveira, 2010).

As mutualidades (Mútuas) funcionam com base no princípio do auxílio mútuo, proporcionando apoio social e serviços de saúde através das quotas dos seus membros, com ênfase particular na provisão de benefícios de segurança social (Oliveira, 2010).

As IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social) desempenham um papel crucial no sistema de proteção social português, oferecendo serviços e apoio a grupos vulneráveis da população. Operam muitas vezes em cooperação com o estado, embora mantenham uma gestão e autonomia independentes (Oliveira, 2010).

Apesar das semelhanças como a orientação para fins sociais e gestão democrática, as diferenças entre estas entidades são relevantes. As cooperativas e as mútuas são de propriedade e controle dos seus membros, focadas no benefício direto dos mesmos. Por outro lado, fundações e IPSS têm um alcance mais amplo, focado em benefícios sociais mais generalizados. Para além disso, enquanto as cooperativas podem gerar rendimento através das atividades económicas dos membros, as fundações dependem do seu património e de doações, e as IPSS podem receber subsídios estatais para operar serviços sociais (Oliveira, 2010).

A economia social em saúde tem desempenhado um papel crucial na complementaridade dos serviços públicos e privados, especialmente em áreas carenciadas (International Labour Office, 2019). Em 2020, mais de 2400 organizações do terceiro setor estavam ativamente envolvidas na prestação de cuidados de saúde em Portugal (INE, 2023). Embora representem apenas 3,2% das unidades existentes na economia social em Portugal, contribuíram com 25% da receita e 30% do emprego no terceiro setor (Pedroso et al., 2023). Ainda assim, a geração de valor em saúde está longe do setor público e privado, situando-se nos 1400 milhões de euros (INE, 2023).

Cerca de 84% das misericórdias (IPSS), 26% das associações mutualistas e 18% das fundações desenvolviam a sua atividade na área da saúde em 2020 (Pedroso et al., 2023), principalmente focadas nos cuidados continuados e de reabilitação, paliativos e domiciliários.

Mais de 85% do valor gerado na Economia Social é destinado a remunerações, um valor bastante superior aos 55% do conjunto da economia (INE/CASES, 2020). Este facto releva a natureza *not-for-profit* destas organizações e o seu foco nas pessoas ao invés do lucro, promovendo a sustentabilidade das comunidades que servem.

2. Metodologia

A metodologia utilizada nesta dissertação seguiu uma abordagem qualitativa, adequada à natureza exploratória do tema e à necessidade de compreender o potencial das cooperativas médicas no contexto português. O processo metodológico foi estruturado em várias fases, de modo a permitir uma análise detalhada e fundamentada, que incluiu a revisão de literatura, análise de exemplos internacionais, estudo de casos e entrevistas semiestruturadas com especialistas.

Na primeira fase, foi realizada uma revisão de literatura, que incluiu o levantamento e a análise de diversas fontes académicas e institucionais sobre o sistema de saúde português e o funcionamento das cooperativas. Esta revisão teve como objetivo criar uma base teórica sólida para o desenvolvimento do estudo, permitindo identificar conceitos-chave e estabelecer o enquadramento teórico necessário para a análise subsequente. A revisão de literatura cobriu as diferentes vertentes do sistema de saúde em Portugal (setor público, privado e social), bem como o conceito geral de cooperativa e as suas implicações no setor da saúde.

Numa fase subsequente, foi conduzida uma análise do funcionamento das cooperativas em sentido lato, com especial destaque para a sua organização, princípios e estruturas de gestão. De seguida, foi estudado o modelo das cooperativas médicas, focando-se no papel específico que estas desempenham no setor da saúde e nas suas particularidades em comparação com outros tipos de cooperativas.

Para enriquecer a análise, foram também selecionados e analisados exemplos internacionais de cooperativas médicas, que ilustram como este modelo tem sido implementado em diferentes países. Estes exemplos foram escolhidos com base na sua relevância e diversidade.

Foram realizados dois estudos de caso, escolhidos por representarem exemplos emblemáticos e bem-sucedidos de cooperativas médicas a nível internacional. Estes estudos de caso foram analisados com o intuito de compreender os fatores que contribuem para o sucesso dessas iniciativas.

Além das análises documentais e dos estudos de caso, foram conduzidas entrevistas abertas a seis especialistas na área da saúde e do cooperativismo, cujos perfis foram selecionados pela sua experiência relevante nos temas em estudo. Os entrevistados incluíram Adalberto Campos Fernandes, antigo Ministro da Saúde de Portugal, Carlos Cortes, Bastonário da Ordem dos Médicos, Fábio Leite Gastal, diretor académico da Faculdade UNIMED Brasil, Nina Aguiar, professora adjunta especializada em Direito Financeiro, Carlos Zarco, diretor da Fundação Espriu, e Rui Namorado, professor

catedrático jubilado especialista em direito do trabalho e cooperativismo. As entrevistas foram desenhadas para explorar as perceções dos especialistas sobre a viabilidade e os desafios da implementação do modelo cooperativo no setor da saúde em Portugal. Seguindo um guião flexível, as entrevistas permitiram recolher dados qualitativos, que foram posteriormente analisados para identificar padrões e temas recorrentes.

A análise dos dados recolhidos nas entrevistas e estudos de caso foi realizada através de técnicas de análise de conteúdo, com o objetivo de identificar e categorizar os principais temas emergentes, como o modelo de Gioia (2013). Esta abordagem permitiu estruturar a análise de forma sistemática e gerar insights relevantes a partir das respostas dos entrevistados e das observações retiradas dos casos estudados, permitindo construir uma grelha SWOT (Wehrich, 1982), que sintetizou as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças do modelo cooperativo médico no contexto português.

No final do capítulo, através de uma análise indutiva dos dados recolhidos, foram elaboradas um conjunto de sugestões para o processo de implementação de cooperativas médicas em Portugal.

3. A Cooperativa

Uma cooperativa é, segundo o Código Cooperativo Português (Lei nº 119/2015), uma pessoa coletiva de direito privado, de natureza associativa, constituída de livre vontade por pessoas que cooperam para satisfazer as suas necessidades comuns, económicas e outras, através da organização democrática e da gestão participativa dos seus membros.

O Código Cooperativo determina a composição dos órgãos e as regras de funcionamento da cooperativa, incluindo as condições de admissão dos membros, direitos e deveres.

A estrutura de uma cooperativa obriga à criação de 3 órgãos principais: a Assembleia Geral, o Conselho de Fiscalização e o Conselho de Administração (figura 3.1).

Cabe à Assembleia Geral de membros, as decisões estratégicas da empresa, com participação democrática dos cooperadores.

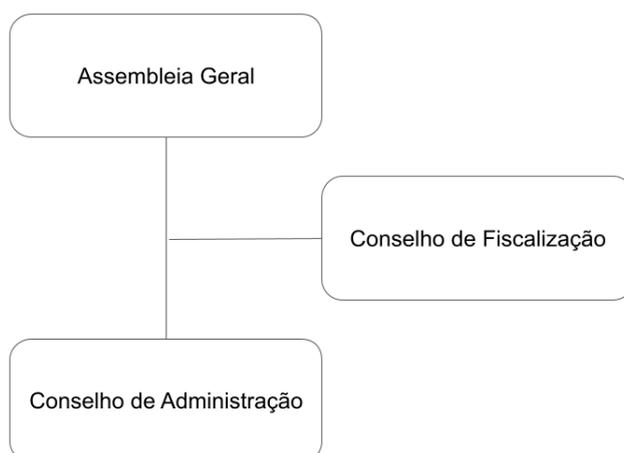


Figura 3.1: Organização geral numa cooperativa

3.1. O Modelo Cooperativo

O modelo cooperativo surgiu na Europa Industrial do século XIX, inspirado pelos movimentos Sociais e em oposição ao modelo Capitalista (Namorado, 2018).

A ideia de uma sociedade cooperativa originou ao longo da história uma prolífica quantidade de obras originais, desde Utopias como A República¹, Utopia², Cidade do Sol³

¹ Platão. (2017). *A República*. Fundação Calouste Gulbenkian.

² More, T. (1516). *Utopia*.

³ Campanella, T. (1623). *La Città del Sole: Civitas Solis idea republicae philosophica*.

ou Nova Atlântida⁴, até teorias sociais que defendem a sociedade cooperativa como estágio último de evolução civilizacional⁵.

A noção de cooperação, em sentido lato, não é estranha à espécie humana. Foi a cooperação que concedeu vantagem evolutiva ao Homem, permitindo enfrentar e superar desafios ao longo da sua história.

No entanto, a associação do cooperativismo com o socialismo tornou-a pouco popular entre os empreendedores liberais, o que dificultou a sua adoção e disseminação (Pitacas & Reto, 2020).

Quando Robert Owen (1813) idealizou o modelo cooperativo, não tinha em mente a luta de classes ou o ódio ao capital. Ele próprio era um Galês co-proprietário de uma fábrica de sucesso em New Lanark.

No entanto, na altura, tal como agora, entendeu-se que podia haver lugar a novas formas de organização do modelo de gestão, de modo a remunerar justamente os profissionais geradores de valor e a incentivar a gestão participativa do trabalho.

As cooperativas são organizações que promovem o desenvolvimento sustentável em todo o mundo, nas suas três dimensões: social, económica e ambiental (Pitacas & Reto, 2020). Estão presentes tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, e servem mais de mil milhões de pessoas (United Nations, 2017). Como grupo, empregam mais de 100 milhões de pessoas em todo o mundo, o que supera em 20% o número empregado pelas empresas multinacionais. Em 2021, as 300 maiores cooperativas do mundo realizaram um volume de negócios total de mais de 2,5 biliões de dólares, abrangendo vários setores económicos, tais como agricultura, sector bancário e finanças, seguros, saúde e comércio grossista e retalhista (International Co-operative Alliance, 2023).

Em 2018, existiam em Portugal 2012 cooperativas que empregavam mais de 25000 pessoas com vínculo laboral (INE/CASES, 2020), destacando-se que as 100 maiores apresentaram um volume de negócios superior a 2,3 mil milhões de euros (CASES, 2021).

No seu ambicioso plano 2030, as Nações Unidas incentivam a criação de cooperativas, pelo valor que acrescentam enquanto modelos de remuneração justa, orientadas por valores e baseadas em princípios, que trabalham para o bem-estar de todos os seus membros e se concentram no desenvolvimento das comunidades onde se encontram inseridas, contribuindo para o desenvolvimento social sustentável (United Nations, 2017).

⁴ Bacon, F. (1626). *Nova Atlântida*.

⁵ Nadeau, E. G., & Nadeau, L. (2016). *The Cooperative Society. The next stage of human history* (First Edition). E.G. Nadeau and Luc Nadeau.

Genericamente, as cooperativas são associações autónomas de pessoas unidas voluntariamente para satisfazer as suas necessidades e aspirações económicas, sociais e culturais através de uma empresa de propriedade conjunta e democraticamente controlada.

3.2. Princípios

Os princípios cooperativos são orientações fundamentais que ajudam as cooperativas a colocar em prática os seus valores. Baseados no Código Cooperativo Português (Lei nº 119/2015), alinhado com os princípios reconhecidos pela Aliança Cooperativa Internacional (ICA, 2016), são sete os principais princípios cooperativos:

1. **Adesão Voluntária e Livre:** As cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas capazes de usar os seus serviços e dispostas a aceitar as responsabilidades da adesão, sem discriminação de género, condição social, racial, política ou religiosa. Este princípio garante que a adesão é um ato de livre escolha, promovendo a inclusão e a diversidade.
2. **Controlo Democrático pelos Membros:** As cooperativas são organizações democráticas controladas pelos seus membros que participam ativamente na formulação de políticas e na tomada de decisões. Isto assegura que cada membro tenha voz na gestão e operação da cooperativa, promovendo a equidade e a responsabilidade dos cooperadores.
3. **Participação Económica dos Membros:** Os cooperadores contribuem equitativamente para o capital das suas cooperativas e controlam-no democraticamente. Este princípio fomenta a responsabilidade financeira e a sustentabilidade da cooperativa, beneficiando diretamente os membros. Os excedentes (lucros) são maioritariamente destinados ao desenvolvimento da cooperativa.
4. **Autonomia e Independência:** As cooperativas são organizações autónomas, de autoajuda, controladas pelos seus membros. Se entrarem em acordos com outras organizações, incluindo governos, ou levantarem capital de fontes externas, devem fazê-lo em termos que assegurem o controlo democrático pelos seus membros e mantenham a sua autonomia cooperativa. Este princípio garante que as cooperativas permanecem independentes e que as decisões são tomadas pelos membros para o benefício da cooperativa, preservando a sua essência e objetivos.
5. **Educação, Formação e Informação:** As cooperativas proporcionam educação e formação para os seus membros, representantes eleitos, dirigentes e trabalhadores,

de forma a que possam contribuir efetivamente para o desenvolvimento da cooperativa. Informam o público em geral, particularmente os jovens e os líderes de opinião, sobre a natureza e os benefícios da cooperação.

