

Análise das Glosas em Faturamento nas Operadoras de Planos de Saúde de um Hospital no Oeste do Paraná

Glosses in Billing About Health Plan Operators: impacts caused in a hospital in the western region of Paraná State

Stephany da Silva^{*1} – stephany.silva523@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3599-522X>

José Antonio Cescon^{*1} – cescon@cescon.adm.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8338-7743>

Nilton Cesar Lima^{*1} – niltoncesar@ufu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8933-9953>

Vinicius Abílio Martins^{*1} – viniciusabilio@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5668-5518>

Eloisa Lopes Soares Lima^{*2} – eloisalsl2005@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6148-6057>

1 – Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

2 – Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Resumo

Este artigo objetivou analisar as glosas efetuadas entre três operadoras de saúde com maior faturamento hospitalar em um determinado hospital da região oeste do estado do Paraná. O estudo realizado apresenta-se sob a metodologia descritiva e explicativa, por meio de observação, buscando obter uma compreensão aprofundada do fenômeno das glosas sob os processos de faturamento. Como resultado, foram identificadas falhas nos procedimentos realizados para as operadoras, dificultando a cobrança devida, e em muitos casos esses problemas ocasionaram as glosas com o bloqueio do recebimento das receitas. Com a presente pesquisa foi possível observar a necessidade de maior envolvimento e interação da alta gestão, nos processos de atualização contratual com as operadoras, bem como a necessidade de capacitação contínua das equipes de faturamento, de modo que a qualidade dos serviços e a receita não sejam impactados de forma negativa. Ao nível teórico, este estudo avança na compreensão da dinâmica da gestão hospitalar, bem como das relações interorganizacionais, entre operadoras de planos de saúde e a unidade hospitalar. Por sua vez, ao nível prático, os resultados possibilitam um melhor entendimento da dinâmica das origens das glosas, além de indicar caminhos que podem contribuir para a redução de perdas.

Palavras-chave: Faturamento Hospitalar; Glosas; Operadoras de Planos de Saúde.

Abstract

This article aimed to analyze the disallowances made between three health insurance companies with the highest hospital billing in each hospital in the western region of the state of Paraná. The study was carried out using a descriptive and explanatory methodology, through observation, seeking to obtain an in-depth understanding of the phenomenon of disallowances in the billing processes. As a result, flaws were identified in the procedures carried out for the operators, making it difficult to collect due amounts, and in many cases these problems caused the disallowances and blocked the receipt of revenues. With this research, it was possible to observe the need for greater involvement and interaction of senior management in the processes of contractual updating with the operators, as well as the need for continuous training of the billing teams, so that the quality of services and revenue are not negatively impacted. At the theoretical level, this study advances the understanding of the dynamics of hospital management, as well as the inter-organizational relationships between health insurance companies and the hospital unit. In turn, at a practical level, the results allow for a better understanding of the dynamics of the origins of glosses, in addition to indicating paths that can contribute to reducing losses.

Keywords: Hospital Billing; Glosses; Health Plan Operators.

Recebimento: 24/10/2023 | **Aprovação:** 24/07/2024

Editora responsável aceitação: Dra. Luciana Klein

Editor responsável edição: Dra. Luciana Klein

Avaliado pelo sistema: Double Blind Review

Volume/número: v17, 2025

DOI: <http://doi.org/10.5380/rcc.17.93128>

1 Introdução

Os hospitais são organizações consideradas complexas, que necessitam de constantes mudanças para se manterem atualizados na área da saúde (Prestes, 2019; Brasil, 1977). O hospital, objeto deste estudo, dedica 60% de seus serviços à atendimentos filantrópicos (por meio do Sistema Único de Saúde - SUS) e diante dos recursos públicos e privados que são destinados a promover um ambiente qualificado e sustentável, é preciso reduzir custos, eliminar os desperdícios, retrabalhos, e ter os processos alinhados às estratégias organizacionais, para permanecer no mercado com resultados positivos (Oliveira & Oliveira, 2020; Brizola, 2010).

