Faturamento Hospitalar

Faturamento Hospitalar

O faturista hospitalar realiza faturamento de contas médicas e hospitalares, emite notas fiscais, boletos e duplicatas. Analise a cobrança correta de clientes conforme contrato e prontuário e revisa glosas.

Tabelas de Referências (AMB, CBHPM, TUSS)

A Planilha com as Terminologias - Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS é destinada aos médicos, rede credenciada e beneficiários, contempla todo o rol de procedimentos médicos da ANS com codificação TUSS.

A Terminologia Unificada de a Saúde Suplementar (TUSS) padroniza os códigos e as nomenclaturas no padrão CBHPM, não fazendo qualquer referência a valores e tem por objetivo estabelecer um padrão nacional de comunicação entre os prestadores, as operadoras e a própria ANS.

Passo-a-passo para simplificar a busca:

1 - Abrir o arquivo EXCEL.
2 - Teclar "Ctrl + L"
3 - Digitar o código ou a descrição do procedimento
4 - Alterar a ferramenta OPÇÕES >> EM: Pasta de Trabalho.
5 - Click em Localizar ou Enter para pesquisa.

Prestadores Hospitalares:

Coluna C = Classificação dos procedimentos médicos:

A coluna C classifica os procedimentos médicos da tabela anexa como “Baixo Risco” e “Racionalização”

Baixo Risco = São procedimentos que não necessita de autorização prévia podendo ser incluído na conta hospitalar para cobrança tanto para o paciente internado como para o paciente em atendimento de pronto socorro, porem

sempre observando o tipo de plano que o se seguimento Hospitalar/Internação ou apenas Ambulatorial.

Racionalização = São os procedimentos que necessita de autorização prévia do cliente mesmo internado como para o paciente em atendimento de PS, tendo que verificar os documentos necessários na coluna E "Documentação na Racionalização" porem sempre observando o tipo de plano como seguimento Hospitalar/Internação ou apenas Ambulatorial.

Clinicas / Consultórios:

Baixo Risco = São procedimentos que não necessita de autorização prévia podendo o cliente se dirigir direto a clinica ou consultório credenciado, o cliente deverá apresentar carteirinha e documento de identificação, o prestador deverá solicitar através do sistema HILUM.
Racionalização = São os procedimentos que necessita de autorização prévia do cliente, nestes casos verificar também os documentos necessários na coluna "Documentação/Racionalização" estes documentos devem ser encaminhados junto ao pedido médico para solicitação de autorização, porem sempre observando o tipo de plano, abrangência e carências.

Faturamento de convênios privados

O Brasil detém hoje a mais veloz curva de envelhecimento populacional do planeta. Caminhamos, aceleradamente, para uma forte concentração de idosos em nosso mix populacional. Este inexorável cenário, obriga que a sociedade se organize em torno deste novo desafio, desenvolvendo produtos e serviços adequados a este novo mercado.

Dos contratos escritos

Art. 3º As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a Operadora e o Prestador.

Art. 4° Os contratos escritos devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da Operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão; e

V - as penalidades para as partes pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

Parágrafo único. A definição de regras, direitos, obrigações e responsabilidades estabelecidos nas cláusulas pactuadas devem observar o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais legislações e regulamentações em vigor.

Art. 5º As seguintes práticas e condutas são vedadas na contratualização entre Operadoras e Prestadores:

I - qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da elegibilidade do beneficiário junto ao Prestador;

II - qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde;

III - exigir exclusividade na relação contratual;

IV - restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do Prestador;

V - estabelecer regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas;

VI - estabelecer quaisquer regras que impeçam o Prestador de contestar as glosas, respeitado o disposto nesta norma;

VII - estabelecer formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora; e

VIII - estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado.

Parágrafo único. As vedações dispostas nos incisos V e VI só se aplicam se o envio do faturamento for feito no Padrão TISS vigente.

Art. 6º Deve haver previsão expressa que a troca de informações dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde entre a operadora e o Prestador só poderá ser feita no padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.

Art. 7º O foro eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o da comarca de prestação de serviço do Prestador.

Seção I
Do Objeto, Natureza do Contrato e Descrição dos Serviços Contratados

Art. 8º O objeto e a natureza do contrato devem ser expressos, incluído o regime de atendimento e os serviços contratados. Parágrafo único. Deve haver previsão expressa sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão de procedimentos durante a vigência do contrato.

Art. 9º Os serviços contratados pela operadora devem ser descritos por procedimentos, de acordo com a Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS, vigente.

Art. 10. Deve haver previsão expressa que é vedada a exigência de prestação pecuniária por parte do Prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, excetuado os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar de Mecanismos de Regulação Financeira.

Da Identificação dos Atos,

Eventos e Procedimentos Assistenciais que Necessitem de Autorização da Operadora

Art. 15. Os atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora devem ser expressos, inclusive quanto a:

I - rotina operacional para autorização;

II - responsabilidade das partes na rotina operacional; e

III - prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa fundamentada conforme padrão TISS.

CGO
CURSOS GRÁTIS ONLINE
COM EMISSÃO DE CERTIFICADO OPCIONAL

Da Vigência do Contrato e dos Critérios e Procedimentos para Prorrogação, Renovação e Rescisão

Art. 16. O prazo de vigência, os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão do contrato devem ser expressos, inclusive quanto à:

I - prazo para notificação de rescisão ou não renovação contratual, bem como de suas eventuais exceções;

II - obrigação de identificação formal pelo Prestador, pessoa física ou jurídica, ao responsável técnico da operadora dos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, acompanhada de laudo com as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro Prestador, respeitado o sigilo profissional, sem prejuízo do disposto no §2º do art. 17 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998;

III - obrigação de comunicação formal pelo Prestador aos pacientes que se enquadrem no inciso II deste artigo.