6. **Cooperação entre Cooperativas:** As cooperativas são incentivadas a trabalhar juntas através de estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais, formando uma rede capaz de compartilhar recursos e conhecimento, permitindo enfrentar desafios comuns.
7. **Interesse pela Comunidade:** As cooperativas trabalham para o desenvolvimento sustentável das suas comunidades, promovendo iniciativas que beneficiam não só os membros, mas a sociedade em geral.

3.3. Órgãos da Cooperativa

As cooperativas em Portugal são reguladas pelo Código Cooperativo (Lei nº 119/2015) e possuem uma estrutura organizativa específica que garante o seu funcionamento democrático e eficiente. A organização geral das cooperativas inclui vários órgãos essenciais, cada um com responsabilidades e funções distintas.

A Assembleia Geral é o órgão máximo da cooperativa, integrando todos os seus membros e reunindo-se pelo menos uma vez por ano em sessão ordinária. Tem como atribuições aprovar o relatório de gestão, as contas do exercício, o plano de atividades e o orçamento, bem como eleger os membros dos órgãos sociais, deliberar sobre alterações aos estatutos e outros assuntos de relevante importância. A sua importância assenta na promoção da participação democrática e na garantia de transparência na administração da cooperativa.

A Direção, ou Conselho de Administração, é o órgão executivo incumbido da gestão diária da cooperativa, sendo composta por membros eleitos pela Assembleia Geral. As suas responsabilidades incluem implementar as deliberações da Assembleia Geral, gerir os negócios correntes, representar a cooperativa perante terceiros e preparar o relatório de gestão e as contas do exercício. Este órgão é essencial para a concretização das decisões dos membros e para assegurar a eficiência e eficácia nas operações quotidianas da cooperativa.

O Conselho Fiscal, composto por membros eleitos pela Assembleia Geral, tem a função de fiscalizar a administração da cooperativa, verificar a exatidão das contas, emitir pareceres sobre o relatório de gestão e contas, e garantir que as operações estão em conformidade com a lei e os estatutos. A sua importância reside na promoção da conformidade e

transparência financeira e administrativa, protegendo os interesses dos membros e assegurando a sustentabilidade da cooperativa.

3.4. Estatutos e Governança

Os estatutos são um documento fundamental para qualquer cooperativa, que estabelece as regras e orientações para o seu funcionamento, garantindo uma governança eficaz e transparente, alinhando os objetivos da cooperativa com os interesses dos seus membros (Spear, 2004). Eles fornecem a base legal para a operação da cooperativa, definindo os objetivos, a estrutura organizacional e os direitos e deveres dos membros, assegurando que a cooperativa opera dentro do quadro legal, cumprindo as exigências do Código Cooperativo e outras legislações aplicáveis. Além disso, promovem a transparência na gestão, reforçando a confiança e o compromisso dos associados (Bento, 2016).

Os estatutos devem refletir as mudanças legais e as necessidades dos membros, proporcionar formação contínua, estabelecer mecanismos claros para a resolução de conflitos internos e garantir uma comunicação clara e regular sobre as atividades e decisões da cooperativa. Assim, os estatutos, quando bem implementados e atualizados, facilitam a governança, promovendo a participação democrática, a eficiência na gestão e a sustentabilidade da cooperativa (Namorado, 2018).

3.5. Finanças e Fiscalidade

As cooperativas em Portugal operam num regime financeiro e fiscal específico (Aguilar, 2011), que visa apoiar o seu desenvolvimento e reconhecer a sua natureza distinta das empresas tradicionais.

O capital social das cooperativas é composto pelas quotas subscritas pelos seus membros, proporcionando uma base financeira inicial e contínua para a operação (Namorado, 1999). Os excedentes, ou lucros após a dedução de todas as despesas, não são distribuídos como dividendos, mas reinvestidos na cooperativa ou alocados conforme decidido pela Assembleia Geral, promovendo a sustentabilidade e o crescimento a longo prazo. Uma parte dos excedentes é destinada a um fundo de reserva obrigatório Art. 96 ° do Código Cooperativo (Lei nº 119/2015), usado para cobrir eventuais perdas e para o desenvolvimento da cooperativa, garantindo estabilidade financeira e segurança contra imprevistos. Além disso, as cooperativas reinvestem significativamente em melhorias

operacionais, educação dos membros e expansão dos serviços, assegurando crescimento contínuo e valor para os associados.

Embora as cooperativas enfrentem alguns desafios no seu financiamento, como a variabilidade do capital social e a limitação na transmissão e remuneração dos títulos de capital, essas características não comprometem a sua operação, podendo ser compensadas pela flexibilidade do modelo cooperativo e pelos mecanismos de reinvestimento interno. A emissão de títulos de investimento e a introdução de membros investidores oferecem também soluções adicionais para captar fundos externos sem prejudicar a autonomia e os princípios cooperativos (Meira, 2023).

Os benefícios fiscais das cooperativas em Portugal encontram-se no Estatuto dos Benefícios Fiscais (Decreto-Lei nº 215/89), particularmente no Capítulo XI, que versa sobre os “Benefícios às Cooperativas”.

No que diz respeito à isenção de IRC (Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas), certas categorias de cooperativas, nomeadamente as agrícolas, culturais, de consumo, de habitação e construção, e de solidariedade social, estão isentas deste imposto, com a exceção dos rendimentos obtidos de operações realizadas com terceiros ou de atividades que não estejam diretamente relacionadas com os seus fins (Art. 66.º-A, n.º 1, Decreto-Lei nº 215/89). Para as restantes cooperativas, como as de serviços, produção operária, artesanato, entre outras, a isenção de IRC pode ser aplicável desde que sejam cumpridos os seguintes requisitos: 75% dos trabalhadores devem ser membros da cooperativa e 75% dos membros devem prestar serviço efetivo na mesma (Art. 66.º-A, n.º 2, Decreto-Lei nº 215/89).

Em relação aos rendimentos e subsídios, os rendimentos sujeitos a IRC por retenção na fonte não beneficiam da isenção e são tributados à taxa aplicável (Art. 66.º-A, n.º 4, Decreto-Lei nº 215/89). No entanto, subsídios e apoios financeiros ou de qualquer outra natureza atribuídos pelo Estado às cooperativas estão isentos de IRC (Art. 66.º-A, n.º 6, Decreto-Lei nº 215/89).

Adicionalmente, o estatuto prevê outros benefícios fiscais, tais como a isenção de IMT (Imposto Municipal sobre Transmissões Onerosas de Imóveis) na aquisição de imóveis destinados à sede e às atividades da cooperativa (Art. 66.º-A, n.º 8, Decreto-Lei nº 215/89) e a isenção de IMI (Imposto Municipal sobre Imóveis) para imóveis afetos às atividades da cooperativa (Art. 66.º-A, n.º 9, Decreto-Lei nº 215/89). As cooperativas beneficiam igualmente da isenção de Imposto do Selo sobre atos, contratos, documentos, títulos, e outros factos quando o imposto constitua um encargo para as mesmas (Art. 66.º-A, n.º 12, Decreto-Lei nº 215/89).

4. A Cooperativa Médica

As cooperativas de saúde são um grupo heterogêneo de empresas que se organizam de forma a atingir objetivos específicos (Girard, 2014a). Os membros podem ser utentes, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, retalhistas de medicamentos ou de uma combinação destes diferentes *stakeholders*. Tradicionalmente a organização da cooperativa traduz a tipologia de problema que se pretende resolver.

Uma cooperativa de médicos pode organizar-se com o intuito de melhorar as condições de trabalho ou de promover uma remuneração adequada, enquanto uma cooperativa de utentes se pode organizar para obter cuidados de saúde acessíveis em locais com falta de recursos.

As Cooperativas de Saúde não pretendem substituir-se ao SNS ou equivalente, mas antes preencher o espaço entre esses cuidados e aqueles oferecidos pelo setor *for-profit* (United Nations, 2018).

A nível mundial, as Cooperativas Médicas viram a sua importância reforçada nos últimos 20 anos. Segundo o Relatório de Cooperativas da Saúde (International Health Cooperative Organization, 2018), as cooperativas desempenham hoje um papel importante em diversos países, contribuindo para o objetivo da universalidade de acesso e da economia social.

Por outro lado, a criação de cooperativas médicas é impulsionada pela UN como alternativa sustentável ao modelo de gestão de cuidados de saúde *for-profit*, com foco nos prestadores, nos utentes e nas comunidades, ao invés da remuneração do capital. Esta perspetiva visa evitar alguns riscos associados à excessiva corporização da saúde, que tende a proletarizar os médicos e a desvalorizar o ato clínico, segmentando o trabalho e burocratizando o processo produtivo de modo a maximizar os resultados (McKinlay & Arches, 1985).

Para a comunidade médica, o lucro não faz parte do negócio. A atividade está regulada pela ética profissional e há pouca especulação do ato médico. A criação de valor não se traduz por aumento da margem de lucro, mas pela remuneração adequada do ato prestado, com foco na qualidade e acessibilidade.

Para além do aspeto negocial, a atividade clínica tem um forte carácter social e de retorno para a comunidade, que é um dos pilares do trabalho cooperativo. O aumento da literacia em saúde, a formação e ensino médico, a promoção de hábitos saudáveis de vida e a prevenção da doença são preocupações que podem ser concretizadas através do modelo cooperativo, permitindo uma contribuição significativa para o bem-estar social (International Health Cooperative Organization, 2018).

De acordo com o relatório CASES para as 100 maiores cooperativas (CASES, 2021), não existe atividade cooperativa médica relevante em Portugal.

Esta realidade parece surpreendente tendo em conta a natureza intrinsecamente *not-for-profit* da atividade médica.

Numa entrevista recente, o presidente da International Health Cooperative Organization (IHCO), Dr Carlos Zarco reforçava que “O que as pessoas não percebem é que a diferença fundamental com as cooperativas, embora elas precisem de ser empresas sustentáveis e lucrativas, reside no fato de que todos os lucros são reinvestidos na nossa própria infraestrutura, o que nos permite gerar riqueza, atendimento de maior qualidade, melhores instalações e melhores salários para os nossos médicos. E tudo isso é possível porque não temos que pagar dividendos a nenhum acionista” (Espriu, 2017).

4.1. Exemplos a nível mundial

As cooperativas de saúde desempenham um papel crucial na prestação de cuidados de saúde acessíveis e de elevada qualidade, adaptando-se às necessidades específicas das populações que servem em diferentes regiões do mundo. Estas organizações destacam-se pela sua capacidade de envolver tanto os prestadores de cuidados como os utilizadores dos serviços, criando um sistema de saúde inclusivo e sustentável (Girard, 2014a).

Embora a literatura disponível sobre cooperativas médicas seja escassa, há vários exemplos de implementação bem sucedida, em diversos países (Gouveia et al., 2022; International Health Cooperative Organization, 2018).

Abaixo, apresenta-se uma listagem compreensiva de cooperativas de saúde em todo o mundo, organizada por continentes, resultado de uma pesquisa cuidadosa de exemplos reais e atuais (Girard, 2014b; International Co-operative Alliance, 2023). Esta seleção ilustra a diversidade de abordagens e modelos de cooperação existentes, bem como o impacto significativo que estas cooperativas têm na melhoria da saúde pública e no fortalecimento das comunidades locais. Os exemplos reforçam a importância das cooperativas na democratização do acesso à saúde, na valorização dos profissionais e na promoção de um modelo de gestão participativa e transparente.

4.1.1. Europa

Espanha: *Fundación Espriu*⁶

ver estudo de caso adiante.

Bélgica: *Medispring*⁷

Medispring é uma cooperativa de médicos, cuja principal atividade é o desenvolvimento de software clínico. A decisão de criar a cooperativa surgiu devido à exigência do Estado Belga de que os médicos armazenassem, transmitissem e manuseassem informação clínica através de soluções digitais certificadas. Este facto levou a uma concentração crescente de empresas privadas no mercado e a preços elevados, colocando os médicos em desvantagem e criando problemas de eficiência, como a necessidade de mudar de software regularmente.

⁶ <https://www.fundacionespriu.coop/>

⁷ <https://www.medispring.be/>

Ao criar o seu próprio software, os cooperadores assumiram o controlo do processo através de uma empresa gerida democraticamente que não pode ser vendida no mercado de ações a outras empresas ou fundos de investimento.