Com o intuito de atingir seus objetivos econômicos, as prestadoras de serviços de saúde contam com uma estrutura organizacional que inclui um setor específico conhecido como faturamento. Este setor é responsável pelo processamento das contas hospitalares do paciente e pela transformação de todos os serviços assistenciais, insumos, instalações e equipamentos em receitas (Cobaito, 2016; Mauriz et al., 2016).

Contudo, no âmbito do faturamento, até que esse atendimento seja efetivamente transformado em receita, se faz necessário o cumprimento de vários protocolos e exigências contratuais para que de fato essa conta possa ser adequadamente processada. Dessa forma, o processamento perpassa por diversas exigências realizadas por órgãos reguladores, tais como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em atendimento às normativas previstas em resoluções, para que então ocorra o registro seguro do paciente, ao prosseguir por exigências diversas, inclusive as burocráticas e de conotação responsivas, como assinaturas, carimbos, evoluções, prescrições, checagens entre outros (Bernz, 2022; Rodrigues, Perroca & Jericó, 2018).

Após o cumprimento de todas as exigências para o efetivo faturamento, a fatura é auditada pelos enfermeiros, visando sanar qualquer pendência e garantir ao máximo o recebimento integral dos serviços prestados (Santos & Rosa, 2013). Cumprida as exigências e auditado o faturamento, prossegue-se com a efetuação do lançamento dos itens e processamento da conta, realizando o envio para a operadora do plano de saúde, que por sua vez pode pagar integral ou parcialmente a fatura.

Ocorrendo o pagamento parcial, tem-se o que é chamado de glosa. O termo glosa na área hospitalar está relacionado ao faturamento não recebido do atendimento dos serviços prestados ao paciente, e quando ele ocorre, o hospital ainda pode questionar e reaver esses valores, realizando o nomeado recurso de glosa (Truzzi et al., 2022; Vigna, Ruiz & Lima, 2020; Souza, Oliveira & Colavolpe, 2016).

Entretanto, acredita-se que a aplicação do processo de glosa, visando reaver os valores e aguardar o pagamento da operadora de saúde, não é suficiente. Esta pesquisa pretende examinar se tal prática persiste ao longo do tempo no hospital em foco (Hospital da região oeste do Estado do Paraná, cuja identidade é preservada). Estudos anteriores indicam a importância de um acompanhamento contínuo, após o recurso, com notificação de cobrança de valores em aberto, reuniões com as operadoras e negociações contratuais, visando minimizar a redução de receitas. Nesse sentido, diversos ajustes entre as equipes são necessários para de fato melhorar a relação entre prestador do serviço (hospital) e a operadora de saúde, e assim conferir credibilidade ao trabalho realizado (Prestes, 2019; Salu, 2018; Souza et al., 2018; Cobaito, 2016).

A partir da lacuna caracterizada, à qual o presente artigo dirige seu foco, foram analisados os valores que podem ser recuperados pelas instituições de saúde referentes às glosas faturadas pelas operadoras, denotando como contribuição da pesquisa a indicação de uma estratégia para que se realizem mudanças no ambiente de gestão hospitalar. Nesse contexto, conhecer e entender o mecanismo que leva à incidência de glosas, deve possibilitar a identificação dos setores assistenciais que necessitam de monitoramento constante em seus processos, bem como implementar uma educação continuada.

De acordo com dados da Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) (2022), algumas operadoras de saúde conferem grande parte do faturamento e, no entanto, possuem uma baixa taxa de glosa. Outras, por sua vez, possuem um faturamento menor, porém com uma taxa de glosa elevada. Com isso, analisar as glosas

e os motivos pelos quais elas ocorrem nas operadoras de planos de saúde é uma prática que contribui para melhorar a qualidade dos recursos praticados por operadoras de planos de saúde, bem como para executar ações com a enfermagem assistencial a qual coopera em corrigir e sanar lacunas nos processos, e para aprimorar meios para se investir em treinamento com equipes responsáveis pelo faturamento e assim conseguir minimizar a incidência de interveniências nas faturas, além de reaver os valores em aberto oriundos das glosas.