Das disposições finais

Art. 19. A operadora deve garantir o atendimento dos pacientes identificados na forma do inciso II, do art. 16, em Prestadores que possuam os recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência, respeitados os prazos estabelecidos na RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

Art. 20. O disposto nesta Resolução não se aplica a:

I - relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado;

II - profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras;

III - administradoras de benefícios.

Art. 21. As cláusulas de contratos escritos celebrados anteriormente à vigência desta Resolução que estivrem em desacordo com suas disposições devem ser ajustadas em até doze meses, contados do início da vigência desta Resolução.

Art. 22. As operadoras que mantenham contrato não escrito com prestadores de serviço permanecem em situação de irregularidade, sujeitas à aplicação das penalidades cabíveis.

Art. 23. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 24. Revogam-se as RN nº 42, 4 de julho de 2003, RN nº 54, 28 de novembro de 2003, RN nº 60, 19 de dezembro de 2003, RN nº 71, 17 de março de 2004, RN nº 79, 31 de agosto de 2004, RN nº 91, 4 de março de 2005, RN nº 108, 9 de agosto de 2005, RN nº 241, 3 de dezembro de 2010, RN nº 286, 10 de fevereiro de 2012, RN nº 346, de 2 de abril de 2014; e a Instrução Normativa - IN nº 49, 17 de maio de 2012.

§1º Os instrumentos contratuais que foram celebrados antes da vigência desta Resolução, que naquela época estavam em desacordo com as demais normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, permanecem sujeitos à aplicação de penalidades cabíveis.

§ 2º As infrações praticadas durante a vigência das normas previstas no caput permanecem sujeitas à aplicação de penalidades.

Art. 25. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

Plano de saúde

Um seguro de saúde ou plano de saúde constitui um seguro de proteção das pessoas contra o risco de terem que vir a incorrer em despesas médicas. Estimando o risco geral das despesas de saúde de um grupo alvo, a seguradora pode desenvolver uma estrutura financeira que assegure fontes de rendimento (como prémios ou taxas) de modo a disponibilizar o dinheiro necessário para pagar os benefícios médicos especificados na apólice de seguro.

O seguro pode ser administrado pelo governo, por uma entidade particular sem fins lucrativos ou por uma empresa privada. A atividade econômica é referida como saúde suplementar, no Brasil.

Para Pereira Filho, o modelo do seguro de saúde diverge do conceito dos planos de saúde ou empresas seguradoras que atuam na área da saúde suplementar, como se convencionou denominar no Brasil, por garantir aos segurados a livre escolha de médicos e hospitais por meio do reembolso de despesas enquanto os planos de saúde trabalham com hospitais, médicos e

laboratórios referenciados, sem prejuízo da livre escolha. Segundo este autor as chamadas empresas de medicina de grupo foram mundialmente as pioneiras nesse mercado e começaram nos Estados Unidos, por volta de 1920, e no Brasil na década de 60, em princípio, aos trabalhadores do ABC paulista. Em 1997, planos de saúde feitos pelas empresas de medicina de grupo assistiam a cerca de 17 milhões de brasileiros; posteriormente surgiram as cooperativas médicas, regidas e organizadas sob as leis do cooperativismo e grupos autônomos, empresas de autogestão que gerenciam planos próprios de saúde para seus funcionários mediante contratação ou credenciamento de médicos e serviços, e de convênios com hospitais.

Medicina, lucro e mercantilização

Não ha dúvidas que o médico tem de ser remunerado pelos seus serviços como qualquer profissional, contudo, tratando-se de vidas humanas, exige-se uma conduta diferenciada, não só quanto a qualidade da assistência e uma responsabilidade com as ações praticadas. A escolha da profissão implica a adoção de seu código de ética profissional que nesse caso inclui entre os princípios fundamentais que:

A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio. (Art.IX)

O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa. (Art.X)

Observe-se portanto que as exigências que se faz a este profissional e, possivelmente, aos demais profissionais de saúde não está em princípio de acordo com a prerrogativa das empresas de seguro de manter uma margem de lucro (conforme a sinistralidade) independente dos valores de suas receitas e despesas, através de artifícios como, por exemplo: afastar idosos (independente de seu tempo de contribuição à receita da empresa operadora do seu plano de saúde); afastar portadores de doenças crônicas, ou condições genéticas geradoras de patologias que exigem maiores cuidados, etc., estabelecendo-se, como identificou Bodra, um conflito entre direitos garantidos pelo direito empresarial e ramo do direito do consumidor, referendado pela ética médica e de prestadores de serviços de saúde.

Uma outra condição de desagrado e queixa, frequentemente citada pelos médicos no rol de interferências sofridas no seu desempenho profissional, por parte das operadoras de saúde, é a esdruxula condição de “doença pré-existente” um termo que sequer existia na terminologia médica, antes desta modalidade assistencial. As doenças pré-existentes são aquelas que o

consumidor “já sabia possuir” e que informou quando assinou contrato com o plano e muitas vezes o paciente (nesse caso consumidor) terá de esperar dois anos (conforme o contrato) para ter direito a procedimentos de alto custo independente de sua demanda biológica na sua história natural da doença.

É importante que se compreenda que, os referidos princípios éticos (Artigos IX e X) do código de ética profissional dos médicos, tanto representam uma norma de conduta individual como refletem uma política pública de evitar a mercantilização da medicina.

A mercantilização da medicina, como assinala Santos Jr. tem induzido, como principal forma de acesso / contato da população a serviços de saúde, a consulta médica e intenso uso dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, em detrimento dos investimentos nos serviços preventivos e de promoção da saúde. Caracterizando um padrão de oferta-consumo de serviços médicos, incipiente, denominado por Illich como "iatrogênico" "expropriador da saúde", especialmente criador de uma "iatrogênese social", decorrente da crescente dependência da população para com os produtos da industria farmacêutica, os comportamentos e as medidas prescritas pela Medicina, intermediados pelo marketing.

