

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“Júlio de Mesquita Filho”

INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS DE BOTUCATU

**ANÁLISE DE GLOSAS HOSPITALARES E PROPOSTA DE
USO DE PROTOCOLOS ADMINISTRATIVOS PARA
RECURSOS DE GLOSA DE TRÊS OPERADORAS DE SAÚDE
DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU**

BEATRIZ DA COSTA LEME

**BOTUCATU – SP
2023**

BEATRIZ DA COSTA LEME

**ANÁLISE DE GLOSAS HOSPITALARES E PROPOSTA DE
USO DE PROTOCOLOS ADMINISTRATIVOS PARA
RECURSOS DE GLOSA DE TRÊS OPERADORAS DE SAÚDE
DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Biociências, Campus de Botucatu, UNESP, para obtenção de Bacharel em Ciências Biomédicas.

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Souza Trindade Filho

Coorientadora: Raquel Chiarelli Burini Fávoro

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Leme, Beatriz da Costa.

Análise de glosas hospitalares e proposta de uso de protocolos administrativos para recursos de glosa de três operadoras de saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu / Beatriz da Costa Leme. - Botucatu, 2023

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Ciências Biomédicas) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Instituto de Biociências de Botucatu
Orientador: José Carlos Souza Trindade Filho
Coorientador: Raquel Chiarelli Burini Fávares
Capes: 60202009

1. Hospitais - Administração. 2. Hospitais - Faturas.
3. Protocolos médicos. 4. Planos de saúde.

Palavras-chave: Faturamento hospitalar; Glosas hospitalares; Operadoras de saúde; Protocolos administrativos; Recursos de glosa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda **minha família**, por serem meu alicerce e contribuírem para a pessoa que me tornei. Em especial, aos meus pais, **Aline Vieira da Costa Leme** e **Felipe Francisco de Oliveira Leme**, por todo amor, educação e apoio que me deram. Se este trabalho existe é porque desde o início vocês batalharam para que eu tivesse a oportunidade de alcançar meus sonhos.

Ao meu namorado, **Gabriel Henrique Caxali**, por me dar suporte e acreditar em meu potencial, mesmo em momentos que eu não acreditava. Obrigada por me fazer sentir amada, por alegrar meus dias e por todo carinho que expressa por mim. Certamente, eu não teria conseguido ultrapassar todos os obstáculos dessa jornada sem seu apoio.

Ao **Instituto de Biociências de Botucatu (IBB)** e a **todos os professores** que me proporcionaram uma educação de excelência, transmitindo conhecimento e contribuindo para que eu pudesse me tornar uma profissional de qualidade e alcançar meus objetivos. Particularmente, a **Profa. Dra. Patricia Fernanda Felipe Pinheiro** e o **Prof. Dr. Wellerson Rodrigo Scarano**, obrigada pelo amparo durante todos esses anos.

Aos funcionários do **Departamento de Auditoria e Informações em Saúde** do HCFMB, especialmente meu orientador **Prof. Dr. José Carlos Souza Trindade Filho** e minha coorientadora **Raquel Chiarelli Burini Fávaro**, agradeço por todo o acolhimento e ensinamentos. Além dos conhecimentos técnicos que adquiri na área de Auditoria, levarei sempre comigo o carinho que recebi de vocês.

Por fim, agradeço a todos os **Projetos de Voluntariado** que participei, **Médicos da Alegria**, **Meninas na Ciência**, **IBB Júnior**, **Encontro Nacional de Biomedicina (ENBM)**, **Enactus Unesp Botucatu**, **Cuidado e saúde nos primeiros mil dias de vida**, **Núcleo das Empresas Juniores da Região de Bauru**, **AIESEC** e **Operação de Natal**, pois me ensinaram muito além do que eu esperava aprender durante minha graduação. Através da participação ativa nestes projetos, pude desenvolver habilidades, superar medos e desafios, criar conexões e o mais importante, pude conhecer a mim mesma. Espero que continuem com muito sucesso, impactando positivamente a vida de todos que farão parte.

RESUMO

O faturamento hospitalar é de suma importância, pois através do mesmo são gerados subsídios para a manutenção da infraestrutura hospitalar e investimentos nos servidores. Dessa forma, a auditoria de contas é fundamental para que haja a comprovação dos procedimentos realizados e a cobrança correta às operadoras de saúde. Contudo, é comum que as operadoras realizem glosas hospitalares, que geram prejuízos financeiros para o hospital. A partir disso, os recursos de glosa são realizados para justificar e reivindicar os valores não pagos. Logo, o objetivo deste estudo foi analisar as glosas das operadoras de saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB). Realizou-se um estudo experimental de caráter explicativo, utilizando dados das planilhas de controle de 2021 a outubro de 2022 do Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos. Foi observado que as glosas de três operadoras de saúde, somado a ineficiência dos recursos de glosa, impactavam o faturamento hospitalar. Após a identificação de problemáticas relacionadas aos recursos de glosa, foram elaborados protocolos administrativos a fim de sistematizar e padronizar o processo.

Palavras-chave: faturamento hospitalar; operadoras de saúde; glosas hospitalares; recursos de glosa; protocolos administrativos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 -	Imagens do protocolo administrativo estruturado.....	20
Figura 2 -	Fluxograma de procedimentos do pré- faturamento.....	20
Figura 3 -	Fluxograma de procedimentos do pós- faturamento.....	21
Figura 4 -	Imagens do Procedimento Operacional Padrão da Operadora 1.....	21

GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Porcentagem do valor glosado por cada OPS em 2021.....	14
Gráfico 2 -	Porcentagem do valor glosado por cada OPS em 2022.....	15
Gráfico 3 -	Porcentagem do valor cobrado das OPS 1, 2 e 3 em 2021.....	17
Gráfico 4 -	Porcentagem do valor cobrado das OPS 1, 2 e 3 em 2022.....	17
Gráfico 5 -	Porcentagem dos valores ressarcidos pelas OPS 1, 2 e 3 em 2021.....	18
Gráfico 6 -	Porcentagem dos valores ressarcidos pelas OPS 1, 2 e 3 em 2022.....	19

QUADROS

Quadro 1 -	Modalidades de operadoras de saúde.....	9
------------	---	---

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Porcentagem média dos valores glosados pelas OPS em 2021.....	15
Tabela 2 -	Porcentagem média dos valores glosados pelas OPS em 2022.....	16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
HCFMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
OPS	Operadora de saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. METODOLOGIA	12
2.1. Mapeamento das glosas e definição do objeto de estudo	12
2.2. Análise dos valores recursados	12
2.3. Diagnóstico do processo de recurso de glosa	13
2.4. Elaboração dos protocolos administrativos	13
3. RESULTADOS	14
3.1. Valores glosados de cada operadora	14
3.2. Operadoras com os maiores valores glosados	15
3.3. Impacto das glosas no faturamento	16
3.4. Variação dos valores pagos dos recursos	18
3.5. Problemáticas do processo de recurso de glosa	19
3.6. Protocolos administrativos	19
4. DISCUSSÃO	22
5. CONCLUSÃO	24
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil é dividido em dois subsistemas, o público representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e o privado, que é dividido em dois subsetores, o liberal clássico e o de saúde suplementar. O liberal clássico é composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, captada por processos informais, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de sua remuneração. Já o de saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, com financiamento privado, mas com subsídios públicos e gestão privada regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

O mercado privado de saúde suplementar no Brasil possui diferentes formas institucionais de compra e venda de serviços de saúde através das operadoras de saúde (OPS). Tais operadoras são definidas pela lei nacional nº 9.656/98 como empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde. Em 2000, a ANS, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, classificou as operadoras de saúde em sete modalidades, como descrito no quadro 1. Ainda, em 2001, a lei nacional nº 10.185 dispôs como obrigatório que as seguradoras de saúde (sociedades com fins lucrativos que pagam diretamente aos prestadores de serviços integrantes da rede, em nome dos clientes que utilizam os serviços) se especializassem em planos privados de assistência à saúde, tornando-se uma modalidade de operadoras de planos de saúde. Logo, as OPS fazem a intermediação financeira, cobrindo ou reembolsando gastos com assistência médica, ao hospital ou ao paciente, segundo as condições estabelecidas em contrato (ALMEIDA, 1998).