Diante do exposto, o presente trabalho busca responder à seguinte questão de pesquisa: quais são as principais causas das glosas no processo de faturamento hospitalar em relação às operadoras de planos de saúde? Com o propósito de elucidar essa questão, a presente pesquisa tem como objetivo investigar as glosas no processo de faturamento hospitalar com as três principais operadoras de saúde de maior faturamento em um hospital da região oeste do Paraná, analisando as causas das glosas e identificando ações estratégicas.

O estudo se justifica na medida em que busca identificar os motivos que levam às glosas do faturamento por parte das operadoras de planos de saúde além de evidenciar o impacto dos valores de faturamento não convertidos em receitas efetivas devido à incidência de glosas. Do ponto de vista pragmático, o estudo se propõe a motivar os gestores a lidar com um assunto que tem sido recorrente nos hospitais.

Os resultados deste estudo possuem relevância prática e teórica. No nível teórico, este estudo avança na compreensão da dinâmica da gestão hospitalar, bem como nas relações interorganizacionais entre operadoras de planos de saúde e a unidade hospitalar. Por sua vez, no que se refere ao nível prático, os resultados, possibilitam aos envolvidos no processo (médicos, enfermeiros, técnicos, auditores e gestores) um melhor entendimento da dinâmica das origens das glosas, bem como indica caminhos que podem contribuir para a diminuição de perdas, melhorando assim a aplicação dos recursos.

2 Referencial Teórico

2.1 Entidade Hospitalar

Os hospitais, denominado na era mesopotâmica como “centros de cura”, surgiram inicialmente com o foco na religiosidade, como prática de cura e posteriormente difundiram-se com as guerras, mantendo sua essência de beneficência e caridade e cumprindo diversas funções durante sua história milenar, seja em asilos para os pobres, albergues para peregrinos, hospícios para idosos e marginalizados e doentes agudos e crônicos (Riva & Cesana, 2013).

Nesta época, não havia rotinas médicas e nem um pensamento administrativo hospitalar estabelecido, sendo, portanto, apenas um local de cura (Riva & Cesana, 2013). Com o avanço dos estudos médicos e as necessidades provocadas pelas guerras, criaram-se os hospitais militares, visando o tratamento dos traumas da guerra (Sheingold & Hahn, 2014).

No contexto do século XXI, é possível admitir que os hospitais ainda mantêm o objetivo da cura, embora agora orientado por uma perspectiva administrativa e empresarial, visando torná-los viáveis e sustentáveis, visto que a organização hospitalar se apresenta como uma entidade complexa, pois é composta por diversas partes e atividades ligadas entre si, atividades estas que compreende muitos elementos (Bernz, 2022; Brizola, 2010). Assim, para o Ministério da Saúde (Brasil, 1977), o hospital é concebido como uma parte integrante de uma organização médico-social, cuja função essencial é prestar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob qualquer plano de assistência, inclusive domiciliar.

Além disso, o hospital assume ainda o papel de centro educacional, promovendo a capacitação de recursos humanos e pesquisas em saúde, bem como a orientação de pacientes, encarregando-se da supervisão e orientação dos estabelecimentos de saúde vinculados a essa estrutura (Brasil, 1977). No hospital em foco, os recursos financeiros que garantem sua sustentabilidade provêm de três vias: (i) SUS; (ii) operadoras de planos de saúde privados (controladas pela ANS); e, (iii) de forma particular, em que o cliente paga diretamente ao hospital pelo serviço recebido. No cenário da globalização, as empresas estão compelidas em buscar a mais alta qualidade de serviço possível. Algumas ferramentas para atingir esse sucesso já estão

difundidas globalmente, como a internet, a tecnologia da informação e a gestão de processos (Mauriz et al., 2012; Brizola, 2010).