Além de criar uma distorção na relação médico-paciente, no entendimento e prescrição de exames e consultas (com consumo excessivo de exames para efeitos da prevenção de processos jurídicos por parte do médico ou apenas por "direito" do consumidor), na perspectiva das populações ou saúde pública, Santos Jr., citando Illich (o.c.), identifica os seguintes níveis de expressão deste padrão de oferta-consumo de serviços de saúde:

As sociedades que possuem sistemas médicos muito caros são impotentes para aumentar a esperança de vida, salvo na fase perinatal;

O conjunto dos atos médicos tem sido incapaz de reduzir a morbidade global;

Atos médicos e programas de ação sanitária resultaram em fontes de novas doenças – as iatrogênicas;

As medidas tomadas para neutralizar a iatrogenia — outra via de consumo de produto para suportar nova ação médica – têm um efeito paradoxal, ou seja, o de tornar a doença incurável.

No Brasil iniciativa privada pode participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar, conforme prescrito (Tit. II; § 2º) na Lei nº. 8.080/1990, Os planos de saúde portanto inserem-se no direito de prestação de serviços privados de assistência à saúde, onde devem ser observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema

Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento. (Tít. III; Art. 22)

A regulamentação específica das operadoras e serviços prestados coube à Lei nº 9.656 promulgada 10 anos depois (1998), dispondo normas sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e Lei n° 9.961, de 2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e definiu suas finalidade, estrutura, atribuições, receita e a vinculação ao Ministério da Saúde, Entre os mecanismos de controle social das ações prestadas em tal modalidade de assistência a ANS instituiu o Programa de Qualificação de Operadoras disponibilizando três indicadores que permitem comparar a atuação das empresas que atuam no setor de saúde suplementar:

Índice Geral de Reclamações;

Percentual de Finalização Assistencial;

Índice de Abertura de Processo Administrativo.

Operadoras

Em dezembro de 2010, o Brasil tinha 1061 operadoras de planos de saúde e quase 45 milhões de beneficiários. Dos 44.783.766 de beneficiários, 35.993.540 são novos. 25.945.299 beneficiários possuem plano de saúde coletivo empresarial. Fazendo a comparação de 2003 a 2009, já que os dados de 2010 ainda não foram concluídos: tínhamos 31,7 milhões de beneficiários e passamos para 42,1 milhões em 2009 e em setembro de 2010 já contávamos com 44,7 milhões. A receita passou de R$ 28 bilhões para R$ 64 bilhões em 2009 e com projeção para 69 bilhões em 2010.

Em 2013 foi publicado pela ANS a Qualificação das Operadoras de planos de Saúde, com base no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS.

Saúde dos idosos

Em janeiro de 2004, entrou em vigor no país a Lei 10.741/03, conhecida como Estatuto do Idoso que dentre outras de suas medidas protetivas inclui a vedação de práticas discriminatórias a idosos nos planos de saúde. Assim determina o artigo 15, § 3º: “É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”.

A controvérsia sobre a aplicabilidade da lei — o Estatuto do Idoso — possui distintas posições: a ANS — Agência Nacional de Saúde Suplementar, responsável pela regulação dos planos de saúde — opta pelo entendimento de

que tal medida valeria somente para os contratos firmados após a entrada em vigor do estatuto, naturalmente fundamentando-se no princípio jurídico de que “a lei não tem efeito retroativo”, o Idec, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, por sua vez, defende a posição que ele se aplica a todos os contratos de planos de saúde, baseando-se no próprio estatuto e naturalmente princípios éticos da reparação de erros históricos a partir do avanço na conquista da cidadania e "Princípio da Dignidade Humana".

Planos individuais e coletivos

Admite-se no Brasil duas modalidades de contrato de intermediação entre prestadores de serviços de saúde e consumidores de tais serviços mediante pagamento prévio: contratos de pessoa física realizados antes e depois de 1 de janeiro de 1999 (regulamentados lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde) e os contratos ou planos coletivos, estabelecidos entre uma pessoa jurídica (empresa, associação, fundação ou sindicato) e uma operadora de planos de saúde, do qual é beneficiária a pessoa na condição de empregado, associado ou sindicalizado.

Segundo Bodra praticamente desde sua origem Sistema Universal de Saúde (SUS) destinado a constituir-se como um sistema de saúde público universal, integral e equânime ainda não possui um financiamento adequado que permita atingir seus objetivos e vem se verificando no Brasil, acentuadamente desde a década de 1990, o crescimento do sistema suplementar de saúde, especialmente através do contrato coletivo empresarial de assistência à saúde com uma lógica de atendimento distinta dos princípios éticos normativos do SUS.

Esta mesma autora ressalta que para o direito do consumidor, cinco características principais diferenciam o contrato coletivo empresarial do contrato individual (ambos privados):

a contratação é feita através de um intermediário ou pessoa jurídica e não livremente por qualquer pessoa física;

os reajustes dos prêmios/mensalidades não são diretamente regulados pela ANS, não se ajustando portanto às regras que controlam, por exemplo, reajuste por faixa etária e instituindo o critério de reajuste a cada doze meses com justificativa na variação de custos (índices de inflação e sinistralidade) que, segundo autora, divergem do percentual fixo determinado pela ANS aos contratos individuais, e são livremente determinados pela operadora com base no valor dos gastos com o grupo segurado;

possibilidade de rescisão do contrato coletivo empresarial por ambas as partes, bastando o envio de uma notificação prévia com antecedência mínima de 60 dias.

seleção prévia por critérios empresariais (sinistralidade, idade, etc.) de funcionário aposentado e/ou demitido sem justa causa da empresa estipulante com direitos a se manter como beneficiário do plano empresarial após a aposentadoria e/ou demissão;

Exigências distintas para cumprimento de prazos de carência e cláusulas de agravo ou de cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos dos artigos regulamentados por artigos 6º e 7º da RN no 195 da ANS.