Quadro 1- Modalidades de operadoras de saúde

Modalidade	Características
Administradora	Pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletiva, desenvolvendo atividades previstas em regulamentação específica.
Cooperativa médica	Sociedades sem fins lucrativos coordenadas por profissionais de medicina e que operam planos de saúde que incluam serviços médicos, podendo comercializar planos de assistência médico-hospitalar para pessoas físicas ou jurídicas, além de constituir rede de serviços própria e contratar terceiros.

Cooperativa odontológica	Sociedades sem fins lucrativos que comercializam planos exclusivamente odontológicos.
Autogestão	Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que opera plano de saúde, criada por empresas, associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de categorias profissionais ou assemelhados, com o objetivo de prestar assistência à saúde exclusivamente a seus empregados, ex-empregados e administradores.
Medicina de grupo	Empresas ou entidades autorizadas a comercializar planos de saúde tanto para pessoas físicas quanto para pessoas jurídicas, além de contar com estrutura própria ou contratada para o uso dos beneficiários.
Odontologia de grupo	Empresas ou entidades que comercializam exclusivamente planos odontológicos tanto para pessoas físicas quanto para pessoas jurídicas, além de contar com estrutura própria ou contratada para o uso dos beneficiários
Filantropia	Entidades hospitalares sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e são certificadas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) como entidade beneficente de assistência social.

Fonte: RDC/ANS nº39, 2000.

O termo hospital vem do latim ‘hospitālis’, que significa ‘casa de hóspedes’, sendo um estabelecimento destinado ao diagnóstico e ao tratamento de doentes ou feridos. Tanto para hospitais públicos quanto privados, com ou sem fins lucrativos, é fundamental uma boa administração para manter a sua sustentabilidade financeira. Nesse aspecto, o faturamento hospitalar é uma das áreas mais importantes na gestão de um hospital, pois é responsável por faturar toda a prestação de serviços, materiais e medicamentos utilizados, bem como possibilitar aos gestores conhecer a rentabilidade dos serviços e gerir os custos da instituição (MAURIZ et al., 2012).

O faturamento hospitalar inicia-se quando o paciente adentra ao hospital em busca de assistência médica, gerando uma conta hospitalar que contém os procedimentos e consumo do paciente durante sua internação ou consulta. A partir disso, é essencial que os dados e serviços prestados estejam cuidadosamente detalhados no prontuário do paciente para que a cobrança seja realizada corretamente (OLIVEIRA, 2019). Sabe-se que o gerenciamento e aumento dos custos nos hospitais é continuamente objeto de atenção por parte dos gestores, profissionais de saúde e das fontes pagadoras de assistência médica (CASTILHO et al., 2011).

Desta forma, os hospitais têm adotado a prática da auditoria em saúde para controle e regulação dos serviços de saúde no setor público, e para controle de custos da assistência prestada ao paciente no setor privado (GOMES E CLAUDINO et al., 2013).

As instituições hospitalares, públicas e privadas, que prestam serviços às operadoras de saúde investem na auditoria em saúde para mensuração da qualidade (auditoria de cuidados) e controle do faturamento (auditoria de contas) (ZUNTA; LIMA, 2017). O processo de auditoria é, em suma, uma análise e avaliação de uma determinada atividade, visando averiguar se a mesma está em conformidade com seu planejamento e objetivos, a fim de garantir seu resultado esperado (RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004). A auditoria de contas tem como função conferir se os registros de atendimento ambulatoriais ou contas de internação estão de acordo com os realizados pela equipe médica e de enfermagem para que haja a adequada remuneração do serviço prestado (PAULA DE GODOI et al., 2008). Logo, ela é fundamental para que haja a comprovação da realização dos procedimentos aos pacientes, fornecendo subsídios para viabilizar a cobrança junto às fontes pagadoras. (GUERRER; CASTILHO; LIMA, 2014)

Nas auditorias frequentemente são detectadas ausências de dados, bem como registros incompletos ou indevidos no prontuário do paciente, o que acarreta glosas hospitalares por parte das operadoras de saúde (TRUZZI et al., 2022). As glosas consistem em um cancelamento parcial ou total do pagamento do serviço prestado pela instituição hospitalar, devido a contestação do auditor da OPS que a considera como ilegal ou indevida, por falhas no registro da conta ou pela falta de informações e justificativas (SILVA; HINRICHSEN, 2017). Elas podem ser classificadas em ‘administrativas’, quando há falhas operacionais no faturamento da conta do paciente ou em ‘técnicas’, quando há cobrança incorreta de itens, taxas e procedimentos (ANNE et al., 2018).

A existência de glosas hospitalares pode acarretar prejuízos financeiros para o hospital por conta do não recebimento da remuneração correta dos serviços realizados, impactando no orçamento e estrutura hospitalar (TRUZZI et al., 2022). Após o recebimento das glosas, o hospital tem o direito de recorrer e reivindicar os valores não pagos através do recurso de glosa. Para este recurso, é feita uma análise dos itens glosados para identificar os motivos do não pagamento e a partir disso são enviadas justificativas de acordo com o serviço prestado para solicitar a revisão do pagamento pela operadora e assim tentar recuperar suas perdas econômicas.

Considerando o impacto das glosas para o faturamento hospitalar, bem como a importância da auditoria e dos recursos de glosa, o objetivo do presente estudo foi mapear e

analisar as glosas das operadoras de saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB). Após a identificação da alta frequência de glosas de três operadoras, bem como suas peculiaridades para a realização dos recursos de glosa, foram elaborados protocolos administrativos a fim de sistematizar e padronizar os recursos de glosas e contribuir para a gestão de conhecimento do Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos.

2. METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa quantitativa de natureza experimental e caráter explicativo, realizada no Departamento de Auditoria e Informações em Saúde do Hospital das Clínicas de Botucatu.

2.1. Mapeamento das glosas e definição do objeto de estudo

Foram analisadas as planilhas de controle de 2021 e 2022 do Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos referentes aos valores das glosas em contas de internação e atendimentos ambulatoriais efetuadas pelas operadoras de saúde. Foram considerados os valores cobrados e glosados de cada mês e excluídos os valores restituídos de recursos de glosas. As variáveis foram importadas para duas planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel®, uma do ano de 2021 e outra de janeiro a outubro de 2022. As planilhas elaboradas foram divididas em OPS e valores cobrados e glosados de cada uma, no decorrer dos períodos analisados. Tais planilhas também continham o total cobrado e o total glosado para cada operadora. Dentre as 16 operadoras analisadas, foram filtradas as OPS cujo valor glosado representava mais do que 1% do valor total das glosas e que se repetiam nos dois anos.

Também foi calculada a porcentagem média da glosa em relação ao valor cobrado de cada mês de 2021 a outubro de 2022. A partir disso, foram definidas como objeto de investigação dos motivos de glosa, três operadoras de planos de saúde, as quais apresentaram a maior porcentagem média de glosa durante o período de estudo. Estas, foram classificadas de acordo com a modalidade, através da ‘consulta de dados e planos da operadora’ no site da ANS.