A estrutura de governança de *Medispring* é composta principalmente por médicos, com um Conselho de Administração que reflete essa composição, reservando apenas três lugares para perfis empresariais. Esta composição assegura que as decisões sejam sempre orientadas pelas necessidades clínicas e operacionais dos utilizadores finais.

Itália: *Cooperazione Salute (Confcooperative sanità)*⁸

A *Cooperazione Salute* é uma Sociedade de Mútuo Socorro, formalmente fundada em 2014, com raízes profundas nas tradições italianas de mutualismo. A organização foi criada para fornecer assistência sanitária integrativa, sem fins lucrativos, enfatizando a centralidade da pessoa e a solidariedade mútua. A missão central da *Cooperazione Salute* é garantir uma assistência sanitária eficiente e acessível aos seus associados, atuando como um suporte adicional ao Sistema Nacional de Saúde italiano. Desde a sua fundação, a organização apresentou um crescimento significativo, contando em 2022 com mais de 335.000 assistidos e uma rede abrangente de cooperativas e mútuas territoriais.

Reino Unido: *Benenden Health*⁹

A *Benenden Health* tem uma história centenária que começou em 1905. Fundada como *Post Office Sanatorium Society (POSS)*, a sociedade foi criada pelo Dr. Charles Garland com o objetivo de disponibilizar cuidados aos trabalhadores dos correios que sofriam de tuberculose, que na época, não tinha um tratamento eficaz e acessível à maioria dos trabalhadores.

Ao longo dos anos, evoluiu para se tornar uma das maiores e mais respeitadas cooperativas de saúde do Reino Unido, oferecendo uma vasta gama de serviços de saúde.

É uma cooperativa de saúde mista, onde tanto os profissionais de saúde como os utentes são membros. Este modelo permite que os membros contribuam e beneficiem dos serviços prestados. A cooperativa foi constituída com o objetivo de fornecer cuidados de saúde acessíveis e de alta qualidade. Atualmente, a *Benenden Health* conta com aproximadamente 800.000 membros. A adesão é aberta a indivíduos e empresas, permitindo que os membros acedam a uma variedade de serviços médicos, incluindo consultas, diagnósticos e tratamentos em hospitais privados, conforme necessário.

A *Benenden Health* opera com base em contribuições mensais dos seus membros, o que lhe permite financiar os serviços de saúde que oferece. A cooperativa tem um hospital

⁸ <https://www.cooperazionealute.it/>

⁹ <https://www.benenden.co.uk/>

próprio, o Benenden Hospital, localizado em Kent, que é reconhecido pela qualidade dos seus cuidados de saúde. Em 2022, as receitas da cooperativa foram de aproximadamente £100 milhões (116 milhões de euros), com mais de 100.000 consultas e tratamentos e uma taxa de satisfação dos membros de 95%.

Noruega: *Landsforeningen for Hjerte og Lungesyke (LHL)*¹⁰

A LHL é uma das mais proeminentes cooperativas de saúde na Noruega, dedicada ao acompanhamento e tratamento de doentes com problemas cardíacos e pulmonares. A LHL desempenha um papel fundamental no sistema de saúde norueguês, oferecendo uma vasta gama de serviços e promovendo a saúde e o bem-estar dos seus membros.

Fundada em 1943, a LHL foi constituída por um grupo de pacientes com tuberculose que se uniram para melhorar as condições de tratamento e vida. Atualmente, a LHL é uma cooperativa de doentes e profissionais de saúde que se dedicam ao tratamento de doenças cardíacas e pulmonares. A adesão é aberta a qualquer pessoa com interesse nas causas cardíacas e pulmonares.

A estrutura de governança é democrática, sendo que cada membro tem direito a um voto. Realizam-se assembleias gerais onde são eleitos os membros do conselho de administração e definidas as diretrizes estratégicas. A LHL tem mais de 54.000 membros, incluindo pacientes com doenças cardíacas e pulmonares, familiares e profissionais de saúde. A LHL é conhecida pela sua gestão eficiente e pelos resultados positivos que alcança anualmente. A organização publica regularmente relatórios financeiros que destacam a sua sustentabilidade e impacto positivo. A LHL gera receitas através das contribuições dos membros, doações e financiamento governamental.

4.1.2. América

Estados Unidos da América: *HealthPartners*¹¹

A *HealthPartners* é a maior cooperativa de saúde dos Estados Unidos e a segunda maior do mundo em termos de receita (International Co-operative Alliance, 2023). Foi fundada em 1957 como um plano de saúde pré-pago gerido pelos consumidores. Com sede no Minesota, a organização é uma entidade de saúde integrada que oferece serviços médicos e administra planos de financiamento de saúde, atendendo mais de 1,8 milhões de membros em todo o país, incluindo planos médicos e dentários. A *HealthPartners* opera uma vasta rede de cuidados de saúde que inclui cinco hospitais, 52 clínicas de cuidados primários, 22 locais de cuidados urgentes e várias clínicas especializadas.

¹⁰ <https://www.lhl.no/>

¹¹ <https://www.healthpartners.com>

A instituição conta com mais de 26.000 funcionários, destacando-se 1.800 médicos que atendem mais de 1,2 milhões de pacientes.

Desde a sua criação, tem-se expandido e integrado com diversas outras organizações de saúde, destacando-se a fusão com a *Park Nicollet Health Services* em 2013. Além disso, a organização tem um historial significativo de expansão internacional, tendo implementado 29 cooperativas de saúde no Uganda (Girard, 2014b, p. 165), que servem 60.000 membros.

A governança é realizada através de um conselho de diretores eleito, responsável por supervisionar as políticas e a direção estratégica da organização. A missão é melhorar a saúde e o bem-estar em parceria com os seus membros, pacientes e comunidade, através de relações baseadas na confiança. Os valores centrais da organização são a excelência, solidariedade, parceria e integridade.

A *HealthPartners* destaca-se também pela sua abordagem inovadora e impacto social, incluindo a implementação de programas de saúde preventiva e de apoio à saúde mental. A organização possui um forte foco em pesquisa e educação através do *HealthPartners Institute*, que conduz mais de 400 estudos anualmente e treina mais de 700 médicos internos e estagiários por ano, reforçando o seu compromisso com a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

Estados Unidos da América: *Cooperative Home Care Associates (CHCA)*¹²

A CHCA é uma cooperativa de trabalhadores situada no Bronx, Nova Iorque, e uma das maiores do seu tipo nos Estados Unidos. Fundada em 1985, a CHCA tem como missão fornecer cuidados domiciliários de alta qualidade e criar empregos dignos para os seus trabalhadores.

A CHCA adota um modelo cooperativo onde os trabalhadores são proprietários. Este modelo permite que os funcionários participem ativamente na tomada de decisões e na gestão da cooperativa, promovendo um ambiente de trabalho mais equitativo e sustentável.

Atualmente, a cooperativa emprega mais de 2.000 trabalhadores, tornando-se a maior cooperativa de trabalhadores nos Estados Unidos. A missão da CHCA é tripla: fornecer serviços de cuidados domiciliários de alta qualidade para idosos, doentes crónicos e pessoas com deficiências; oferecer os melhores salários e benefícios possíveis aos seus trabalhadores enquanto constrói uma empresa lucrativa e de propriedade dos trabalhadores; e proporcionar oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional aos membros da equipa de cuidados de saúde.

A CHCA oferece uma ampla gama de serviços de cuidados domiciliários, incluindo cuidados para idosos, doentes crónicos e pessoas com deficiências. A cooperativa fornece

¹² <https://www.chcany.org/>

formação gratuita para novos cuidadores, com mais de 600 mulheres de baixos rendimentos treinadas anualmente.

Brasil: UNIMED¹³

ver estudo de caso

Canadá: Health Care Co-operative Federation of Canada (HCCFC)¹⁴

A HCCFC é a entidade nacional que representa cooperativas de saúde, serviços sociais e bem-estar em todo o país. Fundada em 2011, a HCCFC tem como missão apoiar e promover estas cooperativas, fomentando relações entre os membros, identificando e partilhando recursos, recrutando novos membros e aumentando a visibilidade das cooperativas de saúde nas comunidades locais e a nível nacional.

A HCCFC é gerida por um conselho de administração composto por representantes de diversas cooperativas regionais, que define políticas, estratégias e supervisiona as atividades da federação. A HCCFC tem alcançado resultados significativos através de programas inovadores como o Hans Kai, que melhora a saúde comunitária através da educação e atividades de grupo. Entre os membros notáveis da HCCFC estão a *NorWest Co-op Community Health* em Manitoba, a *Regina Community Clinic* em Saskatchewan, a *Victoria Health Co-operative* na Colúmbia Britânica e a *Multicultural Health Brokers Co-op* em Alberta.

Argentina: Federación Argentina de Entidades de Salud Solidaria (FAESS)¹⁵

A FAESS foi fundada em 1999, num contexto em que uma grande parte da população argentina estava privada de acesso adequado a serviços de saúde. A organização foi criada para proporcionar cuidados médicos através de um modelo cooperativo, reunindo utilizadores e prestadores de serviços de saúde sob uma mesma entidade. A sua missão é garantir que as cooperativas e mutualidades associadas recebam serviços de saúde de alta qualidade a custos razoáveis, mantendo sempre os princípios cooperativos de solidariedade e participação associativa.

Atualmente, a FAESS é composta por 27 instituições associadas e oferece uma gama completa de serviços de saúde, incluindo cuidados primários, diagnóstico, tratamento e educação sanitária, atendendo tanto associados quanto terceiros não associados.

Chile: Sermecoop¹⁶

¹³ <https://www.unimed.coop.br/site/>

¹⁴ <https://healthcoopcanada.org/>

¹⁵ <http://faess.coop/>

¹⁶ <https://www.sermecoop.cl/nuestra-cooperativa/>

A *Sermecoop* Ltda., fundada em 1967 no Chile, é uma organização de 1º grau que opera no setor da saúde. A *Sermecoop* foi criada para combater a falta de acesso à saúde enfrentada pelos seus primeiros membros, oferecendo uma solução cooperativa para este problema.

A *Sermecoop* funciona como uma cooperativa sem fins lucrativos, regulada pelo Ministério da Economia, Fomento e Turismo do Chile. Esta organização oferece uma variedade de serviços de saúde, incluindo reembolsos de despesas médicas, acesso a centros de saúde com preços preferenciais e uma ampla gama de convenções em áreas como consultas médicas, exames laboratoriais, imagens, serviços dentários, hospitalares e farmácias.

A cooperativa atende mais de 100.000 beneficiários, oferecendo planos de saúde para empresas e instituições com pelo menos 10 empregados, aceitando pre-existências, sem limite de idade e sem agravamentos, promovendo uma saúde acessível e de qualidade para todos os seus membros.

A administração da *Sermecoop* é composta por um conselho de administração e uma junta de vigilância, que garantem a eficiência e a transparência da cooperativa.

Colômbia: *Coosalud*¹⁷

A *Coosalud* é uma cooperativa de saúde na Colômbia e a segunda maior do mundo em rendimento per capita (International Co-operative Alliance, 2023), e funciona como uma Entidade Promotora de Saúde (EPS). Ela administra e garante o acesso a serviços de saúde para os regimes subsidiado e contributivo, sendo a maior seguradora de saúde do regime subsidiado no país, com mais de 2 milhões de afiliados. No total, a *Coosalud* possui mais de 3,3 milhões de afiliados e 300 sedes distribuídas em 12 departamentos. Fundada há mais de 30 anos, a sua sede principal está localizada em Cartagena das Índias, Bolívar.

A missão da *Coosalud* é satisfazer as necessidades socioeconômicas e culturais dos seus associados e suas famílias, promovendo o desenvolvimento integral e a solidariedade comunitária. Oferece planos de saúde, programas de educação cooperativa e desenvolvimento humano, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das comunidades atendidas.

A governança da *Coosalud* é baseada em princípios cooperativos como autoajuda, democracia, igualdade e solidariedade, permitindo uma participação ativa dos associados na administração e vigilância da cooperativa.

¹⁷ <http://coosalud.coop/nosotros/>

4.1.3. África

Uganda, Quênia: *HealthPartners*

Desde 1997, a *HealthPartners* tem desenvolvido e implementado um modelo de cooperativas de saúde em Uganda (Girard, 2014b). Essas cooperativas, financiadas por *stakeholders* locais e apoiadas pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), permitem que as comunidades acessem a cuidados de saúde a preços acessíveis. Atualmente, existem 29 cooperativas locais que servem cerca de 60.000 membros, com 70 prestadores de cuidados de saúde a oferecer seguros através deste modelo cooperativo. As cooperativas têm melhorado significativamente os resultados de saúde, especialmente entre mulheres e populações vulneráveis, focando-se em cuidados preventivos e de qualidade.