Para muitos juristas e sanitaristas a contratação coletiva, que no Brasil nos dias atuais, é a forma que tem que tem impulsionado o “mercado da saúde” graças a eficientes campanha de marketing, valendo-se de uma interpretação contrario sensu, de certa forma ilegal e inconstitucional. Por critérios empresariais de sinistralidade e custos, os reajustes dos prêmios/mensalidades aumentam por valores que a empresa determinar, não sendo portanto regulados pela ANS e ainda tem a possibilidade de revogação unilateral do contrato onde arrecadaram dos consumidores vultosas quantias de dinheiro. Tais características contratuais colocam em insegurança a maior parte da população de usuários destes planos, haja vista que não se fundamentam numa ética de cuidados e/ou respeitam a vida dos consumidores, a grande maioria idosos, mesmo em tratamento contra doenças graves, independente do período que contribuíram.

Faturamento Hospitalar

O setor da saúde exige uma administração hospitalar eficaz, principalmente quando de trata do faturamento hospitalar

Os ganhos financeiros dependem de diversos setores da instituição como, por exemplo:

enfermagem;

farmácia;

diagnóstico;

laboratório;

nutrição, e outros.

Por este motivo, ele precisa de atenção redobrada para que não ocorram erros ou inconformidades nas informações. Todos os setores da instituição devem cumprir eficientemente uma sequência de atividades para que o setor de faturamento execute plenamente suas funções.

Neste artigo, iremos abordar:

o que é o faturamento hospitalar;

relação com a contabilidade hospitalar;

quais são seus setores;

objetivos e indicadores;

como otimizá-lo.

Além, é claro de falarmos sobre a importância de motivar a equipe de profissionais.

O setor de faturamento, é basicamente o órgão responsável pela confecção das contas hospitalares dos pacientes. O faturamento também emite:

duplicatas;

boletos;

notas fiscais.

Além de analisar a cobrança correta de clientes conforme o contrato e seu prontuário.

Conta do paciente

A conta do paciente é o conjunto de documentos e informações destinados ao registro de gastos realizados com o enfermo durante seu atendimento no hospital.

Por causa da realização desses registros, a conta do paciente serve como instrumento de defesa para ele mesmo, para a instituição, para o médico e para o convênio.

A contabilidade hospitalar diminui custos e garante a sustentabilidade das instituições. Para que isso aconteça, é preciso investir na gestão em saúde especializada, que direcione corretamente recursos e esforços.

Segundo a Federação Brasileira de Hospitais, entre 2010 e 2017, 1.797 hospitais encerraram suas atividades. Isso demonstra que o gerenciamento de custos ainda é um grande desafio.

A falta de planejamento contábil ocasiona desperdício de insumos e prejuízos financeiros consideráveis. Para que isso seja evitado é preciso investir em sistemas que integrem as entradas e saídas do caixa. Assim é possível identificar gargalos e gastos desnecessários.

É o setor da contabilidade que gere o abastecimento dos itens necessários à assistência. Por isso é preciso conhecer a fundo a demanda e realizar compras inteligentes.

Entram na conta os registros de custos de produção médica, despesas administrativas, comerciais, tributárias e financeiras. Os resultados são comparados com padrões de custos para identificar pontos de melhorias.

A contabilidade hospitalar é essencial para a organização e controle do faturamento. Sendo também responsável por oferecer serviços com o menor custo possível e o máximo de qualidade.

Não se trata apenas de reduzir custos, mas também de oferecer destaque à instituição dentro de um mercado competitivo.

Todas as ações devem ser planejadas, supervisionadas e bem executadas, por isso é preciso:

organizar as contas – registrar tudo em uma estrutura pré-definida;

identificar gargalos – resolver carências pela modificação de processos;

usar a tecnologia – aplicar soluções para melhorar o gerenciamento de receitas;

otimizar o faturamento – criar condições para analisar entradas financeiras;

conhecer os encargos tributários – identificar possíveis pontos de economia com impostos.

A gestão contábil oferece uma visão mais clara do faturamento hospitalar, possibilitando a diminuição de custos e consequente aumento das receitas. Ao conhecer de forma adequada as suas contas, é possível criar um equilíbrio e elencar prioridades.

Para entender melhor sobre o faturamento hospitalar, devemos antes dizer quais são seus setores.

Farmácia;

SADT (Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia);

Unidades CO/CC;

Pronto atendimento / pronto-socorro;

Ambulatório;

SND (Serviço de Nutrição e Dietética);

Contabilidade e custos;

Administração;

Convênios;

Estatística.

Nas instituições de saúde, é necessário existir uma área de coordenação de faturamento responsável pelas informações administrativas e financeiras dos atendimentos prestados pela organização, em níveis ambulatoriais e de internação hospitalar.

Dentro disso, podemos listar alguns dos objetivos do faturamento hospitalar:

expedir as faturas de cobrança dos serviços prestados (guias às operadoras);

emitir relatórios de controle das faturas emitidas e pendentes;

manter um sistema de controle que emita informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;

analisar os relatórios de faturas recebidas;

verificar as ocorrências de glosas e identificar suas causas;

providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;

preparar os recursos de glosas às operadoras para correção e pagamento das mesmas;

manter atualizados e organizados, pelo período de no mínimo cinco anos, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias.

Os altos custos nos serviços de saúde têm trazido aos gestores e profissionais de área, a necessidade de obter mais conhecimento sobre estes problemas.

A busca por medidas para equilibrá-los com os recursos financeiros, a competência na reserva destes e o aumento de resultados no faturamento hospitalar fazem parte das vantagens obtidas.

Sozinha, a tecnologia, não resolve os problemas enfrentados pelos funcionários. Além de um sistema de controle financeiro tecnológico, a criação de uma infraestrutura digital pode ser fundamental.