2.2. Análise dos valores recursados

Utilizando as planilhas de controle de 2021 e 2022 do Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos, agora para analisar os valores recursados das três operadoras escolhidas, foram digitados em uma planilha eletrônica no Excel® o somatório dos valores cobrados, glosados, recursados e recebidos pelo recurso. A partir desses dados, foram calculadas as porcentagens das quatro variáveis anteriores em comparação com o total cobrado em cada

operadora. Posteriormente, foi calculada a porcentagem do valor pago do recurso em relação ao valor recursado para cada OPS.

2.3. Diagnóstico do processo de recurso de glosa

Após a análise dos dados anteriores, foi realizado um trabalho *in loco* no Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos com o intuito de diagnosticar e avaliar de maneira indireta como eram realizados os recursos de glosa para as três operadoras de saúde escolhidas. Através de relatos dos funcionários responsáveis pelos recursos de glosa, foi possível identificar algumas problemáticas relacionadas ao processo. À vista disso, notou-se a necessidade de elaboração de um protocolo administrativo e procedimentos operacionais padrão (POPs) como proposta de melhoria para sistematizar e padronizar os recursos de glosas hospitalares para as operadoras selecionadas.

2.4. Elaboração dos protocolos administrativos

Por meio de uma visita técnica ao Núcleo de Gestão da Qualidade, especificamente aos funcionários responsáveis pela elaboração de protocolos administrativos, foi analisado o processo da criação de tais protocolos, bem como recolhidos modelos padrão para o preenchimento.

Com base no diagnóstico do processo de recurso de glosa, foi estruturado o protocolo denominado “Como evitar rejeições de faturamento dos convênios”, o qual contém as definições de auditoria de contas, glosas hospitalares, tipos de glosas e recurso de glosa, o objetivo, público-alvo, a descrição dos procedimentos realizados no pré e pós faturamento, os autores e as referências bibliográficas do protocolo. Após conclusão, o protocolo foi revisado e validado pelo Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos.

Além disso, baseado na análise dos demonstrativos de pagamento de janeiro a outubro de 2022 das três operadoras selecionadas, realizou-se o agrupamento qualitativo dos motivos de glosas mais frequentes com base na classificação da tabela de descrição de glosas da ANS. A partir dos dados coletados e do diagnóstico do processo de recurso de glosa, foram estruturados três procedimentos operacionais padrão, sendo um POP para cada operadora, com o intuito de reduzir as rejeições de faturamento das contas de internação e atendimentos ambulatoriais desses convênios, por meio da sistematização e padronização do recurso de glosa. Tais POPs continham objetivo, abrangência, material e documentos necessários, procedimentos para verificação e realização do recurso de glosa de primeira e segunda instância, contingência, autores e revisores, e referências bibliográficas. O Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos revisou e validou os três POPs criados.

3. RESULTADOS

3.1. Valores glosados de cada operadora

Ao longo do período analisado, houve 16 operadoras de saúde que glosaram pelo menos um item. Destas, as OPS 1, 2, 3, 4, 6, 9 e 13 foram responsáveis pela maior parte do valor total de glosas em 2021 (Gráfico 1).

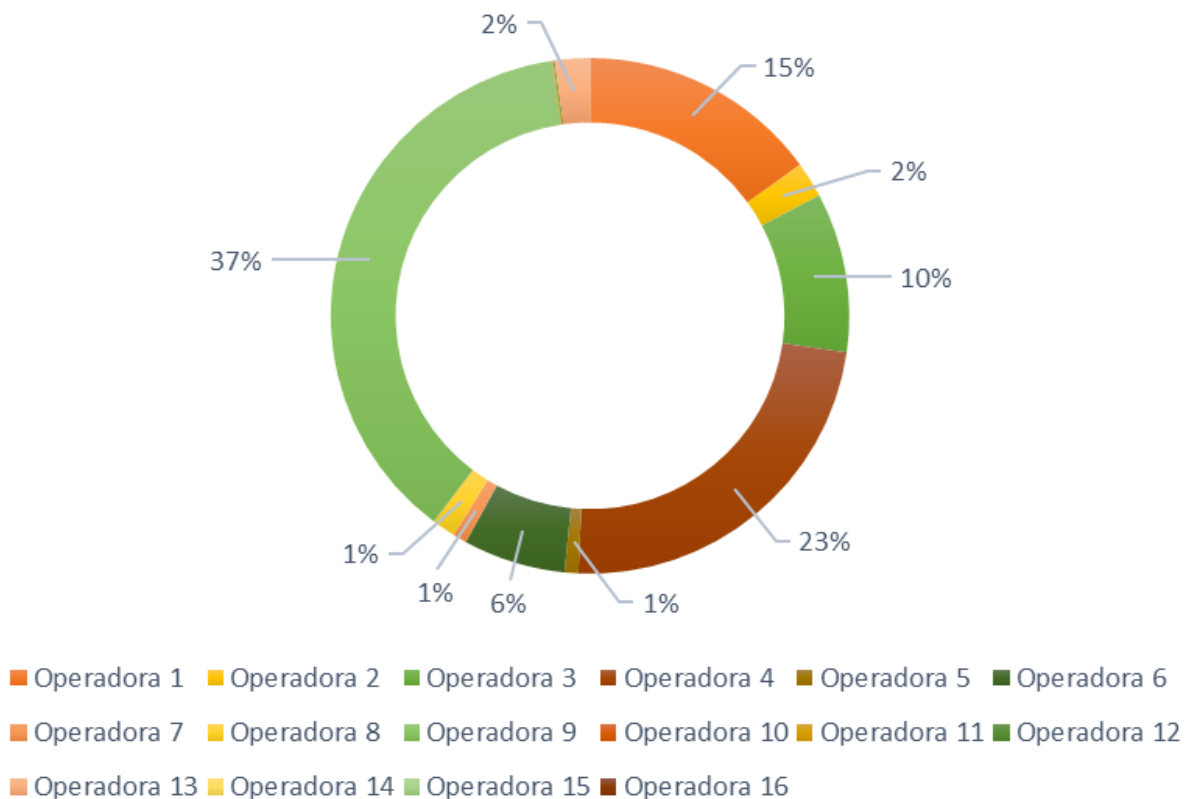
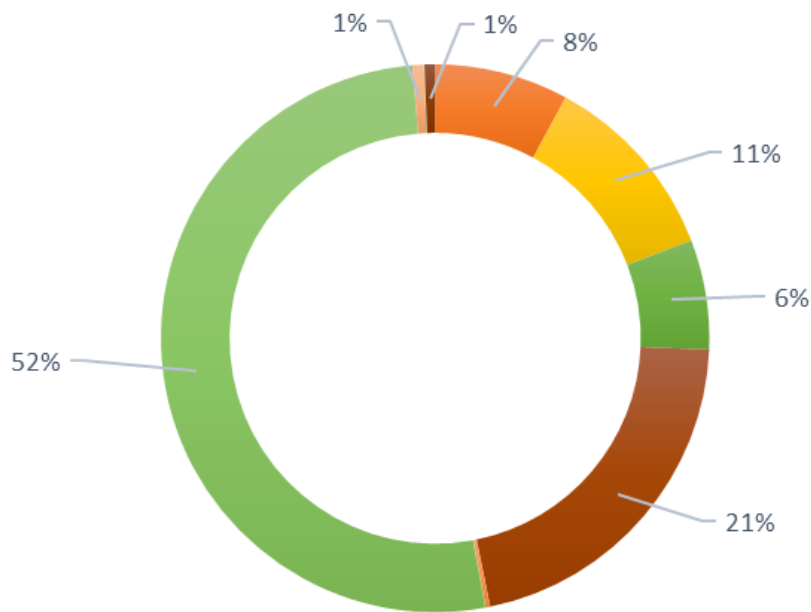


Gráfico 1. Porcentagem do valor glosado por cada operadora de saúde em relação ao valor total de glosas de 2021.