No Quênia, a *HealthPartners* recebeu um subsídio de cinco anos no valor de 8 milhões de dólares da USAID em 2023 para ajudar o governo a atingir a cobertura universal de saúde. O foco principal é identificar soluções sustentáveis que permitam que todos os quenianos acessem a cuidados de saúde de qualidade, especialmente aqueles com rendimentos irregulares. Este projeto visa criar sistemas de saúde que deem voz aos membros na definição dos custos e da qualidade dos cuidados.

África do Sul: *IPAF*¹⁸

A *IPA Foundation* (IPAF) é uma organização sem fins lucrativos na África do Sul que reúne as forças dos três principais grupos de *Independent Practitioner Associations* (IPAs): a *South African Medical Contracted Community* (SAMCC), a *Alliance of South African Independence Practitioners Associations* (ASAIPA) e a *SA Medical & Dental Practitioners Network* (SP-Net). Juntas, estas entidades formam uma aliança dedicada a enfrentar os problemas críticos na entrega de cuidados de saúde, incluindo a redução das discrepâncias nos custos de saúde e a melhoria da qualidade da prática médica.

A missão da IPAF é revolucionar os cuidados de saúde familiar promovendo a unidade e a excelência entre os médicos de família. A fundação baseia-se nos princípios de governança clínica, assegurando que seus membros tenham acesso às ferramentas e estruturas necessárias para oferecer cuidados de saúde acessíveis e de alta qualidade às comunidades.

4.1.4. Ásia

Japão: *Japanese Health and Welfare Co-operative Federation* (HeW Coop Japan)¹⁹

¹⁸ <https://ipaf.co.za/index.html>

¹⁹ <https://www.hew.coop/english/>

A Federação Japonesa das Cooperativas de Saúde e Bem-Estar (HeW Coop Japan) é uma federação de cooperativas de utentes.

Fundada em 2010, a *HeW Coop Japan* coordena 104 cooperativas de saúde e bem-estar, incluindo a União das Cooperativas de Consumidores do Japão (JCCU) e gere 75 hospitais, 326 centros de saúde primários, 73 instalações dentárias, e 27 instalações de cuidados para idosos, empregando cerca de 38.754 profissionais de saúde. A missão da federação é fornecer serviços de saúde acessíveis e de alta qualidade, promovendo o bem-estar comunitário e a saúde preventiva (International Health Cooperative Organization, 2018).

A *HeW Coop Japan* foi formalmente estabelecida em 2010, mas as suas raízes estão no movimento cooperativo japonês iniciado em meados do século XX. A federação atua sob os princípios de autodeterminação e soberania popular, conforme consagrados na Constituição do Japão, e visa garantir o direito à vida, liberdade e à busca da felicidade. A missão é promover uma sociedade saudável, onde todos possam ter acesso a cuidados médicos de qualidade.

As cooperativas membros da *HeW Coop Japan* oferecem uma ampla gama de serviços, incluindo cuidados médicos, enfermagem, reabilitação, cuidados domiciliários, e programas de saúde comunitária. A estrutura de governança é democrática, com um conselho de administração eleito que representa os interesses dos membros.

Em 2022, a federação reportou um volume de negócios total de cerca de 2400 milhões de euros (International Co-operative Alliance, 2023).

Índia: Kerala Cooperative Hospital Federation - KCHF²⁰

Os hospitais cooperativos em Kerala surgiram nas décadas de 1960 e 1970, impulsionados pelo movimento cooperativo no estado que procurava proporcionar serviços de saúde acessíveis às comunidades carentes e constituiu-se como uma federação de cooperativas de utentes.

A missão dos hospitais cooperativos em Kerala é fornecer cuidados de saúde abrangentes, acessíveis e de alta qualidade, com um destaque para a inclusão social e equidade. Estes hospitais são geridos e financiados pelos membros da comunidade, permitindo uma operação sustentável e focada no bem-estar dos pacientes em vez do lucro.

China: New Cooperative Medical Scheme (NCMS)

²⁰ <https://cihsthalassery.com/>

As cooperativas médicas e de saúde na China, particularmente conhecidas pelo seu modelo médico cooperativo, têm desempenhado um papel crucial na assistência médica acessível, especialmente em áreas rurais.

O Esquema Médico Cooperativo (CMS) original, implementado na década de 1960, foi um sistema pioneiro de seguro de saúde que cobria a maioria da população rural. Este sistema era organizado ao nível das vilas administrativas e era conhecido pelo movimento dos “médicos descalços” que trabalhavam diretamente com os agricultores, proporcionando cuidados médicos básicos e promovendo a saúde pública. No entanto, com o colapso do sistema de comunas populares no início dos anos 1980, a cobertura do CMS diminuiu drasticamente (Wang & Liang, 2017).

Em resposta a estas dificuldades, o Novo Esquema Médico Cooperativo (NCMS) foi introduzido em 2003, ambicionando restaurar a cobertura de saúde para a população rural (Yang, 2013).

O NCMS teve um impacto significativo na redução do empobrecimento causado por despesas médicas catastróficas, aumentando a utilização de serviços de saúde e melhorando os resultados de saúde dos residentes rurais (Liang et al., 2012). No entanto, persistem desafios, como a baixa taxa de reembolso, o espectro limitado de cobertura e os procedimentos de reembolso burocráticos, que afetam negativamente a satisfação dos utilizadores e a eficácia geral do sistema.

4.1.5. Oceania

Austrália: *Westgate Health Co-operative*²¹

Westgate Health Co-operative é uma cooperativa de saúde que envolve tanto profissionais de saúde como utentes na sua estrutura de membros. Esta abordagem colaborativa permite um serviço de saúde centrado nas necessidades da comunidade.

Em 2023, contava com mais de 10.000 membros, que elegem um Conselho de Administração local para supervisionar as operações e o desenvolvimento da cooperativa.

Os resultados operacionais da *Westgate Health Co-operative* refletem a sua eficácia e sustentabilidade. Em 2022, a cooperativa reportou receitas anuais de aproximadamente 5 milhões de dólares australianos (cerca de 3 milhões de euros). Estes recursos são reinvestidos na melhoria dos serviços de saúde, na atualização das instalações e na formação contínua dos profissionais.

Nova Zelândia: *ProCare New Zealand*²²

²¹ <https://www.westgatehealth.coop/>

²² <https://www.procare.co.nz/about-us/>

A *ProCare* é a maior cooperativa de profissionais de saúde da Nova Zelândia, fornecendo cuidados de saúde comunitários a mais de 850.000 pessoas nas regiões de Auckland e Northland. Fundada há mais de 25 anos, a cooperativa é detida pelos seus membros (utentes e profissionais de saúde) e apoia cerca de 170 clínicas gerais, atendendo uma comunidade diversificada que inclui as maiores populações do Pacífico, Sul-Asiáticas e Māori em Auckland.

4.2. Estudo de caso

Neste ponto, são apresentados e analisados dois exemplos emblemáticos de cooperativas médicas: a UNIMED, no Brasil, e a *Fundación Espriu*, em Espanha. Estes casos foram selecionados por representarem modelos bem-sucedidos de gestão cooperativa no setor da saúde, em contextos socioeconómicos distintos.

Ambas as cooperativas demonstram que é possível integrar qualidade nos cuidados de saúde, sustentabilidade financeira e participação democrática dos profissionais de saúde e dos utentes. No entanto, a transposição deste modelo exige uma compreensão profunda dos desafios locais, incluindo a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde e o público para as vantagens do cooperativismo. As experiências internacionais apresentadas oferecem um valioso património histórico e de práticas que podem contribuir para o desenvolvimento de cooperativas médicas em Portugal.

4.2.1. Unimed²³

A Unimed é a maior cooperativa de saúde do mundo. Fundada em 1967, em Santos, a iniciativa surgiu como uma resposta à insatisfação com o sistema de "empresas de medicina de grupo", criadas por empresários, que gerava descontentamento tanto na população como na classe médica. Os líderes sindicais médicos procuraram uma alternativa ética e responsável, mantendo as características liberais da profissão médica. Este movimento resultou na criação da primeira cooperativa de saúde, a Unimed Santos, que deu origem ao Sistema Unimed.

Desde a sua fundação, o Sistema Unimed passou por três fases de evolução (International Health Cooperative Organization, 2018): crescimento e expansão (1967-1998), maturação e reunificação (1999-2007/2008) e reorganização, fortalecimento e sustentabilidade (2009-2014).

Atualmente, a Unimed é composta por 348 cooperativas e mais de 117.000 membros, sendo a maior rede de saúde do Brasil. A UNIMED Brasil possui uma vasta rede de atendimento em todo o país, incluindo 157 hospitais, com mais de 13 mil camas. Além disso, a rede também conta com 85 unidades de urgência, 584 clínicas, 42 centros de diagnósticos e 62 laboratórios. Esta estrutura permite à UNIMED oferecer uma cobertura abrangente e serviços de alta qualidade aos seus mais de 19,7 milhões de beneficiários (Unimed, 2023).

A rede convencionada da UNIMED é igualmente extensa, abrangendo mais de 2.600 hospitais e 117 mil médicos cooperadores, o que facilita o acesso a cuidados médicos em diversas regiões do Brasil, incluindo áreas mais remotas.

²³ <https://www.unimed.coop.br/site/>

No modelo cooperativo da Unimed os médicos são simultaneamente parceiros e prestadores de serviços. A cooperativa proporciona uma remuneração justa, proporcional à produção dos médicos, promovendo a participação democrática na gestão. Este modelo permite que a Unimed mantenha a qualidade dos serviços e expanda a sua rede de atendimento, garantindo o reinvestimento dos resultados na estrutura e nos próprios cooperadores.

A gestão da Unimed é baseada nos princípios cooperativos de transparência, responsabilidade corporativa e equidade. A estrutura de governança inclui:

- Assembleia Geral: órgão supremo constituído pelos delegados do Conselho Confederativo.
- Conselho Confederativo: formado por todos os Presidentes em exercício da Confederação.
- Diretoria Executiva: composta pela Presidência, Vice-presidência e diversos Conselhos, como o de Desenvolvimento de Mercado, Intercâmbio, Gestão de Saúde, Regulação, Monitoramento e Serviços.
- Fórum Unimed: responsável por manter a integridade do sistema e a harmonia entre as empresas.
- Câmara de Arbitragem: composta por 21 juizes eleitos para resolver disputas internas.
- Órgão Normativo: composto pelos presidentes da Unimed do Brasil e das Federações.
- Conselho Fiscal: verifica as demonstrações financeiras da empresa.
- Auditoria Independente: órgão responsável por verificar a contabilidade financeira.
- Canal de Comunicação: disponível no Portal Unimed para sugestões, críticas e reclamações.

A Unimed apresentou um crescimento significativo nas suas receitas nos últimos anos, alcançando 15,5 mil milhões de dólares em 2021, traduzindo o maior resultado entre as cooperativas de saúde a nível mundial. Em termos de principais fontes de receita, as operações de saúde contribuíram com 82%, outras receitas operacionais com 15%, receita financeira com 3% (International Co-operative Alliance, 2023).

Apesar dos sucessos, a Unimed enfrenta desafios como a resolução judicial dos litígios com os beneficiários e a necessidade de melhorar a auditoria médica e o controlo dos exames solicitados. Em resposta, a Unimed tem expandido a sua rede de infraestruturas e investido em tecnologias e projectos inovadores, destacando-se o crescimento da rede de cuidados primários com médicos de família, o atendimento domiciliário e a utilização de registos médicos electrónicos (Unimed, 2023).

A Unimed tem um impacto significativo na qualidade de vida e na saúde da população brasileira. A cooperativa investe na formação profissional de médicos e na qualidade dos serviços prestados. A marca Unimed é aprovada por cerca de sete em cada dez utilizadores, destacando-se pela qualidade dos médicos associados e pela extensão da rede de laboratórios e clínicas. Apesar das dificuldades e desafios enfrentados, a Unimed é vista como um modelo de excelência na prestação de serviços de saúde. *(Unimed conquista o prêmio Marcas de Confiança pela 21ª vez consecutiva, 2022)*

A Unimed mantém um diálogo constante com instituições nacionais e internacionais que promovem o cooperativismo (Girard, 2014a). Atua como representante nacional do ramo saúde da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB) e participa com organizações como a Federação Brasileira de Bancos (Febraban), o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) e a Coalizão Saúde (ICOS). Internacionalmente, a Unimed é membro da Aliança Cooperativa Internacional (ICA) e da Organização Internacional de Cooperativas de Saúde (IHCO).