Possuir um software que atenda as necessidades de sua instituição e que integre todos os setores digitalmente melhora significativamente a comunicação entre eles.

Uma das principais formas de otimizar o faturamento hospitalar é padronizar os lançamentos do que deve ser cobrado e, por mais difícil que seja, cobrar de alguém. Abandonando notas de débito e usando checklists para verificar o que foi feito.

O checklist deve ser automatizado, de forma a estabelecer um padrão a partir do que foi feito e definir o que será cobrado. Dessa forma, acabam as variações de lançamento nas contas.

Seguindo um padrão, o processo de discussão entre auditores internos e externos acontecerá com menor nível de stress.

Se o procedimento está baseado em protocolo (no caso de procedimentos médicos) ou em POP (procedimentos de outros profissionais assistenciais), o que foi utilizado deve ser cobrado, a não ser que os registros estejam incorretos.

Além disso, podemos citar:

a reestruturação de rotinas (internação e gerenciamento de leitos);

o treinamento de pessoal;

a informatização;

a negociação e integração com convênios;

pacotes;

reanálise de glosas;

tabelas e outros.

Quando os pequenos gastos não são devidamente administrados, podem resultar em perdas significativas para as instituições.

Para o controle do faturamento hospitalar, é necessário uma atenção diária, e de fato, neste caso a tecnologia faz toda a diferença.

Indicadores da gestão hospitalar

O uso de indicadores é vital na área de faturamento!

A gestão de custos aplicada às instituições de saúde abrange benefícios que vão além das necessidades do ciclo da contabilidade.

Os indicadores serão sempre o ponto de partida para promover melhorias nos serviços de uma organização. Uma instituição que busca crescimento não pode deixar de registrar seu desempenho.

Suprimentos

A gestão de compras e o abastecimento de suprimentos deve receber uma atenção especial. O hospital, com certeza, obterá melhores resultados se começar a analisar mais cautelosamente os gastos internos.

Para que o setor de faturamento hospitalar alcance resultados positivos, é necessário informar os funcionários a importância desta seção para a manutenção da instituição no mercado.

Uma pesquisa realizada em um hospital de Brasília verificou que 96% dos funcionários da instituição nunca receberam treinamento sobre faturamento hospitalar! Os profissionais de faturamento devem ser treinados constantemente para ficarem atualizados e faturar de maneira correta no momento certo.

As informações que entram no setor de faturamento fazem com que o profissional valorize o ato de registrar qualquer assistência prestada ao paciente. A participação dos profissionais envolvidos no cuidado é fundamental para que o setor de faturamento possa desenvolver plenamente suas funções.

O faturamento hospitalar não pode ser tratado apenas como um setor de contas a receber, afinal, ele é um dos setores mais importantes na administração financeira de uma instituição pública ou privada.

Ele converte em lucro todas as operações de prestação de serviços e produz a conta hospitalar de cada paciente.

Além disso, por meio de métricas possibilita o conhecimento sobre a rentabilidade dos serviços e clínicas, podendo assim, gerir custos, qualidade e receitas mais adequadamente.

Hospital: como o sistema de gestão acelera o ciclo de faturamento

Tecnologia pode ajudar a comprovar realização de procedimentos e, consequentemente, evitar a ocorrência de glosas - mas é preciso saber como extrair o melhor valor da ferramenta

A gestão do faturamento hospitalar é essencial para a definição dos recursos disponíveis para investimentos, determinando como o hospital pode resolver o paradoxo entre oferecer qualidade nos serviços com meios limitados. É a partir da análise acurada e constante desses dados que é possível ter visão de longo prazo, identificar possíveis perdas e, ainda, analisar a evolução das glosas - com o intuito, claro, de identificar os motivos para reduzi-las.

Um sistema de gestão reúne todas as informações que circulam nos mais diversos departamentos da instituição de Saúde. Caso a plataforma esteja em nuvem, os dados podem ser acessados pelos responsáveis de qualquer lugar, a partir de um dispositivo conectado à internet.

A comunicação com a operadora de Saúde tende a ficar mais fácil em um ambiente eletrônico, quando comparado a um analógico: como o sistema parametriza todas as informações exigidas para comprovar os procedimentos, os colaboradores são menos suscetíveis a erros ou à formulação de justificativas pouco embasadas.

Isso gera uma mudança de perfil do profissional do faturamento, que passa a ter um papel de auditor de contas, muito mais estratégico para a organização de Saúde. Com o cruzamento de dados gerados pelos mais diferentes setores do hospital, é possível identificar onde há gargalos e agir de forma estratégica para corrigir o rumo e evitar perdas.

O impacto no uso dessa tecnologia não ocorre somente no departamento financeiro, mas afeta todo o funcionamento do hospital. O sistema de gestão estimula compra e venda mais assertivas de medicamentos e insumos, o que permite gestão mais acurada do estoque e evita excesso ou falta de determinado item. Há, ainda, um controle maior sobre o que é utilizado em cada tipo de procedimento hospitalar, o que facilita a cobrança às operadoras por meio da criação de padrões e indicadores. Na prática, isso significa que o sistema sabe exatamente o que se usa em uma cirurgia, por exemplo, e em qual quantidade, facilitando a comprovação dos gastos e sua consequente cobrança.

O mesmo vale quando se fala em pagamento de equipes por procedimentos, já que é possível saber exatamente os profissionais envolvidos em cada atividade assistencial realizada pelo hospital.

O sistema de gestão, portanto, tem como objetivo não só a gerir glosas de forma mais assertiva, mas, principalmente, evitá-las. Com informações organizadas e disponíveis em um só lugar, é simples para o hospital comprovar à operadora de Saúde dias de internação, dispensação de medicamentos, taxas de equipamentos, procedimentos cirúrgicos e todo o aparato necessário para o atendimento do beneficiário.