Já em 2022, os maiores valores de glosas vieram das OPS 1, 2, 3, 4 e 9, como mostra o gráfico 2.



- Operadora 1 Operadora 2 Operadora 3 Operadora 4 Operadora 5 Operadora 6
- Operadora 7 Operadora 8 Operadora 9 Operadora 10 Operadora 11 Operadora 12
- Operadora 13 Operadora 14 Operadora 15 Operadora 16

Gráfico 2. Porcentagem do valor glosado por cada operadora de saúde em relação ao valor total de glosas de janeiro a outubro de 2022.

3.2. Operadoras com os maiores valores glosados

As operadoras 1, 2, 3, 4 e 9 apresentaram porcentagem significativa em relação ao total de glosas de 2021 a outubro de 2022. A partir da porcentagem do valor da glosa pelo valor cobrado em cada mês, foi constatado que as OPS 1, 2 e 3 possuíam as maiores médias em cada ano (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Porcentagem média dos valores glosados pelas operadoras de saúde 1, 2, 3, 4 e 9 em relação ao valor cobrado no decorrer de 2021.

Glosas de 2021	Operadora 1	Operadora 2	Operadora 3	Operadora 4	Operadora 9
Janeiro	15,52%	1,35%	3,76%	0,95%	4,60%
Fevereiro	3,39%	0,00%	0,26%	0,06%	2,11%
Março	21,00%	0,31%	0,10%	1,45%	2,47%
Abril	38,37%	9,41%	5,55%	7,01%	4,05%
Mai	31,11%	11,91%	6,96%	4,93%	10,82%
Junho	8,20%	3,81%	1,92%	0,27%	1,05%
Julho	34,34%	2,82%	1,32%	0,61%	18,37%
Agosto	15,35%	13,29%	34,68%	0,36%	2,83%

Setembro	7,29%	31,99%	8,78%	1,34%	10,27%
Outubro	15,68%	25,07%	21,96%	1,88%	3,07%
Novembro	50,72%	6,51%	0,43%	0,13%	1,24%
Dezembro	13,25%	7,44%	0,00%	0,78%	0,89%
Média	21,18%	9,49%	7,14%	1,65%	5,15%

Tabela 2. Porcentagem média dos valores glosados pelas operadoras de saúde 1, 2, 3, 4 e 9 em relação ao valor cobrado de janeiro a outubro de 2022.

Glosas de 2022	Operadora 1	Operadora 2	Operadora 3	Operadora 4	Operadora 9
Janeiro	7,20%	22,54%	0,31%	0,92%	18,84%
Fevereiro	38,38%	8,26%	91,29%	0,21%	14,85%
Março	7,68%	17,46%	3,09%	0,33%	2,44%
Abril	26,43%	19,68%	16,40%	0,42%	2,44%
Mai	7,95%	14,59%	13,87%	5,03%	2,01%
Junho	15,89%	10,57%	2,34%	4,13%	4,12%
Julho	19,76%	9,42%	2,35%	0,33%	7,96%
Agosto	8,27%	25,41%	2,88%	0,25%	1,94%
Setembro	29,82%	29,84%	3,63%	0,45%	0,94%
Outubro	39,87%	4,53%	4,64%	0,57%	0,50%
Média	20,12%	16,23%	14,08%	1,26%	5,60%

Logo, observa-se que tais operadoras, classificadas como de grande porte e divididas em medicina de grupo, autogestão e seguradora, respectivamente, possuem glosas com valores significativos sobre o faturamento em cada mês, comparado às outras.

3.3. Impacto das glosas no faturamento

Por meio da comparação entre o total cobrado e os valores da glosa, do recurso e do recebido pelo recurso de cada operadora, evidenciou-se que ocorreu uma decrescente no montante recebido pelo hospital após as glosas (Gráficos 3 e 4). Vale ressaltar que frequentemente os valores dos recursos são menores que os das glosas, devido às chamadas ‘glosas devidas’, na qual o motivo da glosa é considerado adequado, e, por conseguinte, não são recursadas.

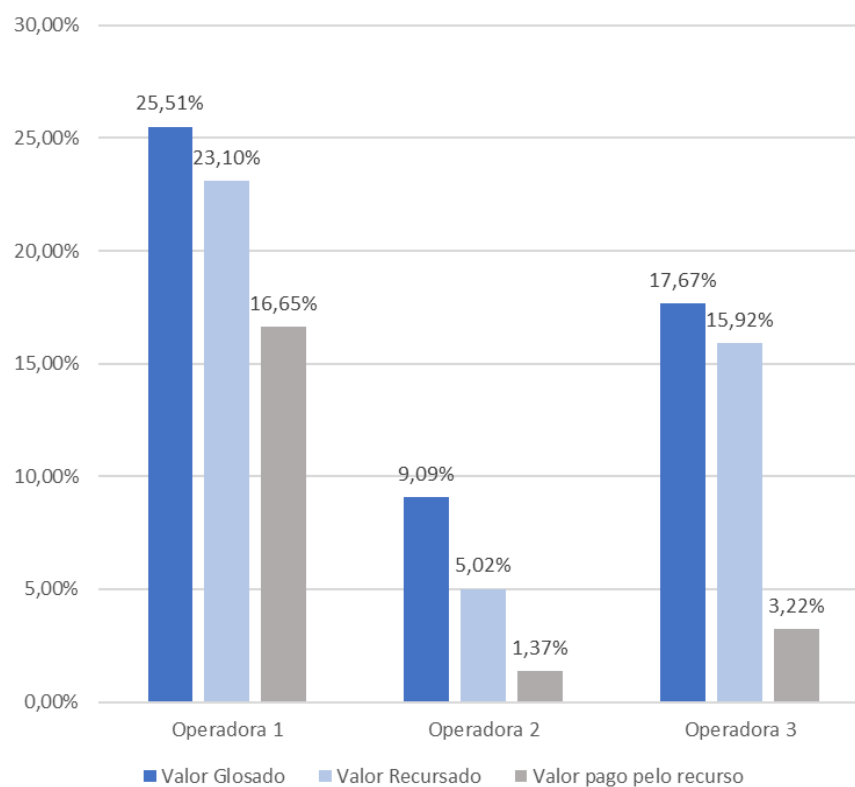


Gráfico 3. Porcentagem do valor cobrado comparado aos valores glosado, recusado e pago pelo recurso das operadoras de saúde 1, 2 e 3 em 2021.