4.2.2. Fundação Espriu²⁴

A Fundação Espriu é uma entidade destacada no setor de cooperativas médicas a nível mundial, desempenhando um papel essencial na prestação de serviços de saúde em Espanha. Fundada com base na visão do Dr. Josep Espriu na década de 1950, a instituição surgiu da necessidade de um modelo de saúde que oferecesse serviços de alta qualidade, livre das limitações da burocracia estatal e da procura por lucros das empresas privadas (International Health Cooperative Organization, 2018). Em 1957, a primeira cooperativa médica foi estabelecida em Barcelona, com a ideia central de criar uma estrutura onde os médicos fossem proprietários e gestores dos serviços de saúde, promovendo uma autogestão baseada nos princípios cooperativos.

A cooperativa inicial expandiu-se significativamente e, na década de 1980, foram estabelecidas as bases para a criação da Fundação Espriu, formalmente operacional desde 1989. A missão da fundação é melhorar as condições de vida dos cidadãos através de um modelo de saúde cooperativo que prioriza as necessidades dos pacientes e o bem-estar dos profissionais de saúde *(quiénes somos, 2018)*.

O funcionamento da Fundação Espriu baseia-se nos princípios cooperativos de autogestão, autonomia e participação democrática. A ausência de fins lucrativos permite que todos os recursos financeiros sejam reinvestidos na melhoria das condições de trabalho e

²⁴ <https://www.fundacionespriu.coop/>

nas instalações de saúde, oferecendo uma alternativa clara entre os sistemas público e privado (Girard, 2014a). Os médicos cooperadores, enquanto proprietários das cooperativas, contribuem financeiramente e têm o direito de participar nas decisões, assegurando que suas necessidades e as dos pacientes sejam prioritárias.

A governança da Fundação Espriu segue uma estrutura democrática, onde cada cooperador possui um voto. As decisões importantes são tomadas em assembleias gerais anuais e conselhos consultivos que garantem transparência e inclusão (Leviten-Reid, 2009). Cada cooperativa tem um Conselho *Rector*, eleito pelos cooperadores, que nomeia o presidente responsável pela gestão do grupo cooperativo, incluindo as várias entidades sob a sua alçada. Por exemplo, o grupo hospitalar HLA é composto por 20 hospitais e 40 centros médicos espalhados pela Espanha, todos geridos sob os princípios cooperativos.

Os resultados operacionais da Fundação Espriu em 2021 ascenderam a 2,2 mil milhões de euros (International Co-operative Alliance, 2023). O número de associados cresceu para cerca de 200.000, e o número de médicos cooperadores alcançou 10.000, servindo uma população de cerca de 2 milhões de utentes.

A Fundação Espriu é constituída por quatro entidades principais — *Lavinia*, *ASISA*, *SCIAS* e *Autogestió Sanitària* — cada uma desempenha um papel específico dentro do modelo cooperativo, contribuindo para a oferta integrada e eficiente de serviços de saúde.

Lavinia, a cooperativa mãe, detém a *ASISA*, a maior seguradora de saúde do grupo. *ASISA* vende apólices no mercado e proporciona cobertura tanto para cooperadores quanto para utentes privados. *SCIAS* é responsável pela gestão do Hospital de Barcelona, conhecido pelo modelo de multi-stakeholder, onde médicos e utentes participam na governança. *Autogestió Sanitària* administra serviços de saúde, proporcionando suporte operacional e administrativo (International Health Cooperative Organization, 2018).

O Conselho da Fundação Espriu é composto por 14 membros, incluindo um presidente honorário, um presidente, dois vice-presidentes, um secretário e três administradores de cada uma das quatro entidades que formam a fundação (*Autogestió Sanitària*, *Lavinia*, *ASISA* e *SCIAS*). Além destes, há um administrador eletivo, que não representa diretamente nenhuma das entidades. Os membros do conselho são geralmente também membros dos órgãos de gestão das suas respetivas entidades, o que facilita a integração das decisões estratégicas.

O modelo de governança da Fundação Espriu é desenhado para promover a cooperação e participação ativa de todas as entidades envolvidas. A estrutura do conselho, a integração dos órgãos de gestão das entidades constituintes e a promoção de um ambiente participativo são elementos-chave que asseguram a eficácia e sustentabilidade do cooperativismo de saúde integral promovido pela fundação.

4.3. Entrevistas

Embora a literatura existente e os exemplos internacionais sobre cooperativas médicas ofereçam um quadro inicial importante para a compreensão deste modelo de gestão, estes recursos revelam-se insuficientes para captar a sua complexidade e especificidade. Através de entrevistas a especialistas na área da saúde e do cooperativismo, procurou-se explorar as perceções sobre o modelo cooperativo no setor da saúde, identificando as suas vantagens, limitações, ameaças e oportunidades de implementação. A escolha dos entrevistados, que inclui académicos, profissionais de saúde e administradores de cooperativas, permite uma análise multifacetada, fornecendo uma visão abrangente sobre as possibilidades e limitações deste modelo no contexto português. As respostas foram organizadas numa análise SWOT (Tabela 4.1), complementando a pesquisa teórica e os estudos de caso apresentados anteriormente.

Os entrevistados estão abaixo apresentados por ordem alfabética:

Adalberto Campos Fernandes (AF) - 65 anos, médico especialista em Saúde Pública, é uma figura destacada na área da saúde em Portugal. Exerceu o cargo de Ministro da Saúde entre 2015 e 2018, onde implementou várias reformas importantes no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Além disso, é professor na Escola Nacional de Saúde Pública e tem uma vasta experiência em gestão hospitalar e saúde pública.

Carlos Cortes (CC) - 52 anos, é o Bastonário da Ordem dos Médicos e médico especialista em Patologia Clínica. Como Bastonário, tem trabalhado para defender os interesses dos médicos e promover a melhoria dos serviços de saúde.

Carlos Zarco (CZ) - 67 anos, médico e diretor-geral da Fundação Espriu. Além de liderar a fundação, que é uma das maiores redes de cooperativas de saúde no mundo, ele também desempenha funções internacionais como presidente da Organização Internacional das Cooperativas de Saúde (IHCO). É reconhecido internacionalmente pelo seu trabalho na promoção do modelo cooperativo de saúde, enfatizando a gestão democrática e a participação dos profissionais de saúde.

Fábio Leite Gastal (FG) - 55 anos, médico, é uma figura proeminente no campo das cooperativas médicas no Brasil. Atualmente, exerce o cargo de Diretor Académico da Faculdade UNIMED e Superintendente de Informação, Inovação e Novos Negócios na Seguros UNIMED e é também professor na Faculdade UNIMED, onde desempenha um papel vital na formação e capacitação de profissionais de saúde dentro do modelo cooperativo.

Nina Aguiar (NA) - Professora Adjunta de Direito desde 2000. Licenciada em Direito pela Faculdade de Direito de Lisboa. *Doctor Europeus* pela Universidade de Salamanca em

2006, com especialização em Direito Financeiro, Direitos e Garantias dos Contribuintes, com publicações na área da tributação de cooperativas.

Rui Namorado (RN) - 81 anos, professor catedrático jubilado da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e especialista em Direito do Trabalho e Sociologia do Direito. Foi deputado à Assembleia da República, destacando-se pela defesa dos direitos sociais e laborais. É uma figura influente na academia e na política, com várias obras publicadas sobre Economia Social e sobre o modelo Cooperativo.

Tabela 4.1: Análise SWOT Cooperativa Médica

| Vantagens | Limitações |
|--|---|
| Gestão democrática Participação ativa dos cooperadores Foco no utente e na qualidade do ato médico Remuneração justa Benefícios fiscais Sustentabilidade Resposta às necessidades locais | Desafios de governança Predominância de interesses Conflitualidade Recursos e infraestruturas Resistência cultural Desafios legais |
| Ameaças | Oportunidades |
| Formação de lideranças Concorrência de mercado Atração e retenção de membros Integração no sistema de saúde existente Incorporação por terceiros Expansão e escala | Expansão para áreas carenciadas Tecnologias inovadoras Parcerias Especialização em nichos de mercado Seguros cooperativos |

4.3.1. Vantagens

A gestão democrática é um dos elementos centrais e mais valorizados no modelo cooperativo. Ao contrário das estruturas corporativas convencionais, onde as decisões são tomadas de forma centralizada, as cooperativas permitem que os membros participem ativamente na definição dos rumos da organização, através do voto na assembleia geral. Esta prática não só promove a equidade, como também assegura que as decisões reflitam os interesses e necessidades reais dos profissionais de saúde e dos utentes.

CZ, ao discutir a experiência das cooperativas de saúde em Espanha, ilustra a importância deste princípio ao salientar que as decisões na sua cooperativa são tomadas com um forte sentido de responsabilidade coletiva, onde o objetivo não é a maximização do lucro, mas sim a melhoria contínua dos serviços prestados. A gestão democrática permite

que as cooperativas sejam mais diligentes às mudanças no ambiente de saúde, mantendo um foco claro na missão de servir a comunidade e garantir a qualidade dos cuidados prestados.

AF, também reconhece o valor da gestão democrática nas cooperativas. Ele argumenta que essa abordagem promove um maior alinhamento entre a gestão e a prática clínica, assegurando que as políticas de saúde implementadas estejam em consonância com as realidades do terreno. Esta conexão direta entre os profissionais de saúde e a gestão permite uma adaptação mais rápida às necessidades emergentes, algo que é particularmente crucial no contexto da saúde.

A participação ativa dos cooperadores é uma das maiores forças das cooperativas médicas. Ao contrário dos modelos tradicionais, onde os médicos muitas vezes são relegados a uma posição de execução sem influência sobre as decisões estratégicas, nas cooperativas, eles desempenham um papel central na formulação das políticas e na definição dos objetivos da organização.

FG destaca que o envolvimento direto dos médicos na gestão é fundamental para o sucesso da cooperativa. Ele menciona que, no Brasil, o modelo cooperativo permite que os médicos não só participem nas decisões que afetam a prática clínica, mas também na gestão financeira e administrativa da organização. Este envolvimento profundo cria um sentimento de pertença e responsabilidade entre os cooperadores, o que resulta em maior compromisso organizacional.

CZ também reforça este ponto ao explicar que nas cooperativas espanholas, os médicos sentem que o seu trabalho tem um impacto direto na direção que a organização toma, o que contrasta fortemente com a sua experiência em ambientes de saúde corporativos, onde muitas vezes o foco está mais nos resultados financeiros do que na qualidade dos cuidados. Esta participação ativa dos médicos não só fortalece a gestão democrática, como também assegura que as políticas implementadas sejam realistas e aplicáveis em contexto clínico.

O foco no utente e na qualidade do ato médico é uma vantagem intrínseca do modelo cooperativo, que o diferencia dos modelos de gestão orientados para o lucro.

CZ, na sua experiência com a Fundação Espriu, sublinha que o modelo cooperativo permite um reinvestimento contínuo do excedente na melhoria das condições de trabalho e nas infraestruturas de saúde. Este reinvestimento é feito com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e assegurar que os utentes recebam o melhor atendimento possível. Ao priorizar o bem-estar dos pacientes sobre os lucros, as cooperativas conseguem manter altos padrões de cuidado, mesmo em situações onde outras organizações poderiam comprometer a qualidade para aumentar a rentabilidade.

A remuneração justa é outro ponto de destaque nas cooperativas médicas. No modelo cooperativo, os excedentes são reinvestidos na própria cooperativa ou distribuídos entre os membros, em vez de serem maximizados para benefício de investidores externos. Num ambiente onde os profissionais de saúde frequentemente auferem remunerações que não refletem a complexidade e a responsabilidade do seu trabalho, as cooperativas oferecem um modelo onde os próprios médicos têm uma voz ativa na definição das suas condições salariais.

CZ, ao discutir a estrutura de remuneração nas cooperativas espanholas, destaca que a justiça salarial é um dos principais atrativos para os médicos que escolhem trabalhar em cooperativas. Ao participar na gestão da cooperativa, os médicos asseguram que a remuneração seja justa e proporcional ao seu esforço, evitando as distorções salariais comuns nos sistemas onde a gestão está distanciada da prática clínica.

NA também enfatiza que a remuneração justa nas cooperativas não só melhora a satisfação dos cooperadores, mas também contribui para uma distribuição mais equitativa dos recursos dentro da organização. Este equilíbrio financeiro permite que a cooperativa mantenha a sua sustentabilidade a longo prazo, ao mesmo tempo que oferece condições de trabalho que atraem e retêm talento qualificado.