A possibilidade de integrar o sistema do hospital ao das operadoras aumenta a eficiência do ciclo de faturamento, além de diminuir significativamente o uso de papel - tais como guias e formulários para justificar e solicitar a autorização de exames e procedimentos. Usar menos papel pode ser, inclusive, outra forma de economizar gastos da organização.

Em tempo de mudanças na gestão, administrar o faturamento de forma inteligente precisa fazer parte da lógica das organizações. A gestão hospitalar deve conseguir avaliar efetivamente se a instituição é capaz de faturar sem sofrer perdas significativas que comprometam o equilíbrio do empreendimento e, assim, manter a qualidade do atendimento em Saúde.

Administração Hospitalar

O administrador hospitalar é o responsável por planejar, organizar e gerenciar hospitais públicos, privados, clínicas médicas e afins. O ramo da saúde é um espaço muito amplo para o trabalho em diversas áreas, considerando vários segmentos onde um profissional pode adquirir emprego.

A Administração Hospitalar e Gestão em Saúde envolve o gerenciamento de sistemas da saúde, seus processos, pessoas, materiais e equipamentos.

A função pode incluir também o planejamento e controle de compras e custos, a supervisão de contratos e convênios, o diagnóstico e solução de problemas técnico-administrativos e o desenvolvimento, inovação e aplicação de processos nessas unidades.

O gestor de saúde pode trabalhar em instituições de saúde públicas e privadas, bem como empreender e gerenciar seu próprio negócio na área.

Pensamento estratégico, capacidade de identificar e solucionar problemas, exercer a tomada de decisões, introduzir e aprimorar processos, raciocínio crítico, lógico e analítico, atuar com criatividade, consciência e postura ética diante de situações , habilidades de negociação e comunicação são algumas das características de um bom profissional da gestão em saúde.

Uma das formas mais comuns de construir uma carreira dentro da gestão em saúde é como administrador de algum tipo de serviço de saúde. Hospitais, clínicas, centros de saúde, ambulatórios, laboratórios e consultórios são alguns dos estabelecimentos onde o gestor hospitalar pode atuar.

Algumas das funções do administrador são assegurar que todos os médicos, enfermeiros e o pessoal associado à instituição sejam competentes e recebam treinamentos constantes; que os equipamentos estejam com a manutenção em dia e funcionando; que a instalação ofereça um bom nível de qualidade em atenção aos pacientes e principalmente rodear-se de uma equipe capaz e comprometida, que o ajudará a cumprir com tudo isso; sem esquecer a lucratividade que deverá demonstrar aos sócios do negócio.

Outro caminho da gestão em saúde sai do ambiente empresarial e percorre a linha da pesquisa. Dentro dessa opção, o gestor pode se envolver na supervisão de projetos de pesquisa implementados por uma universidade ou algum tipo de serviço de saúde do governo, por exemplo. O superintendente ou administrador tem frequentemente que lidar com os mesmos tipos recursos, como em qualquer negócio, isso significa recursos humanos e financeiros.

Profissionais interessados em trabalhar dentro do domínio da gestão em saúde também podem considerar a consultoria em saúde. Esse papel precisa de um conhecimento sólido na assistência médica, gerenciamento de serviços de saúde, experiência com planos de saúde, acreditação, hotelaria hospitalar, marketing em saúde, etc.

Em resumo, as áreas administrativas e estratégicas para que os consultores possam ajudar às empresas a crescer. Os consultores de gestão em saúde, pelos conhecimento e a experiência adquirida, também podem ajudar na formação de outros profissionais como parte do processo permanente de educação na saúde.

A gestão em saúde também pode envolver o trabalho com organizações governamentais, conselhos regionais e instituições de acreditação, responsáveis pela avaliação e credenciamento dos profissionais e das instituições em saúde.

Dentro de essa perspectiva, o gestor procura garantir que todos os profissionais de saúde dentro da sua jurisdição estejam em conformidade com todas as normas e regulamentos considerados necessários para prestar cuidados de saúde com qualidade aos pacientes. Evita-se dessa forma que pessoas não qualificadas ofereçam serviços de saúde e muito provavelmente, causem um sofrimento adicional aos pacientes que já lidam com alguma doença.

As oportunidades para construir uma carreira em gestão em saúde são variadas e veem crescendo. Algumas envolvem interação com os pacientes, profissionais e serviços de saúde, enquanto outras se concentram mais na criação e manutenção de normas que regem o estado da saúde dentro de uma determinada jurisdição.

As operadoras de plano de saúde têm liberdade, assegurada por lei, para negociar com a rede credenciada que presta os serviços de saúde aos pacientes. Essa relação de negócio implica que seja gerado um contrato, criando um compromisso legal entre as partes que deve ser respeitado. Negociar é uma medida que ajuda na prevenção de problemas jurídicos e financeiros entre operadoras e prestadores de assistência de saúde, evitando surpresas quanto ao preço de medicamentos e de outros itens discriminados na realização dos procedimentos assistenciais de saúde fornecidos aos pacientes.

Reduzir o custo assistencial é, desde sempre, uma necessidade das operadoras de plano de saúde, que têm de lidar frequentemente com glosas e auditorias de contas médicas em meio à rotina financeira, o que traz imprevistos no fechamento de contas e pode ameaçar o equilíbrio econômico da operadora.

Negociações e parcerias têm provado que trazem bons resultados, desde que a relação seja adequadamente ajustada e mostre-se interessante para ambas as partes. Estabelecer valores em comum acordo implica a utilização de tabelas regulamentadas e amplamente conhecidas nesse meio, como a Brasíndice e a CBPHM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), que orientem a definição dos preços dos procedimentos.

Com custos previsíveis é mais fácil lidar com a remuneração dos serviços prestados pela rede credenciada e reduzir gastos, já que as duas partes envolvidas deverão estar comprometidas em cumprir o contrato.