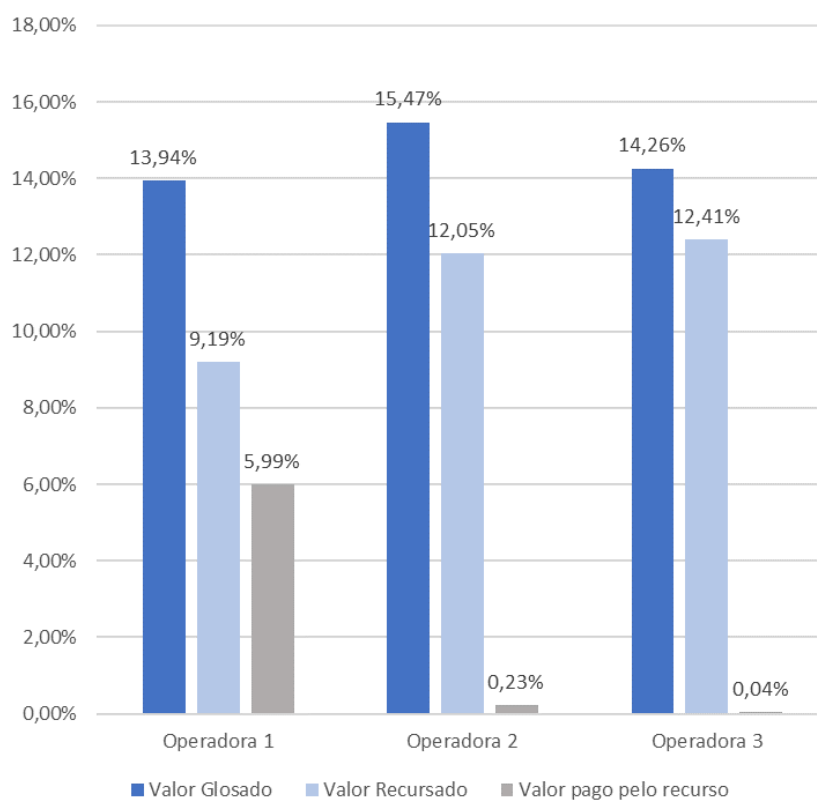


Gráfico 4. Porcentagem do valor cobrado comparado aos valores glosado, recusado e pago pelo recurso das operadoras de saúde 1, 2 e 3 de janeiro a outubro de 2022.

3.4. Variação dos valores pagos dos recursos

Após a análise dos valores recusados e dos valores pagos do recurso das três operadoras escolhidas, foi observado que em 2021 a operadora 1 pagou cerca de 72,05% do valor recusado, e as operadoras 2 e 3 apenas 27,24% e 20,23%, respectivamente (Gráfico 5). Já em 2022, 65,21% do valor dos recursos foram ressarcidos pela operadora 1, 1,88% pela operadora 2 e somente 0,31% pela operadora 3 (Gráfico 6). Dessa forma, os dados demonstram que houve uma ineficiência dos recursos de glosa realizados nos períodos analisados.

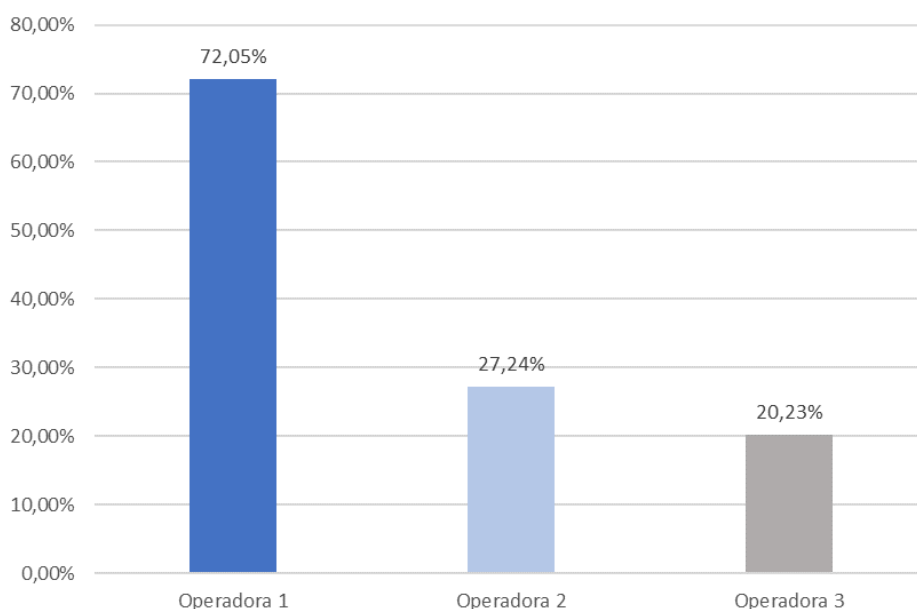


Gráfico 5. Porcentagem dos valores ressarcidos pelas operadoras de saúde 1, 2 e 3 em relação aos valores recusados em 2021.

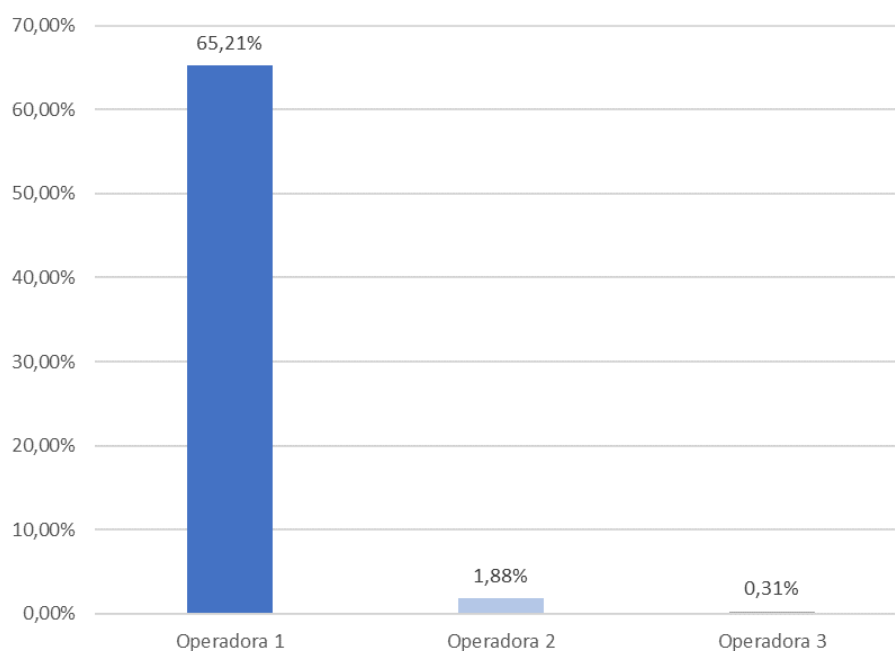


Gráfico 6. Porcentagem dos valores ressarcidos pelas operadoras de saúde 1, 2 e 3 em relação aos valores recursados de janeiro a outubro de 2022.

3.5. Problemáticas do processo de recurso de glosa

Diante do exposto anteriormente, foi realizado um trabalho *in loco* no Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos com o intuito de coletar informações sobre como eram realizados os recursos de glosa. Por meio dos relatos dos funcionários, foi identificado que há carência de gestão de conhecimento nesse âmbito, uma vez que os recursos são feitos por apenas um colaborador do Núcleo e não há um documento que oriente e padronize o processo.

Além disso, foi relatado que cada operadora possui particularidades em relação ao processo de recurso de glosa, que envolve desde o recebimento e a identificação das glosas até o envio das justificativas para o recurso. Associado a isso, o fluxo de trabalho não envolvia a área de credenciamento na tratativa com as operadoras de saúde. Dessa forma, cada recurso demanda um período longo de análise e resposta, o que retarda o ressarcimento dos valores gastos, prejudicando assim o faturamento do hospital.

3.6. Protocolos administrativos

Após o levantamento das problemáticas e como proposta de melhoria para as dificuldades encontradas durante o processo de recurso de glosa, foi elaborado o protocolo denominado “Como evitar rejeições de faturamento dos convênios” (Figura 1), que teve como objetivo apresentar os principais procedimentos do pré e pós-faturamento, representados nas

figuras 2 e 3, para o correto processamento do faturamento das operadoras de saúde vinculadas ao HCFMB.