As vantagens fiscais e tributárias são um incentivo importante para a criação e manutenção de cooperativas médicas. De acordo com NA, o regime fiscal aplicado às cooperativas em Portugal oferece benefícios que as diferenciam das empresas privadas tradicionais, incluindo isenções e reduções em determinados impostos, como o Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas (IRC). Estas condições fiscais favoráveis permitem que as cooperativas reinvestam mais recursos na melhoria dos serviços e infraestruturas, promovendo a sua sustentabilidade e competitividade. Além disso, o modelo cooperativo beneficia de incentivos para projetos de interesse social, que facilitam o acesso a apoios financeiros e linhas de crédito preferenciais. Esta abordagem fiscal contribui para que as cooperativas possam continuar a cumprir a sua missão de prestar cuidados de saúde de alta qualidade, alinhados com os princípios de solidariedade e responsabilidade social.

A sustentabilidade e resiliência das cooperativas médicas são fatores que lhes conferem uma vantagem significativa sobre outras formas de organização no setor da saúde. Ao não serem orientadas por lucros imediatos, as cooperativas têm a liberdade de reinvestir os seus recursos de forma estratégica, assegurando que possam enfrentar crises e adaptar-se a mudanças no mercado.

CZ menciona que a Fundação Espriu conseguiu, ao longo das décadas, construir um modelo sustentável que não só resistiu a crises económicas, como também se expandiu de forma constante. A resiliência da cooperativa é resultado de uma gestão cuidadosa que

equilibra a necessidade de investir em novas tecnologias e infraestruturas com a necessidade de manter uma base financeira sólida.

FG, refletindo sobre a experiência da UNIMED, observa que a sustentabilidade das cooperativas no Brasil se deve em grande parte à sua capacidade de se adaptar às necessidades locais e de responder rapidamente às mudanças nas políticas de saúde. Esta flexibilidade é essencial para garantir a continuidade dos serviços, especialmente em áreas onde os sistemas de saúde públicos ou privados podem ser instáveis ou insuficientes.

Finalmente, a capacidade das cooperativas médicas de responder às necessidades locais é uma das suas características mais valiosas. Ao serem formadas por profissionais que estão profundamente inseridos nas comunidades que servem, as cooperativas conseguem adaptar os seus serviços de forma a atender diretamente às especificidades de cada população.

CZ destaca que a estrutura descentralizada das cooperativas permite que elas se ajustem rapidamente às necessidades locais, algo que é frequentemente impossível para grandes corporações de saúde que operam com uma abordagem mais uniformizada. Esta capacidade de adaptação local não só melhora a qualidade dos serviços prestados, como também fortalece a relação de confiança entre os utentes e os prestadores de cuidados.

4.3.2. Limitações

Um dos principais desafios enfrentados pelas cooperativas médicas é a complexidade da governança. A gestão democrática, embora seja uma vantagem, pode também tornar-se uma limitação quando não é bem estruturada. Numa cooperativa, todos os membros têm o direito de participar nas decisões, o que pode levar a processos morosos e, em alguns casos, a impasses. A falta de um sistema de governança claro e eficiente pode resultar em conflitos internos, desmotivação e dificuldades na implementação de mudanças estratégicas.

CZ reconhece que a governança numa cooperativa médica pode ser desafiadora, especialmente em grandes organizações onde a diversidade de opiniões e interesses pode complicar a tomada de decisões. Ele menciona que a necessidade de conciliar diferentes perspetivas pode atrasar o processo de decisão e tornar mais difícil a implementação atempada de estratégias coerentes e eficazes. Esta dificuldade em alcançar consensos rápidos e eficientes pode prejudicar a capacidade da cooperativa responder de forma ágil às mudanças no ambiente de saúde.

AF também sublinha que a ausência de uma liderança clara pode levar a uma governança fragmentada, onde as decisões são tomadas de forma dispersa e sem uma

visão estratégica unificada. A falta de uma liderança forte pode comprometer a capacidade da cooperativa de se manter competitiva, especialmente num setor tão dinâmico como o da saúde.

Outro desafio significativo é a predominância de interesses individuais ou de pequenos grupos dentro da cooperativa. Embora o modelo cooperativo seja baseado na igualdade entre os membros, na prática, pode haver uma tendência para que certos grupos ou indivíduos tentem impor as suas agendas pessoais sobre os interesses coletivos. Esta predominância de interesses pode levar à tomada de decisões que beneficiam alguns membros em detrimento de outros, o que pode gerar descontentamento e enfraquecer a coesão interna da cooperativa.

FG ressalta que, nalgumas cooperativas no Brasil, especialmente naquelas que começam com um pequeno grupo de médicos, pode haver um risco de que figuras dominantes concentrem o poder, contrariando o princípio democrático do cooperativismo. Isso pode levar a decisões que não refletem o interesse de todos os cooperadores. Este desequilíbrio pode criar um ambiente de competição interna, onde o foco se desloca do objetivo comum para a promoção de interesses particulares, comprometendo a eficácia e a sustentabilidade da cooperativa.

A conflitualidade é um risco inerente ao modelo cooperativo, especialmente quando não existem mecanismos eficazes de mediação e resolução de conflitos. Numa cooperativa, onde todos os membros têm voz, pode haver uma maior propensão a conflitos internos, especialmente quando surgem divergências sobre a direção estratégica da organização ou sobre a distribuição de recursos.

CZ acrescenta que, em grandes cooperativas, como as da Fundação Espriu, a gestão da conflitualidade é particularmente desafiadora devido à diversidade de interesses e opiniões. Ele observa que a falta de um processo claro e justo para a resolução de conflitos pode levar ao descontentamento e à saída de membros, enfraquecendo a cooperativa e comprometendo a sua sustentabilidade a longo prazo.

As limitações relacionadas com os recursos e infraestruturas constituem outra desvantagem significativa das cooperativas médicas. Ao contrário de grandes corporações de saúde, que possuem acesso a vastos recursos financeiros e tecnológicos, as cooperativas muitas vezes operam com orçamentos mais restritos. Esta limitação pode dificultar a capacidade da cooperativa de investir em tecnologias de ponta, atrair profissionais altamente qualificados e expandir as suas operações.

FG, da UNIMED, complementa essa visão ao referir-se à dificuldade que algumas cooperativas enfrentam para financiar a expansão das suas infraestruturas. Ele observa que, no Brasil, mesmo a UNIMED, apesar de ser a maior cooperativa de saúde do mundo,

enfrenta desafios quando se trata de investir em novos hospitais ou centros de saúde, devido às limitações financeiras inerentes ao modelo cooperativo. Esta restrição pode limitar a capacidade da cooperativa de crescer e se adaptar às novas exigências do mercado.

A resistência cultural é um dos maiores obstáculos à adoção do modelo cooperativo em certos contextos. Em países ou regiões onde não há uma forte tradição de cooperativismo, pode haver uma relutância tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos utentes em aceitar e participar numa cooperativa. Esta resistência pode ser alimentada por uma desconfiança em relação à gestão democrática ou por uma preferência por modelos de gestão mais hierárquicos e centralizados.

CC menciona que, em Portugal, por exemplo, a cultura dominante entre os médicos tende a favorecer modelos de gestão tradicionais, onde há uma clara separação entre a gestão e a prática clínica. Ele observa que muitos médicos estão habituados a trabalhar em sistemas onde as decisões são tomadas por gestores, e podem ser resistentes à ideia de participar ativamente na gestão de uma cooperativa. Esta resistência cultural pode ser um grande impedimento à criação e ao sucesso de novas cooperativas médicas no país.

Os desafios legais representam outra limitação significativa para as cooperativas médicas. Em muitos países, a legislação que rege as cooperativas pode ser complexa, ambígua ou inadequada para as necessidades específicas do setor da saúde. Estas barreiras legais podem tornar difícil a criação e operação de cooperativas, especialmente em contextos onde a legislação favorece modelos de gestão mais tradicionais.

RN destaca que a legislação cooperativa em muitos países, incluindo Portugal, frequentemente não está adaptada para lidar com as especificidades do setor da saúde. Ele argumenta que a falta de clareza jurídica e a complexidade dos requisitos legais podem desencorajar os profissionais de saúde de se unirem para formar cooperativas, além de criar obstáculos significativos à sua operação eficiente. Estes desafios legais podem incluir desde a obtenção de licenças e autorizações até questões relacionadas com a tributação e o cumprimento de regulamentações de saúde.

4.3.3. Ameaças

Uma das principais ameaças ao sucesso das cooperativas médicas reside na capacitação e formação das suas lideranças. A liderança numa cooperativa exige um conjunto de competências que vão além da gestão tradicional, incluindo a capacidade de mediar interesses diversos e de promover a participação democrática. CZ sublinha que, em muitas cooperativas, há uma lacuna na formação dos líderes, que podem não estar suficientemente

preparados para enfrentar os desafios específicos do modelo cooperativo, como a necessidade de equilibrar as vozes dos cooperadores com a eficiência operacional.

AF complementa esta visão ao destacar que a falta de líderes capacitados pode levar a uma governança fraca, onde as decisões são tomadas de forma inconsistente ou não conseguem alinhar-se com a visão estratégica da cooperativa. A formação contínua e o desenvolvimento de líderes que compreendam profundamente os valores cooperativos e as dinâmicas do setor de saúde são, portanto, cruciais para mitigar esta ameaça.

A concorrência de mercado representa outra ameaça significativa para as cooperativas médicas, especialmente quando competem com grandes grupos privados que possuem vastos recursos financeiros e tecnológicos. CZ menciona que, embora as cooperativas possam oferecer serviços de alta qualidade, muitas vezes enfrentam dificuldades para competir em termos de preços e inovação tecnológica. Estas limitações podem fazer com que as cooperativas percam participação de mercado para entidades privadas que operam com margens de lucro mais agressivas e que podem investir mais em marketing e infraestruturas.

Além disso, NA aponta que, em mercados altamente competitivos, as cooperativas podem ser vistas como menos atrativas para novos profissionais de saúde, que podem preferir a segurança financeira e as oportunidades de progressão em grandes empresas privadas. Este ambiente competitivo exige que as cooperativas inovem constantemente e encontrem formas de se diferenciar, mantendo-se fiéis aos seus princípios e valores.

A atração e retenção de membros é uma ameaça que pode comprometer a sustentabilidade das cooperativas médicas a longo prazo. FG destaca que a capacidade de uma cooperativa de atrair novos membros e reter os existentes é essencial para a sua continuidade e crescimento. No entanto, também reconhece que as cooperativas enfrentam desafios significativos nesta área, particularmente quando os novos profissionais de saúde são atraídos por condições de trabalho aparentemente mais vantajosas noutras entidades privadas.

A integração das cooperativas no sistema de saúde existente é outra ameaça relevante. Em muitos países, o sistema de saúde é fortemente regulado e dominado por instituições públicas e privadas tradicionais, o que pode dificultar a entrada e a aceitação de modelos cooperativos. AF refere que, em Portugal, o sistema de saúde é amplamente centralizado e pode não estar preparado para integrar plenamente as cooperativas, que operam com uma lógica diferente das instituições convencionais.

Além disso, CC aponta que as cooperativas podem enfrentar dificuldades em estabelecer parcerias com outras entidades do setor de saúde, nomeadamente operadoras de seguros e subsistemas, o que é crucial para a sua integração no sistema existente. Esta

falta de integração pode limitar o acesso das cooperativas a recursos importantes, como financiamento público ou contratos com sistemas de seguros de saúde, dificultando a sua capacidade de competir e crescer.

A ameaça de incorporação por terceiros é uma preocupação real para muitas cooperativas, especialmente à medida que se tornam mais bem-sucedidas e atraentes para investidores externos. Apesar do modelo cooperativo ser tradicionalmente mais resiliente e resistente à aquisição por terceiros, CZ alerta que, se não forem cuidadosas, as cooperativas podem ser alvo de aquisições por parte de grandes grupos privados, que podem ver na incorporação uma forma de eliminar concorrência ou de absorver a base de clientes e recursos da cooperativa.

Este risco é exacerbado pela pressão financeira que muitas cooperativas enfrentam, especialmente em tempos de crise económica. Quando os recursos são escassos, as ofertas de incorporação podem parecer uma solução rápida para problemas financeiros, mas podem comprometer os princípios fundamentais do cooperativismo e levar à perda de autonomia da organização.

A expansão e escala representam uma ameaça significativa para as cooperativas médicas. À medida que as cooperativas crescem, enfrentam o desafio de manter a sua identidade e os seus princípios fundamentais enquanto se adaptam a novas realidades e expandem as suas operações.

FG observa que, na UNIMED, a expansão rápida trouxe consigo a necessidade de profissionalizar a gestão e de implementar estruturas mais formais, o que por vezes pode entrar em conflito com a gestão democrática e a participação ativa dos membros. Além disso, CZ menciona que o crescimento excessivo pode diluir os valores cooperativos e criar uma desvinculação entre os membros e a gestão.