Negociar com hospitais, clínicas, médicos e laboratórios evita que a operadora seja surpreendida quanto aos custos dos procedimentos e, assim, atue a partir de uma perspectiva mais realista. Exercer esse controle sobre a variação dos custos implica que a negociação contratual com uma rede credenciada seja elaborada cuidadosamente, esclarecendo cláusulas para evitar posteriores desacordos e batalhas judiciais.

As negociações com o prestador de assistência de saúde podem incluir a previsão de valor dos medicamentos, de acordo com a tabela Brasíndice, e antecipar os custos decorrentes do processo de armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento e dispensa desses medicamentos, entre outros fatores envolvidos na manutenção dos medicamentos pela instituição pertencente à rede credenciada.

Vale lembrar que uma negociação entre uma operadora de plano de saúde e um hospital, por exemplo, é sempre em caráter contratual e significa, necessariamente, que se cria uma obrigação legal entre as partes. O não cumprimento acarreta penalizações.

As tabelas são instrumentos úteis e reconhecidos pelas instituições do segmento de saúde. Os contratos estabelecidos em consequência da negociação incluem anexos onde podem constar as tabelas de preços. O objetivo das tabelas deve ser servir de referência para determinar valores de medicamentos, valores pagos por exames ou valores de materiais diversos.

As informações contidas na tabela Brasíndice, por exemplo, discriminam desde código de descrição do medicamento ou do laboratório até códigos TISS ou TUSS, para além do preço do medicamento.

A primeiro serve de parâmetro para a cobrança dos medicamentos utilizados nos serviço de assistencial dado ao paciente, ou seja, remédios “de uso restrito a hospitais e clínicas”. É uma espécie de guia de farmácia que inclui preços de medicamentos e de materiais hospitalares vendidos no Brasil em que devem constar o preço de fábrica, o preço máximo ao consumidor e as alíquotas de ICMS passíveis de aplicação de acordo com o Estado do país.

Já a CBPHM é uma tabela emitida pela AMB (Associação Médica Brasileira) e serve para orientar o preço de exames como tomografia ou ressonância magnética, entre diversos outros.

O processo de recusa de pagamentos – as famosas glosas – dificulta e onera a relação entre operadoras e rede credenciada. A melhoria dessa parceria pode afetar positivamente o equilíbrio financeiro nessa relação e gerar bons resultados para a qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

Executar auditorias para verificar detalhadamente cobranças excessivas não é uma alternativa que sai barato para as operadoras. Nesse sentido, realizar um acrodo de negócio que determine os preços por procedimento antecipadamente ajuda a controlar os custos e principalmente a reduzi-los. Quando um hospital sabe a quantidade média de medicamentos que será usada em um determinado procedimento, assim como os materiais diversos (de soro a esparadrapos) necessários a esse procedimento, tem mais facilidade para administrar o controle de estoque dos materiais e até mesmo o armazenamento dos medicamentos, o que inclui logística de distribuição, descarte e manipulação desses itens.

O principal palco das disputas judiciais entre operadoras dos planos de saúde e assegurados, quando se trata da correção de valores, acontece na faixa etária de 59 anos para cima. Esta é a última categoria das dez previstas na Resolução Normativa 63/03 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que define as faixas etárias para o reajuste de valores dos contratos em saúde. A definição dos grupos (0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58; e 59 anos para cima) foi determinada através do pacto intergeracional, para que a regulação dos planos e seguradas de saúde se adaptassem ao Estatuto do Idoso.

A mudança aconteceu porque o Estatuto do Idoso proíbe a discriminação de idosos nos planos de saúde através da variação de valores em razão da mudança de faixa etária. Anteriormente à RN 63/03, a ANS estipulava que os reajustes por idade seriam autorizados em sete grupos (0 a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; e 70 anos de idade).

O assunto volta à tona com recente decisão do Superior Tribunal de Justiça que determinou, em julgamento de recurso repetitivo, pela legitimidade do reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar por mudança de faixa etária do segurado. A sentença, no entanto, não altera propriamente as regras já vigentes para a correção de valores e permanece a cada operadora o direito de fixar os percentuais de variação em cada faixa etária, quando observadas as condições determinadas pela ANS na RN 63/03. Mesmo que a legitimidade tenha sido garantida pelo STJ, é sempre necessário observar se os reajustes praticados são abusivos ou não. Por exemplo, se o preço cobrado quando o consumidor, ao completar 59 anos, for seis vezes maior que os valores fixados para a primeira faixa (0 a 18 anos) ou se a variação acumulada entre a sétima (44 a 48 anos) e última faixa for maior que o acumulado entre a primeira e sétima categorias.

Um assegurado que paga 70,37% (ver tabelas abaixo) pode encarar um reajuste maior que o devido caso a soma da variação entre a primeira e sétima faixas for igual a 98,9% e o acumulado entre a sétima e décima faixas for equivalente a 140,27%.

Conforme o cálculo III apresentado, deve-se subtrair os valores das duas somas – o resultado é de 41,37%. Como o valor de reajuste cobrado é de R$ 70,37%, a norma estipula subtrair as diferenças da correção abusiva do resultado obtido no cálculo III. Logo, o valor permitido por lei para o reajuste a partir dos 59 anos seria de 29%.