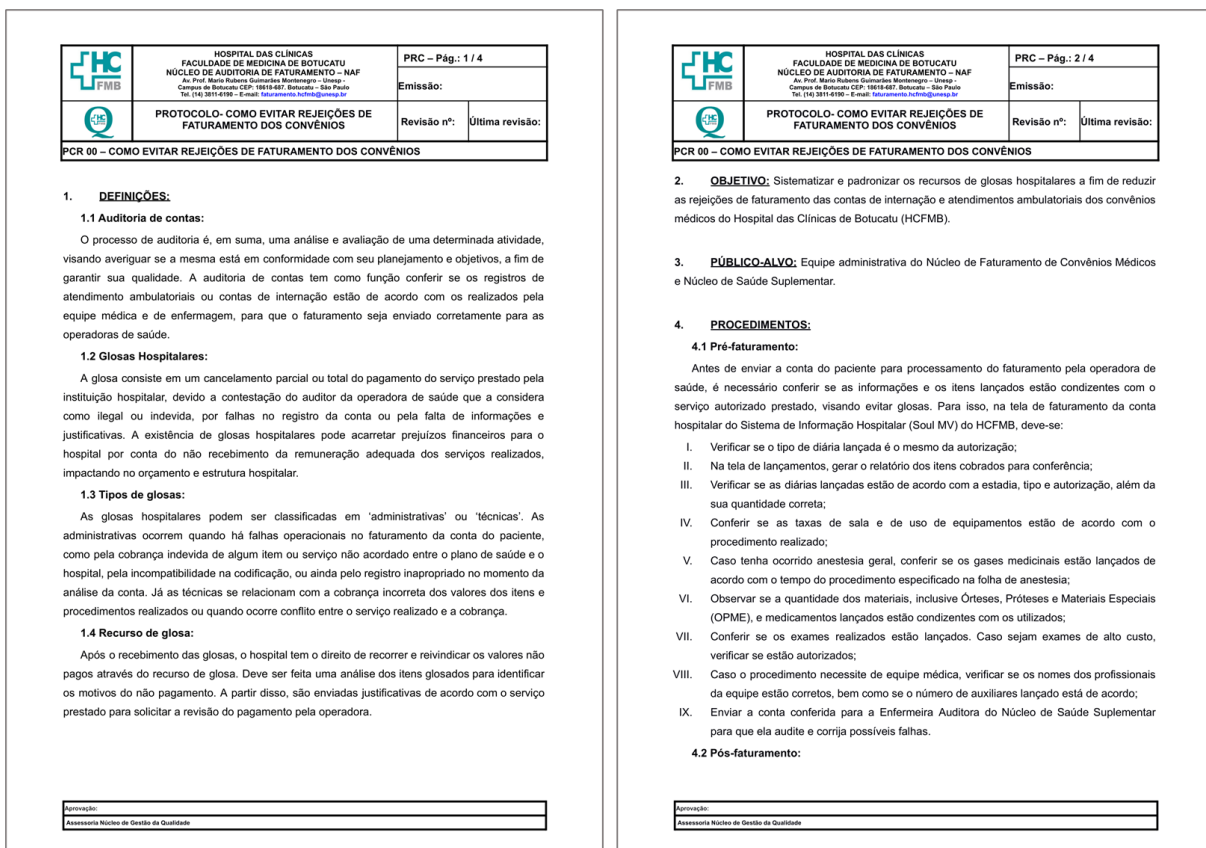


Figura 1. Imagens do protocolo “Como evitar rejeições de faturamento dos convênios” estruturado para os funcionários do Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos.

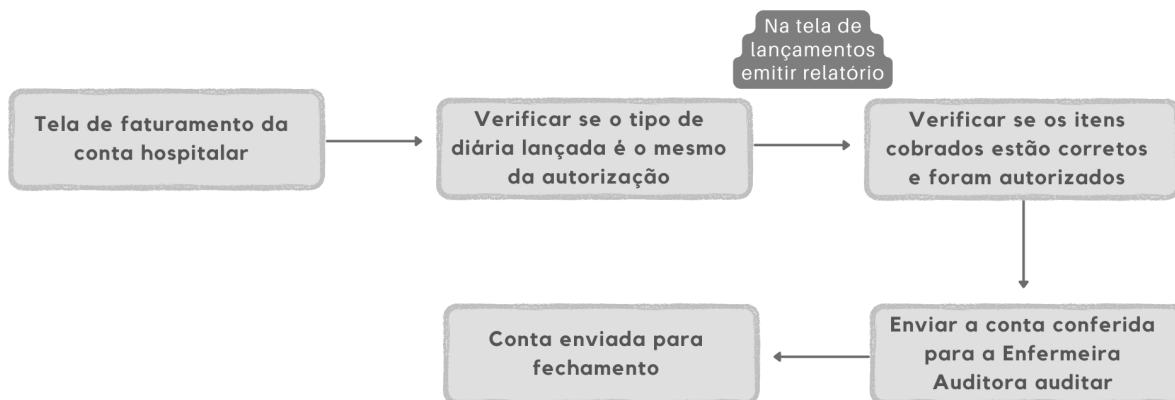


Figura 2. Fluxograma do processo de pré-faturamento realizado pelo Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos.

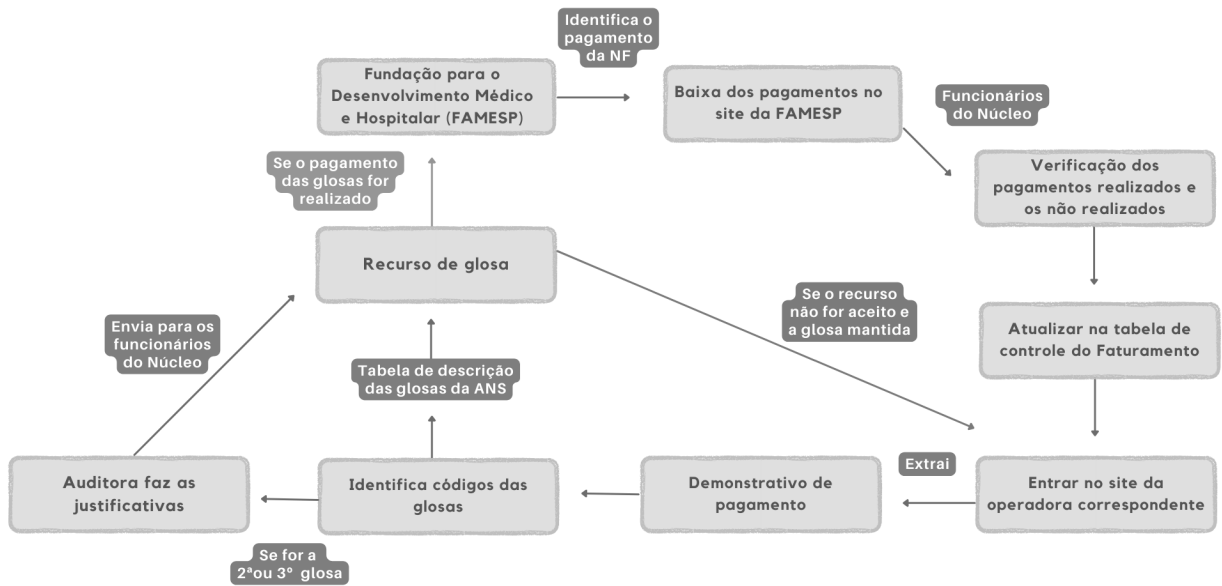


Figura 3. Fluxograma do processo de pós-faturamento realizado pelo Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos.

Além disso, foram estruturados Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) com as orientações sobre como realizar os recursos de glosa das três OPS selecionadas, seguindo as particularidades de cada uma. Dessa forma, foi possível estabelecer a padronização do processo, visando a melhoria contínua da qualidade e diminuição do tempo de resposta dos recursos.