2.2 Operadoras de Plano de Saúde

Dado que a demanda de inúmeras pessoas não pode ser atendida, qualitativamente pelo setor público de saúde, a saúde suplementar surge como um pilar para sustentar o Sistema Nacional de Saúde (SNS), desempenhando um papel indispensável para o Estado (Truzzi et al., 2022). Nesse contexto, a Saúde Suplementar surgiu no país na década de 1960, com o crescimento econômico e o avanço do trabalho formal, quando as empresas começaram a oferecer planos de assistência médica aos colaboradores (Mauriz et al., 2012; Brizola, 2010).

Entretanto, a atividade só foi regulamentada em 1998, por meio da Lei no 9.656, de 03 de junho de 1998, que regulamenta os planos de saúde e as empresas deste ramo, conhecidas como operadoras. A partir da criação da lei, foram estabelecidos os principais requisitos e diretrizes para o melhor funcionamento deste segmento. Além disso, diversas Resoluções Normativas, emitidas pela ANS (2022), foram implementadas para regulamentar aspectos como, as condições contratuais entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços de atenção à saúde, e normas para reajustes e definição de prazos máximos de atendimento aos beneficiários, para garantir a proteção dos direitos dos consumidores e prevenir possíveis práticas abusivas por parte das operadoras (ANS, 2022; Brasil, 1998).

A forma de remuneração predominante é a “fee for service”, em tradução livre “taxa por serviço”. Esse modelo foi criado nos Estados Unidos na década de 1930, como base de um emergente sistema privado de seguridade, caracterizado pela “conta aberta”, isto é, hospitais, laboratórios e médicos atendem um determinado paciente de acordo com suas necessidades e repassam para a operadora do plano de saúde uma fatura detalhada de todos os recursos humanos e materiais utilizados durante a assistência (Costa & Arrais, 2018).

Nesse modelo de faturamento, os valores praticados para os mesmos tipos de procedimento variam amplamente entre diferentes prestadores e pagadores. Os valores de materiais e medicamentos praticados nessas instituições são baseados nas revistas Simpro (revista Paulista responsável por informar a tabela de valores de materiais vigentes na área da saúde) e Brasíndice (essa, por sua vez, publica valores em medicamentos).

Nesse contexto, essas fontes orientam o valor mínimo de compra mais um percentual sobre os materiais e medicamentos. Muitos hospitais fazem uso dessas referências, chegando a obter uma margem de lucro de até 200% sobre o valor de custo de aquisição do produto (Bernz, 2022). Embora essa prática possa não ser vantajosa para as operadoras, os hospitais estão obrigados a cobrar apenas pelos itens divulgados nessas fontes.

Quanto aos itens que são descontinuados, a cobrança torna-se inviável, e para essa situação o hospital tem duas opções: negociar os itens descontinuados com as operadoras (prática inexecutável, tendo em vista o lapso temporal da compra, entrega, estocagem, cadastro e utilização do item na conta hospitalar), ou optar pela compra somente dos itens constantes das tabelas mencionadas, absorvendo o risco de quando o material ou medicamento for utilizado, não constar mais na tabela uma vez que as atualizações das publicações ocorrem duas vezes ao mês. Desta forma, se não houver negociação antecipada ou quando o item utilizado já não estiver nas publicações, o hospital terá que absorver o custo destes itens utilizados (ANS, 2022; Bernz, 2022; Mauriz et al., 2012; Brizola, 2010).