Tabela Custeio

Faixas	Percentual mensal sobre a remuneração
Até R$ 2.500,00	2,50%
Entre R$ 2.500,01 e R$ 3.500,00	2,90%
Entre R$ 3.500,01 e R$ 5.000,00	3,20%
Entre R$ 5.000,01 e R$ 10.000,00	3,50%
Entre R$ 10.000,01 e R$ 15.000,00	3,80%
Entre R$ 15.000,01 e R$ 20.000,00	4,10%
Rendimentos acima de R$ 20.000,01	4,40%

Valor Limite de Cobrança por Faixa Etária

00-18	R$ 143,84
19-23	R$ 181,24
24-28	R$ 228,79
29-33	R$ 284,80
34-38	R$ 319,33
39-43	R$ 348,09
44-48	R$ 384,09
49-53	R$ 445,46
54-58	R$ 595,49
> 59	R$ 861,59

Dependente	Percentual Sobre a Mensalidade do Titular
Cônjuge/companheiro(a)	60%
Filho(a)/menor sob guarda	35%

Coparticipação no Plano de Saúde

Em relação à cobertura e à qualidade dos serviços, o plano com coparticipação não difere em absolutamente nada quando comparado ao plano sem coparticipação. Isso significa que ambos os contratos oferecem o mesmo catálogo de médicos, clínicas e hospitais conveniados e os dois tipos de contrato são válidos de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS.

A diferença é que os planos de saúde com coparticipação, na maioria das vezes, trabalham com mensalidades menores do que os planos sem coparticipação. Isso porque o cliente também paga um valor por cada serviço que utilizar.

No entanto, antes de fechar negócio pelo aparente valor mais baixo a ser pago todo mês, é importante estudar se vale a pena pagar a porcentagem exigida e se existem casos de doenças pré-existentes que exigem tratamento constante e acompanhamento médico com frequência.

A taxa a ser paga pelo cliente varia de acordo com a operadora, sendo que cada uma tem certa autonomia para fixar suas próprias regras. Essa taxa pode ser cobrada por meio de um valor fixo ou um percentual por atendimento, o que deve estar claro no contrato do plano.

Por exemplo, uma consulta pode custar R$50 fixo ou 20% do valor previsto na tabela da prestadora.

A ANS estabelece algumas regras, como, por exemplo, a proibição da cobrança integral do serviço por parte da operadora. Se você já precisou pagar o valor integral da tabela para alguma clínica ou profissional de saúde, procure a operadora para a revisão deste gasto. Em caso de problemas, busque orientação junto à ANS.

Além disso, no mês de junho de 2018, a ANS publicou no Diário Oficial uma Resolução Normativa (nº 433) que atualiza algumas regras para os planos de saúde com coparticipação.

Com essa resolução, o consumidor fica mais protegido em relação a diversos aspectos. Um deles é o percentual cobrado pelos procedimentos. A partir da implementação dessa norma, passa a ser fixado um percentual máximo a ser cobrado pela operadora para as consultas e procedimentos.

CGO
CURSOS GRÁTIS ONLINE
COM EMISSÃO DE CERTIFICADO OPCIONAL

Novas regras para planos de coparticipação

A Resolução Normativa nº 433 determinou diversas novas regras para este tipo de plano de saúde. Essas regras, passam a valer a partir de 28 de dezembro de 2018. Porém, elas foram suspensas pelo STF em seguida e ainda aguardam nova avaliação. De qualquer forma é bom conhecer essas novas regras, que podem entrar em vigor em 2019.

Vamos listar abaixo quais são essas mudanças:

Fixação do percentual máximo cobrado pelos procedimentos;

Determinação de limites do que será pago pelo consumidor. Ou seja, o valor máximo que o consumidor poderá pagar por mês e por ano entre coparticipação e franquia. Caso esse valor seja ultrapassado, a operadora arcará com os custos sem repassar ao consumidor;

Isenção da coparticipação e franquia em diversos procedimentos. Mais de 250 procedimentos entram na lista. Entre eles estão tratamentos de câncer, hemodiálise, alguns exames preventivos, exames de pré-natal e triagem neonatal. Além disso, poderão ser feitas até quatro consultas por ano sem a cobrança da coparticipação em médico generalista (pediatria, clínica geral, ginecologista, médico de família e geriatra);

Oferecimento de bônus por parte da operadoras para os clientes que mantiverem bons hábitos de saúde. Neste item estão inseridos os programas das operadoras de promoção da saúde e prevenção de doenças;

Os valores cobrados para atendimentos em pronto-socorros serão únicos. Isso acontecerá independentemente do tipo de atendimento e procedimento realizado. Esse valor não poderá passar de 50% do valor da mensalidade.

Grande parte das empresas oferece o plano médico como um benefício aos seus colaboradores. No caso de companhias que dividem o custo com seus funcionários, a legislação (Lei 9656/98 – artigos 30 e 31) garante ao ex-colaborador a permanência no plano de acordo com a seguinte regra:

• Até 10 anos de contribuição ao plano: permanência na apólice pelo mesmo período contribuído. Em casos de demitidos, deverão ser respeitados o mínimo de 6 meses e o máximo de 2 anos.

• Mais de 10 anos de contribuição ao plano: permanência vitalícia.

É importante frisar que só tem direito à extensão do plano (Artigos 30 e 31) o colaborador que tem o desconto do valor referente ao plano de saúde, independentemente do uso, na sua folha de forma mensal. Nos casos em que o desenho do plano estipula a coparticipação, ou seja, um desconto conforme a utilização do plano para procedimentos específicos, não existe a exigência da extensão do plano, conforme previsto nos artigos 30 e 31.

Nos últimos dois anos, é possível observar a maior conscientização das empresas sobre este tema, que estão procurando entender melhor qual seria este possível passivo a ser contabilizado.

Além disso, nota-se que as companhias, que já possuem conhecimento sobre o atual passivo de plano de saúde, estão requisitando estudos consultivos de redesenho dos planos, não somente para o enquadramento dos benefícios de seus colaboradores, mas também com a preocupação de diminuir os valores a serem provisionados devido à extensão. Para isso, a correta identificação dos benefícios, aliada a um contínuo monitoramento das práticas, são essenciais para antecipar, mitigar, ou, eventualmente, eliminar impactos financeiros que possam surgir do reconhecimento dessas contingências em balanço.