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE ROTUCATU NÚCLEO DE AUDITORIA DE FATURAMENTO – NAF Av. Prof. Manoel Ribeiro, 2400 - Marabá - São Paulo CEP: 04101-900 - Fone: (11) 5082-1000	PRC – Pág.: 1 / 5 Emissão:	
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- COMO REALIZAR RECURSO DE GLOSA DA OPERADORA 1	Revisão nº:	Última revisão:
PCR 00 – Como realizar recurso de glosa da Operadora 1			
<p>1. OBJETIVO: Sistematizar e padronizar os recursos de glosas hospitalares a fim de reduzir as rejeições de faturamento das contas de internação e atendimentos ambulatoriais da Operadora 1.</p> <p>2. ABRANGÊNCIA: Equipe administrativa do Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos e Núcleo de Saúde Suplementar.</p> <p>3. MATERIAL E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS: Estação de trabalho, cadeira, computador com acesso ao Sistema de Informação Hospitalar do HCFMB (Soul MV), internet, tabela TUSS, tabela de descrição de glosas da ANS, acesso ao site institucional e ao sistema, canetas, lápis, impressora, impressos, documentos comprobatórios de atendimento, tabela AMB 92, tabela SIMPRO, tabela Brasíndice e contratos acordados.</p> <p>4. PROCEDIMENTOS:</p> <p>4.1 Verificação das glosas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Aguardar, após 30 dias do envio do faturamento, a Operadora 1 emitir um demonstrativo de pagamento com a descrição dos itens glosados; Entrar no site da operadora; Entrar em 'Credenciado médico' e fazer login; No canto inferior direito, acessar 'XX', que abrirá em uma outra aba; Em 'menu', clicar em 'Portal Prestador' e, em seguida, 'Consultas e Relatórios'; Clicar em 'Demonstrativo Conta Médica - TISS 2'; Selecionar o mês/ano referência e posteriormente o número do lote correspondente; Clicar no número de guia/ Senha do beneficiário que está com o nome e código em vermelho; Imprimir relatório e analisar item a item seus respectivos motivos de glosa, conforme a tabela de domínio da ANS. 			
Aprovação: Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade			

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE ROTUCATU NÚCLEO DE AUDITORIA DE FATURAMENTO – NAF Av. Prof. Manoel Ribeiro, 2400 - Marabá - São Paulo CEP: 04101-900 - Fone: (11) 5082-1000	PRC – Pág.: 2 / 5 Emissão:	
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- COMO REALIZAR RECURSO DE GLOSA DA OPERADORA 1	Revisão nº:	Última revisão:
PCR 00 – Como realizar recurso de glosa da Operadora 1			
<p>4.2 Motivos de glosa:</p> <p>4.2.1 Glosas por procedimento inativo ou inválido:</p> <ol style="list-style-type: none"> Verificar se o item autorizado é o mesmo faturado, na guia impressa ou no site; Para verificar no site da operadora, acessar 'Autorização prévia' no canto direito e filtrar pelo número da carteirinha do paciente; Se não autorizado, solicitar a consideração de item diferente, com a tabela e o novo código a que se refere. <p>Exemplo de justificativa: "Procedimento autorizado por guia XXXXXXXXX, favor reconsiderar."</p> <p>4.2.2 Glosas relacionadas a assistência:</p> <ul style="list-style-type: none"> Encaminhar para a Enfermeira Auditora do Núcleo de Saúde Suplementar justificar. <p>4.2.3 Glosas relacionadas a valores de materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Acessar a tabela SIMPRO e pesquisar o código SIMPRO ou TUSS do material; Clicar no item correspondente e conferir se o valor está correto, checando o histórico de preços, de acordo com a vigência; Verificar se o material é fracionado ou não; Escrever na justificativa a tabela acordada, data da vigência e unidade de medida. <p>Exemplo de justificativa: "Favor considerar código SIMPRO XXXXXXXXX, vigência XXXXXX, unidade de medida cobrada como embalagem/unidade/pacote, material não fracionado."</p> <p>4.2.4 Glosas relacionadas a valores de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Acessar a tabela Brasíndice e pesquisar o nome ou código TUSS do medicamento; Clicar no item correspondente e conferir se o valor está correto; Escrever na justificativa o valor e a tabela acordada; <p>Exemplo de justificativa: "Favor considerar valor cobrado conforme tabela Brasíndice Edição XXX: R\$xx.xx."</p> <p>4.2.5 Glosas relacionadas a valores de procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Na tabela AMB 92, buscar o número de CH através do código do procedimento; Se for SADT (exames), multiplicar o CH por 0,35; Se for Honorários (procedimento), multiplicar o CH por 0,44; Conferir se o valor cobrado está compatível com o cálculo; 			
Aprovação: Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade			

Figura 4. Imagens do Procedimento Operacional Padrão sobre como realizar os recursos de glosa para a Operadora 1, estruturado para os funcionários do Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos.

4. DISCUSSÃO

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu é um hospital universitário que oferece procedimentos de alta complexidade, atendendo até 68 municípios da região. Com 55 anos de história, o HCFMB é referência no Estado de São Paulo, sendo a maior instituição pública vinculada ao Sistema Único de Saúde da região e estima-se que sua abrangência populacional de atendimento seja de 2 milhões de pessoas (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE BOTUCATU, 2023). Além disso, no decorrer dos últimos 24 anos foram ampliados os atendimentos a outros tipos de convênios, tendo atualmente 47 convênios contratados, entre empresas diretas, operadoras de planos de saúde e caixa de assistência (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE BOTUCATU, 2023).

À vista disso, o HCFMB obtém recursos financeiros por seus atendimentos pelo faturamento de contas tanto do convênio SUS quanto de outros convênios. O faturamento hospitalar é importante, pois traduz em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços assistenciais em saúde (MAURIZ et al., 2012). O faturamento de contas de outros convênios é feito de forma individualizada, conforme contrato estabelecido entre o hospital e a operadora de saúde. Já a auditoria e faturamento de contas SUS são realizados de acordo com as regras e precificação da tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM) do SUS, através de pacotes de serviço com valores predeterminados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Contudo, sabe-se que o investimento público com o SUS é muito baixo para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral (PIOLA et al., 2013). Em razão dos pacotes de procedimentos cobrados serem muitas vezes inferiores aos gastos reais, ocorre um subfinanciamento da saúde pública através do Sistema de Saúde Suplementar. Logo, o lucro da assistência prestada pelo hospital para as operadoras de saúde é destinado a manutenção da infraestrutura hospitalar e investimento nos servidores. Ainda, devido à escassez de oferta de serviços especializados na região, o HCFMB é o único destino para a maioria da população e assim, atinge seu teto pactuado e não aumenta o seu recebimento SUS quando ultrapassa suas metas. Portanto, os recursos obtidos pelo HCFMB por meio dos convênios com operadoras de saúde agregam ao faturamento total do hospital e impactam não apenas os pacientes que se beneficiam, mas toda população atendida.

Nas instituições de saúde, os processos de auditoria em saúde funcionam como inibidores de irregularidades, com o intuito de manter a qualidade da assistência prestada e garantir uma posição competitiva no mercado (DIAS et al., 2011). Isto posto, o Núcleo de Faturamento de Convênios Médicos, do Departamento de Auditoria e Informações em Saúde, audita e processa o faturamento ambulatorial e de internação dos atendimentos prestados para as operadoras conveniadas ao HCFMB. O pré-faturamento consiste no lançamento dos itens da conta do paciente, considerando os medicamentos, materiais, procedimentos e exames autorizados e realizados. Já no pós-faturamento é realizada uma análise dos demonstrativos de pagamento para identificar glosas hospitalares, bem como realizar os recursos de glosa. Como demonstrado, a prática das operadoras de saúde de glosar itens é muito comum, pois ao longo do período analisado, houve 16 operadoras de saúde que glosaram pelo menos um item.