4.3.4. Oportunidades

Uma das maiores oportunidades para as cooperativas médicas reside na expansão dos seus serviços para áreas carenciadas, onde o acesso a cuidados de saúde de qualidade é limitado. CZ destaca que, em regiões onde o setor público enfrenta dificuldades para prover serviços adequados e as entidades privadas não têm interesse, as cooperativas podem preencher esta lacuna, oferecendo cuidados de saúde essenciais e criando um impacto positivo nas comunidades. CC sublinha que a expansão para áreas carenciadas não só responde a uma necessidade social, mas também fortalece a reputação das cooperativas como entidades comprometidas com o bem-estar comunitário. Além disso, ao estabelecer

uma presença em áreas subatendidas, as cooperativas podem construir uma base de utentes leal e aumentar a sua influência no setor de saúde.

A adoção de tecnologias inovadoras representa outra oportunidade significativa para as cooperativas médicas. A integração de tecnologias de informação e comunicação na prestação de cuidados de saúde, pode permitir às cooperativas expandir o alcance dos seus serviços e melhorar a eficiência operacional. AF reforça a importância das cooperativas acompanharem as inovações tecnológicas para manterem a competitividade. Ele aponta que, ao investir em tecnologias avançadas, as cooperativas podem oferecer serviços diferenciados e atrair tanto utentes quanto profissionais de saúde que valorizam a inovação. Este foco em tecnologia pode transformar as cooperativas em líderes de mercado, especialmente em nichos específicos onde a tecnologia desempenha um papel central.

A formação de parcerias estratégicas com o setor público é uma oportunidade crucial para as cooperativas médicas. NA destaca que, em muitos países, o sistema de saúde público enfrenta desafios de capacidade e financiamento, abrindo espaço para que as cooperativas colaborem na prestação de serviços. Estas parcerias podem incluir contratos para gerir hospitais públicos, fornecer serviços especializados ou implementar programas de saúde preventiva. AF observa ainda que, ao trabalhar em conjunto com o setor público, as cooperativas podem beneficiar de recursos adicionais, como financiamento público e acesso a infraestruturas, ao mesmo tempo que contribuem para a melhoria dos cuidados de saúde em geral. Esta colaboração pode ser particularmente eficaz em situações de crise, onde a flexibilidade e a agilidade das cooperativas permitem uma resposta rápida às necessidades emergentes.

A especialização em nichos de mercado é outra oportunidade importante para as cooperativas médicas. Ao focarem-se em áreas específicas da medicina, como cuidados geriátricos, saúde mental ou tratamentos de doenças crónicas, as cooperativas podem diferenciar-se de outras entidades e atrair uma base de utentes que procura cuidados altamente especializados. CZ refere que, em Espanha, algumas cooperativas têm tido sucesso ao concentrarem-se em nichos de mercado, oferecendo serviços que são frequentemente negligenciados por grandes corporações de saúde. CC complementa esta ideia ao afirmar que a especialização pode permitir que as cooperativas se tornem referências em áreas específicas, aumentando a sua reputação e capacidade de atrair especialistas altamente qualificados. Esta estratégia de nicho pode ser particularmente eficaz em mercados saturados, onde a competição em serviços gerais é intensa, mas onde há lacunas significativas em áreas especializadas.

O desenvolvimento de seguros cooperativos representa uma oportunidade estratégica para as cooperativas médicas. Estes seguros, geridos pelas próprias cooperativas, podem

proporcionar uma cobertura de saúde acessível e adaptada às necessidades dos seus membros, ao mesmo tempo que reforçam a sustentabilidade financeira da cooperativa. A UNIMED e a ASISA têm um modelo de seguros cooperativos que não só assegura a prestação de cuidados de saúde de qualidade aos seus membros, mas também gera receitas que são reinvestidas na estrutura. NA salienta que os seguros cooperativos permitem que as cooperativas mantenham o controlo sobre a totalidade da cadeia de valor dos cuidados de saúde, desde a prestação dos serviços até ao financiamento, o que pode resultar numa maior eficiência e numa melhor alocação de recursos.

4.3.5. Implementação

O primeiro passo na implementação de uma cooperativa médica é assegurar que todos os envolvidos compreendem plenamente o modelo cooperativo e os seus princípios. A literacia e a educação inicial são cruciais para garantir que os futuros membros da cooperativa estejam cientes das suas responsabilidades, direitos e do funcionamento geral da organização. CZ sublinha que a falta de compreensão sobre o que significa participar numa cooperativa pode levar a mal-entendidos e frustrações mais tarde, comprometendo a coesão interna e a eficácia da gestão. AF reforça a importância de programas de formação e workshops que eduquem os futuros membros sobre a governança cooperativa, o processo de tomada de decisão democrática e as particularidades da gestão financeira num ambiente cooperativo. Esta educação inicial ajuda a criar uma base sólida de conhecimento e expectativas alinhadas, essencial para o sucesso da cooperativa.

Em muitos casos, pode ser vantajoso constituir uma associação que sirva como plataforma para a criação e apoio às cooperativas médicas. FG destaca o papel relevante das associações ao fornecerem uma base organizacional e institucional para a formação das cooperativas no Brasil. Elas atuaram como catalisadoras, reunindo os médicos em torno de uma visão comum e facilitando a criação de estruturas cooperativas que permitiram aos profissionais de saúde unirem-se para oferecer serviços médicos de qualidade de forma cooperativa. RN sugere que a constituição de uma associação médica pode fornecer orientação, recursos e representação legal, facilitando a criação de novas cooperativas e ajudando a enfrentar desafios comuns.

A elaboração de estatutos sólidos é uma etapa crítica na criação de uma cooperativa, pois estes documentos definem as regras de funcionamento, a estrutura de governança e os direitos e deveres dos membros. NA sublinha que estatutos bem elaborados podem prevenir litígios legais e mitigar dificuldades de governança, ao estabelecer de forma clara os processos de tomada de decisão, a distribuição de excedentes e os mecanismos de resolução de conflitos. AF destaca que os estatutos devem ser suficientemente flexíveis

para permitir a adaptação a mudanças no ambiente de saúde, mas também rígidos o suficiente para proteger os princípios cooperativos e assegurar que a cooperativa se mantém fiel à sua missão. A inclusão de cláusulas que tratem da resolução de conflitos, da sucessão na liderança e das condições para a entrada e saída de membros é essencial para prevenir disputas e garantir a estabilidade a longo prazo.

A captação de recursos e a estruturação financeira são desafios centrais na implementação de uma cooperativa médica. RN refere que, ao contrário das empresas tradicionais, as cooperativas muitas vezes enfrentam dificuldades na obtenção de financiamento inicial, devido à falta de capital de risco. Para superar esta barreira, é crucial explorar diversas fontes de financiamento, incluindo subsídios públicos, doações, investimentos de impacto e contribuições dos próprios membros. NA sugere que uma estrutura financeira sólida deve incluir não apenas a captação de recursos, mas também um plano de gestão financeira que assegure a sustentabilidade da cooperativa a longo prazo. Este plano deve considerar o investimento dos excedentes na melhoria dos serviços e infraestruturas, a manutenção de reservas financeiras para enfrentar crises e a definição de políticas claras de remuneração e distribuição de excedentes entre os membros.

O recrutamento de membros é outro aspeto crucial na implementação de uma cooperativa médica. O sucesso da cooperativa depende da capacidade de atrair profissionais de saúde que partilhem dos valores cooperativos e que estejam dispostos a participar ativamente na gestão e operação da organização. CZ enfatiza que o recrutamento deve ser estratégico, procurando profissionais com diversas competências que possam contribuir para o desenvolvimento da cooperativa em várias áreas, desde a gestão clínica até à administração financeira.

Finalmente, o desenvolvimento de parcerias estratégicas é fundamental para a implementação de uma cooperativa médica. Estas parcerias podem incluir colaborações com o setor público, com outras cooperativas, ou com organizações não-governamentais que partilhem dos mesmos objetivos. RN sugere que parcerias com o setor público podem proporcionar acesso a recursos adicionais, como infraestruturas e financiamento, ao mesmo tempo que permitem às cooperativas contribuir para a melhoria dos sistemas de saúde. AF também destaca a importância de parcerias que permitam às cooperativas alavancar tecnologias inovadoras e aceder a mercados novos ou subatendidos. Estas parcerias estratégicas podem proporcionar as sinergias necessárias para que as cooperativas expandam os seus serviços e aumentem a sua capacidade de impactar positivamente no setor da saúde.

Conclusão

A presente dissertação explorou a viabilidade e a adequabilidade da implementação de cooperativas médicas como modelo de gestão de serviços de saúde em Portugal. Através de uma análise abrangente que incluiu exemplos internacionais, entrevistas com especialistas e uma matriz SWOT, foram identificadas várias vantagens e desafios associados a este modelo.

O modelo cooperativo destaca-se pela promoção de uma gestão democrática e participativa, focada no reinvestimento e na distribuição dos rendimentos. Este modelo contrasta com os tradicionais, orientados para o lucro, proporcionando um ambiente de trabalho mais justo e colaborativo para os profissionais de saúde. Um dos aspetos mais significativos é a possibilidade de melhorar substancialmente as condições de trabalho dos médicos, assegurando-lhes não apenas uma remuneração adequada, mas também uma participação ativa nas decisões estratégicas da cooperativa. Este envolvimento transforma os profissionais de saúde em elementos fundamentais da gestão, garantindo que as suas perspetivas e necessidades sejam consideradas nas decisões que impactam diretamente no seu trabalho e no bem-estar dos pacientes.

As cooperativas médicas têm demonstrado sucesso e eficácia em diversas regiões do globo, adaptando-se às necessidades específicas das populações que servem. Na Europa, a Fundação Espriu, em Espanha, destaca-se pela sua vasta rede de serviços e pela gestão participativa. No Brasil, o exemplo da UNIMED ilustra como uma cooperativa pode integrar seguros de saúde, clínicas médicas e hospitais para oferecer cuidados abrangentes e de elevada qualidade. De igual modo, na Ásia, África e América, outras cooperativas médicas têm contribuído para a universalização do acesso aos cuidados de saúde, sublinhando a relevância da economia social e solidária. Estes exemplos reforçam a importância das cooperativas na democratização do acesso à saúde, na valorização dos profissionais e na promoção de modelos de gestão participativa e transparente.

Reconhecem-se algumas limitações na abordagem metodológica. A natureza qualitativa e exploratória do estudo impede a generalização dos resultados para uma escala mais ampla. Além disso, o número limitado de entrevistados pode não captar todas as perspetivas possíveis, embora a escolha criteriosa dos especialistas tenha procurado mitigar essa limitação. A análise dos estudos de caso baseou-se em dados secundários, o que pode introduzir algum viés ou desatualização, e a ausência de exemplos locais de cooperativas médicas em Portugal torna mais difícil a aplicação direta dos resultados, sendo necessária uma adaptação cuidadosa ao contexto nacional. A introdução de um novo modelo de gestão pode enfrentar resistência tanto dos profissionais de saúde como dos gestores e decisores

políticos. A mudança de paradigma requer um esforço significativo de sensibilização e literacia.

Para concretizar o projeto, seria importante realizar estudos de mercado de nicho, avaliar o impacto económico e determinar as necessidades de capital inicial. Além disso, a exploração de políticas públicas e de incentivos que facilitassem a criação e a sustentabilidade das cooperativas médicas afigura-se fundamental para o seu desenvolvimento.

A dissertação demonstra que as cooperativas médicas representam uma alternativa promissora e inovadora para o modelo de gestão de serviços de saúde em Portugal. Embora existam limitações e desafios, as perceções fornecidas e as sugestões para trabalhos futuros estabelecem uma base para a exploração e implementação deste modelo no sistema de saúde português.

Referências Bibliográficas

Legislação:

- Decreto-Lei nº 215/89, de 1 de julho. (1989). Estatuto dos Benefícios Fiscais . Diário da República, I Série, nº 149.
- Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto. (2022). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, I Série, nº 150.
- Lei nº 48/90, de 24 de agosto. (1990). Lei de Bases da Saúde (revogada). Diário da República, I Série, nº 195.
- Lei nº 56/79, de 15 de setembro. (1979). Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, I Série, nº 214.
- Lei nº 119/2015, de 31 de agosto. (2015). Código Cooperativo CC. Diário da República, I Série, nº 169.
- Lei nº 82/2023, de 29 de dezembro. (2023). Atualização do Estatuto dos Benefícios Fiscais . Diário da República, I Série, nº 250.