Como limitações, este estudo não avaliou as causas das glosas, uma vez que não é utilizada uma ferramenta para o controle e registro dos motivos pelos quais os itens foram glosados pelas OPS. Além disso, os dados analisados provêm de planilhas alimentadas manualmente pelos funcionários do Núcleo, o que as torna passíveis de erro. Logo, os valores e porcentagens calculadas podem possuir margem de erro não estimada.

Contudo, observa-se que as glosas hospitalares geram prejuízos ao hospital, pois, nas três operadoras com maior porcentagem média de glosas, mais de 10% do valor total cobrado era glosado. Além disso, os valores recursados eram menores do que os valores glosados, e os valores ressarcidos eram menores do que os valores recursados. Nota-se também uma discrepância dos recursos aceitos pelas operadoras, dado que a operadora 1 pagou uma porcentagem maior em relação ao valor recursado, comparado às operadoras 2 e 3, cuja porcentagem foi menor do que 30%, chegando a menos de 2% em 2022. Desse modo, os prejuízos causados pelas glosas se devem também à ineficiência dos recursos de glosa, uma vez que parte dos recursos realizados não possuíam justificativas consideradas adequadas pelas OPS analisadas, e, por conseguinte, não eram aceitos. Assim, identificar as problemáticas relacionadas aos recursos de glosa pode contribuir para a criação de estratégias que evitem falhas nesse processo (ZUNTA; LIMA, 2017).

Mediante isso, notou-se que as principais problemáticas dos recursos de glosa estavam relacionadas à falta de gestão de conhecimento e padronização do processo, somada às peculiaridades de cada operadora, que aumentam o tempo médio de identificação e resposta das glosas, e dificultam a elaboração de justificativas. Tem-se que a gestão do conhecimento busca encontrar as melhores formas de mobilizar conhecimentos individuais, torná-los coletivo e integrá-los a estratégias que se traduzam em vantagens competitivas. Desse

modo, os protocolos administrativos são processos ricos em aprendizagem organizacional e, como prescrevem racionalmente os melhores recursos a serem utilizados, são a garantia da maior probabilidade de resultados almejados (JACQUES; GONÇALO, 2007). Nesse sentido, os Procedimentos Operacionais Padrão são comumente utilizados em atividades administrativas e técnicas para garantir a uniformidade na execução de uma tarefa, fazendo com que o resultado da solução seja sempre o mesmo, independente dos responsáveis. (FREYRE et al., 2021)

Portanto, espera-se que a aplicação dos protocolos administrativos estruturados auxilie na sistematização e padronização do processo de recursos de glosas, contribuindo positivamente para o faturamento do HCFMB. O sucesso da sua utilização poderá ser mensurado por meio da comparação entre os valores recursados e acatados, através de análise estatística de significância. Não obstante, os POPs deverão ser atualizados sempre que necessário, para que orientem a execução das ações da melhor maneira e garantam o resultado esperado (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008). Ainda, se faz necessário buscar meios de controle e registro dos motivos de glosa, para que seja realizada uma análise do pré-faturamento e sugerida uma proposta de melhoria para evitar as glosas hospitalares, pois elas são indicadores de desempenho expressivos para que as instituições verifiquem os pontos críticos a serem melhorados no processamento das informações em saúde (ANNE et al., 2018).

5. CONCLUSÃO

Com esse estudo, foi possível verificar o impacto das glosas e recursos de glosa para o faturamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), a partir da análise das glosas das operadoras de saúde conveniadas à instituição de 2021 a outubro de 2022. Os dados sobre os valores glosados, recursados e acatados foram discutidos e foram identificadas três operadoras de saúde com maior frequência de glosas durante o período analisado. Também foram observadas as problemáticas do processo de recurso de glosa, que não possuía orientações padronizadas para sua realização com base nas particularidades de cada operadora, ocasionando recusa das justificativas e subfaturamento dos procedimentos.

A partir disso, foram elaborados protocolos administrativos como proposta de melhoria dos recursos de glosa, a fim de apresentar as principais etapas do pré e pós faturamento, bem como instruir os colaboradores do Núcleo de Faturamento de Convênios

Médicos sobre como realizar os recursos de cada operadora, assegurando sua qualidade, através dos Procedimentos Operacionais Padrão. Entretanto, futuramente se faz necessário uma análise aprofundada sobre os motivos de glosa, de maneira qualitativa e quantitativa, para compreender quais procedimentos devem ser aprimorados e assim ter maior controle das glosas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. **Texto para discussão**, p. 80, 1998.
- ANNE, J. et al. Glosas em contas hospitalares : um desafio à gestão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 1, n. 5, p. 2658–2666, 2018.
- CASTILHO, V. et al. Levantamento das principais fontes de desperdício de unidades assistenciais de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe, p. 1613–1620, dez. 2011.
- DIAS, T. C. L. et al. Nursing audit: systematic review of the literature. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 931–937, 2011.
- FREYRE, E. D. A. et al. Repositório Institucional da Fiocruz - Arca: a importância da uniformização de procedimentos operacionais. **Páginas a&b: arquivos e bibliotecas**, Porto, Portugal, S.3, nº especial ConfOA, p. 99-105, 2021.
- GOMES E CLAUDINO, H. et al. Audit in nursing records: Integrative review in the literature. **Revista Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 397–402, 2013.
- GUERRER, G. F. F. CASTILHO, V. LIMA, A. F. C. Processo de formação de contas em um hospital de ensino especializado em cardiologia e pneumonia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 558–565, 2014.
- GUERRERO, G. P. BECCARIA, L. M. TREVIZAN, M. A. Procedimento Operacional Padrão: Utilização na Assistência de Enfermagem em Serviços Hospitalares. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 966–972, 2008.
- HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE BOTUCATU. HCFMB- Unesp, 2023. Quem somos. Disponível em: <https://hcfmb.unesp.br/our-clinic/quem-somos/>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2023.
- HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE BOTUCATU. HCFMB- Unesp, 2023. Convênios. Disponível em: <https://hcfmb.unesp.br/convenios/> Acesso em: 13 de fevereiro de 2023.
- JACQUES, J. E. GONÇALO, C. R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **RAI - Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 106-124, 2007.
- MAURIZ, C. et al. Faturamento hospitalar: um passo a mais hospital billing: a step more. **Revista Inova Ação**, Teresina, v. 1, n. 1, art. 4, p. 38-44, jan./jun. 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Auditoria nas assistências ambulatorial e hospitalar no SUS: orientações técnicas**. [s.l: s.n.].
- OLIVEIRA, V. F. DE. Faturamento Hospitalar: Identificação Dos Pontos De Melhoria Para a Otimização Dos Processos. 2019.

PAULA DE GODOI, A. et al. Auditoria de custo: análise comparativa das evidências de glosas em prontuário hospitalar* Cost auditorship: comparative analysis of gloss evidence in hospital record. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 26, n. 4, p. 403–8, 2008.

PIETROBON, L. PRADO, M. L. DO. CAETANO, J. C. Supplemental health in Brazil: The role of the National Agency of Supplemental Health in the sector's regulation. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 767–783, 2008.

PIOLA, S. F. et al. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde**. [s.l.: s.n.].

RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G. JERICÓ, M. C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem Hospital gloss: the importance of nursing annotation. **Arquivos de Ciência e Saúde**, v. 11, n. 4, p. 210–4, 2004.

SILVA, J. A. S. V. HINRICHSEN, S. L. Glosas hospitalares e o uso de protocolos assistenciais: revisão integrativa da literatura. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 66, 2017.

TRUZZI, I. G. DE C. et al. A influência dos registros do prontuário como um dos fatores associados à glosa técnica hospitalar. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, p. 1 / 9, 2022a.

ZUNTA, R. S. B. LIMA, A. F. C. Processo de auditoria e faturamento de contas em hospital geral privado: um estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 1–12, 2017.