Referências Bibliográficas:

- Aguiar, N. (2011). A tributação do rendimento das cooperativas em Portugal the taxation of cooperatives income in Portugal. *Cooperativismo e Economía Social*, 36, 55–80. <https://revistas.uvigo.es/index.php/CES/article/view/1207/1189>
- Alves, E. (2024, maio 29). *Plano de emergência na saúde* (Ministério da Saúde, Ed.). Ministério da Saúde.
- ASF. (2024). *Contratos de seguros de doença* [Dataset]. Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. <https://www.asf.com.pt/estat%C3%ADsticas/seguros/estat%C3%ADsticas-trimestrais/prod%C3%A7%C3%A3o>
- Bai, G., & Krishnan, R. (2015). Do Hospitals Without Physicians on the Board Deliver Lower Quality of Care? *American Journal of Medical Quality*, 30(1), 58–65. <https://doi.org/10.1177/1062860613516668>
- Barros, P. P., & Costa, E. (2022a). *Acesso a cuidados de saúde, 2022* (Cátedra BPI | Fundação "la Caixa" Em Economia Da Saúde). Nova Business School.
- Barros, P. P., & Costa, E. (2022b). *Orçamento do estado para saúde 2023* (Cátedra BPI| Fundação "la Caixa" Em Economia Da Saúde) [Observatório da Despesa em Saúde]. Nova School of Business and Economics.
- Barros, P. P., & Costa, E. (2022c). *Recursos humanos em saúde* (Social Equity Initiative). Cátedra BPI | Fundação "la Caixa" em Economia da Saúde.
- Barros, P. P., & Costa, E. (2022d). *Seguros de saúde privados no sistema de saúde português: Mitos e factos* (Cátedra BPI | Fundação "la Caixa" Em Economia Da Saúde) [Observatório da Despesa em Saúde]. Nova Business School.
- Barros, P. P., & Costa, E. (2023). *Despesas diretas das famílias no sistema de saúde português* (Cátedra BPI | Fundação "la Caixa" Em Economia Da Saúde) [Observatório da Despesa em Saúde]. Nova School of Business and Economics. https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/03_Observatorio_despesa_saude.pdf
- Barros, P. P., & Santos, C. (2023). *Orçamento do estado para saúde 2024* (Cátedra BPI | Fundação "la Caixa" em economia da saúde) [Observatório da Despesa em Saúde]. Nova School of Business and Economics.
- Bento, F. da C. B. (2016). *Modelos De Gestão De Empresas Sociais, Em Particular Das Cooperativas – Estudos De Caso Em Portugal*. Instituto Politécnico de Bragança.

- Campos, A. C. de. (2004). Decentralization and privatization in Portuguese health reforms. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7–20.
- Campos, A. C. de. (2011, novembro 26). *A Saúde em Portugal, nos últimos quarenta anos*. Dia da Academia, Coimbra.
- CASES. (2021). *100 Maiores Cooperativas* 2018. <https://www.cases.pt/wp-content/uploads/2021/06/100-Maiores-Cooperativas.pdf>
- Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de Agosto. (2022). *Diário da República*, 150. <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- ERS. (2024). *Informação de Monitorização sobre cuidados de saúde primários (CSP) [Anual]*. Entidade Reguladora da Saúde. <https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisao/selecionar/informacao-de-monitorizacao/informacoes/informacao-de-monitorizacao-sobre-cuidados-de-saude-primarios-csp/>
- Esprui. (2017, março 28). *Health co-operation is the solution for a sustainable national health systems. Interview to Carlos Zarco (Esprui)*. <https://www.fundacionespriu.coop/en/noticias/detalle/health-cooperativism-solution-sustainable-national-health-systems>
- Ferreira, D., & Marques, R. C. (2015). Did the corporatization of Portuguese hospitals significantly change their productivity? *The European Journal of Health Economics*, 16(3), 289–303. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0574-8>
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational research methods*, 16(1), 15–31.
- Girard, J.-P. (2014a). *Better Health & Social Care. Volume 1 Report: An international survey of co-ops and mutuals at work in the health and social care sector (CMHSC14)*. Quebec International Summit of Cooperatives, WISERD. https://base.socioeco.org/docs/international-survey-co_op-and-mutual-health-and-social-care-cmhsc-14.pdf.
- Girard, J.-P. (2014b). *Better Health & Social Care. Volume 2 Report: National Cases*. Quebec International Summit of Cooperatives, WISERD. <https://wiserd.ac.uk/publication/better-health-social-care-how-are-co-ops-mutuals-boosting-innovation-access-worldwide-volume-2-national-cases>
- Gondi, S., & Song, Z. (2019). Potential Implications of Private Equity Investments in Health Care Delivery. *JAMA*, 321(11), 1047–1048. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1077>
- Gouveia, R., Mariño, M., & Cabrera, J. (2022). *Cooperatives in the Health Sector*. International Health Cooperative Organization. https://health.coop/wp-content/uploads/2022/06/Coops_in_the_health_sector_EN.pdf
- Guardado, J. R., & Kane, C. K. (2023). *Competition in health insurance a comprehensive study of u.s. Markets*. AMA.
- Hamel, G. (2011). First Lets Fire all the Managers. *Harvard Business Review*, 89, 48–60. <https://hbr.org/2011/12/first-lets-fire-all-the-managers>
- ICA. (2016). *Cooperative identity, values & principles*. <https://www.ica.coop/en/cooperatives/cooperative-identity>
- INE. (2022). *Conta Satélite da Saúde* [Dataset]. Instituto nacional de estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=594883237&DESTAQUESmodo=2
- INE. (2023). *Conta Satélite da Economia Social*. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=620418151&DESTAQUESmodo=2
- INE. (2024). *Estatísticas da saúde: 2022*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439489924>
- INE/CASES. (2020). Inquérito ao Setor da Economia Social 2018. *Coleção de estudos de economia social*, 12. <https://www.cases.pt/wp-content/uploads/2023/10/ISES2018.pdf>
- International Co-operative Alliance. (2023). *World Cooperative Monitor 2023: Exploring the cooperative economy*. International Co-operative Alliance.

- <https://ica.coop/en/media/library/research-and-reviews-world-cooperative-monitor/world-cooperative-monitor-2023>
- International Health Cooperative Organization. (2018). *Cooperative Health Report 2018*. <https://base.socioeco.org/docs/cooperative-health-report-2018.pdf>
- International Labour Office. (2019). *Cooperative & social and solidarity economy*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_ent/---coop/documents/publication/wcms_705803.pdf
- Kalseth, J., & Halvorsen, T. (2020). Health and care service utilisation and cost over the life-span: A descriptive analysis of population data. *BMC Health Services Research*, 20(1), 435. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05295-2>
- Leviten-Reid, C. (2009). *The Role of Co-operatives in Health Care National and International Perspectives*. University of Saskatchewan.
- Liang, X., Guo, H., Jin, C., Peng, X., & Zhang, X. (2012). The Effect of New Cooperative Medical Scheme on Health Outcomes and Alleviating Catastrophic Health Expenditure in China: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 7(8), e40850. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040850>
- Llewellyn, S. (2001). 'Two-Way Windows': Clinicians as Medical Managers. *Organization Studies*, 22(4), 593–623. <https://doi.org/10.1177/0170840601224003>
- Lopes, I. (2008). *História Breve das Misericórdias Portuguesas 1498-2000* (Imprensa da Universidade de Coimbra). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Med Port*.
- Mateus, A., Ramalho, E., Oliveira, H., Rodrigues, H., & Ferreira, R. (2017). *Setor Privado da Saúde em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. https://www.ffms.pt/sites/default/files/2022-07/Estudo-Sector_Privado_da_Sa%C3%BAde_em_Portugal.pdf
- McKinlay, J. B., & Arches, J. (1985). Towards the proletarianization of physicians. *International Journal of Health Services*, 15(2), 161–195. <https://doi.org/10.2190/jbmn-c0w6-9w fq-q5a6>
- Meira, D. (2023). O financiamento das cooperativas. Dificuldades e alternativas. *Deusto Estudios Cooperativos*, 22, 81–108. <https://doi.org/10.18543/dec.2710>
- Mendonça, C., Garcia Moreira, I., Loureiro, M. D. L., & Ribeiro, J. C. (2022). Porque É que os Médicos Deixam o Serviço Nacional de Saúde em Portugal? Ponto da Situação e Possíveis Soluções. *Acta Médica Portuguesa*, 35(9), 611–613. <https://doi.org/10.20344/amp.18077>
- Mintzberg, H. (2017). *Managing the myths of health care: Bridging the separations between care, cure, control, and community*. Berrett-Koehler Publishers.
- Namorado, R. (1999). Estrutura e organização das cooperativas. *Oficina do Centro de Estudos Sociais de Coimbra*.
- Namorado, R. (2018). *O essencial sobre cooperativas* (Imprensa Nacional, Ed.; 2.^a ed.). Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Nunes, A. M., & Ferreira, D. C. (2019). Reforms in the Portuguese health care sector: Challenges and proposals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1). <https://doi.org/10.1002/hpm.2695>
- OCDE. (2021). *Portugal: Perfil de saúde do país 2021*. OECD Publishing.
- OCDE. (2023). *Portugal: Perfil de saúde do país 2023*. OECD Publishing.
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- OECD. (2024). *Healthcare Resources: Remuneration of health professionals*. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30025>
- OECD/EU. (2022). Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. *Health at a Glance: Europe*. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Oliveira, C. B. (2010, março). Quem é quem na Economia Social. *Dirigir*, 109-Separata.

- <https://www.iefp.pt/publicacoes-iefp?tab=dirigir>
 OPSS. (2022, junho 21). *Relatório de Primavera 2022*.
<https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2022/>
- Owen, R. (1813). *A New View of Society: Or, Essays on the Principle of the Formation of the Human Character, and the Application of the Principle to Practice: Essay 2* (Vol. 2). Cadell & Davies.
- Pedroso, E., Neves, E., Ramos, C., & Rodrigues, C. (2023). *Conta Satélite da Economia Social 2019/2020* [Relatório Anual]. CASES.
<https://cases.pt/wp-content/uploads/2023/08/Conta-Satelite-2019-2020.pdf>
- Pitacas, J., & Reto, L. (2020). *A economia social numa visão plural*. CEEPS (CIREC Portugal).
- Porter, M. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/nejmp1011024>
- Quiénes somos. (2018). <https://www.fundacionespriu.coop/es/la-fundacion-espriu>
- Relman, A. S. (1980). The new medical-industrial complex. *The New England Journal of Medicine*, 303(17), 963–970. <https://doi.org/10.1056/nejm198010233031703>
- Riley, G. F., & Lubitz, J. (2010). Long-Term Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life. *Health Services Research*, 45(2), 565–576.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01082.x>
- Simões, J., & Fronteira, I. (2021). The role of the state, the private sector and the social sector in the different health political cycles in Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(suppl 1), 2507–2513. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.40902020>
- Spear, R. (2004). Governance in Democratic Member-Based Organisations. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 75(1), 33–60.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8292.2004.00242.x>
- Unidade Técnica de Apoio Orçamental. (2024, fevereiro 10). *Execução orçamental em contabilidade pública (por ano civil de publicação)*.
https://www.parlamento.pt/OrcamentoEstado/Paginas/UTAO_UnidadeTecnicaDeApoioOrçamental.aspx
- Unimed. (2023). *Relatório integrado da sustentabilidade da Unimed do Brasil* [Anual].
https://www2.unimed.coop.br/nacional/br/relatorio2023/relatorio_integrado_de-sustentabilidade_da_UB-2023.pdf
- Unimed conquista o prêmio Marcas de Confiança pela 21ª vez consecutiva*. (2022).
<https://uat.unimed.coop.br/site/-/unimed-conquista-o-pr%C3%AAmio-marcas-de-confian%C3%A7a-pela-21%C2%AA-vez-consecutiva>
- United Nations. (2017). *Un secretary-general report on cooperatives and social development*. A/72/159.
- United Nations. (2018). *Healthcare cooperatives: A reliable enterprise model for health and wellbeing*.
https://www.un.org/development/desa/cooperatives/wp-content/uploads/sites/25/2019/03/190326_ihco_EGM-nairobi.pdf
- Veronesi, G., Kirkpatrick, I., & Vallascas, F. (2013). Clinicians on the board: What difference does it make? *Social Science & Medicine*, 77, 147–155.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.019>
- Wang, F., & Liang, Y. (2017). China's Rural Cooperative Medical Scheme: A type of health insurance or a type of health cooperative? *Primary Health Care Research & Development*, 18(02), 194–199. <https://doi.org/10.1017/S1463423616000153>
- Wehrich, H. (1982). The TOWS matrix—A tool for situational analysis. *Long Range Planning*, 15(2), 54–66. [https://doi.org/10.1016/0024-6301\(82\)90120-0](https://doi.org/10.1016/0024-6301(82)90120-0)
- Yang, W. (2013). China's new cooperative medical scheme and equity in access to health care: Evidence from a longitudinal household survey. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 20. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-20>