Neste sentido, seria possível aventar a possibilidade de realizar a cobrança diretamente do paciente? Entende-se que a maioria dos contratos com as operadoras de planos de saúde não permite a cobrança particular de itens que não são contratualizados (Mauriz et al., 2012). Contudo, percebe-se que o maior impacto desses itens só ocorre no faturamento (após a saída do paciente da unidade hospitalar), e somente durante o

envio da conta hospitalar para a operadora é possível identificar que esse item foi descontinuado, sendo então excluído da conta.

Sendo assim, observa-se que não é realizada a substituição do item, e mesmo que a operadora não barre o envio da conta, ela incorre na possibilidade do não pagamento da totalidade daquilo que é devido, e da glosa (ANS, 2022; Bernz, 2022; Mauriz et al., 2012; Brizola, 2010). Nesse contexto, observa-se que há uma tendência das operadoras para a mudança desse tipo de remuneração, com a alegação de repasse e inclusive de redução das glosas (Francisquini, 2020).

Partindo do modelo *fee for service* para a diária global, este último consiste em valores estabelecidos com base nos dias de permanência do paciente, derivados da estimativa de seus custos (Bernz, 2022). Em outras palavras, os valores são atribuídos conforme o número de diárias, variando conforme a complexidade do hospital e da clínica (médica, cirúrgica, UTI, etc.). Esse modelo abrange não apenas as despesas relacionadas com as diárias, mas, também engloba materiais de consumo, serviços de enfermagem, uso de equipamentos, exames, honorários médicos, taxas diversas, e inclusive os medicamentos de alto custo, órtese e próteses que permanecem cobrados mediante conta aberta (Bernz, 2022).

2.3 Faturamento Hospitalar

O setor de faturamento é um domínio complexo que impacta, de maneira direta ou indireta, todos os setores hospitalares, englobando a totalidade dos valores referentes às faturas emitidas em determinado período (Balzan, 2000). Este setor é responsável, segundo o autor, pelo apontamento e cobrança financeira de todas as despesas realizadas pelos pacientes, estendendo-se inclusive à interação com os diversos compradores de serviços. Seu estudo proporciona uma compreensão detalhada das diárias e taxas hospitalares cobradas, assim como a quantificação e avaliação monetária dos materiais e medicamentos utilizados.

O processo de faturamento tem início com a chegada do paciente ao hospital. Cada atendimento e procedimento devem ser relatados no prontuário do paciente. O prontuário, quando não é eletrônico, demanda a impressão das evoluções, prescrições com assinatura e carimbo dos responsáveis. Portanto, a responsabilidade pela construção do prontuário recai sobre os profissionais que prestam assistência, enquanto os assistentes administrativos ficam encarregados da montagem e verificação minuciosa de todas as evoluções, assegurando a presença das assinaturas dos responsáveis, antes de encaminhar a documentação ao setor de faturamento (Bernz, 2022; Brizola, 2010; Balzan, 2000). Neste contexto, há gargalos no processo, que demanda o envolvimento de diversos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, auditores e gestores), encarecendo-o e tornando-o mais lento. Neste sentido, os excessos de burocracia como evoluções médicas incompletas, falta de assinaturas e dados e demora na entrega do setor de faturamento são algumas das possíveis causas de atrasos e glosas (Bernz, 2022; Oliveira & Oliveira, 2020; Balzan, 2000).

Oliveira e Oliveira (2020) identificaram considerações relevantes sobre o faturamento, durante uma pesquisa experimental conduzida em um hospital de grande porte de Belo Horizonte MG. Eles constataram que, devido ao elevado fluxo de pacientes e de procedimentos que cada médico realiza, é possível que ocorram falhas nas impressões de documentos, instabilidades na internet, problemas com assinatura digital, entre outros. Todos estes cenários resultam em custos, frequentemente não percebidos, que acabam impactando o processo de faturamento junto às operadoras (Bernz, 2022; Salu, 2018).

O faturamento deve ser encarado não apenas como um departamento, mas como um processo, um ciclo de início e fim de atividades, de modo que seja percebido entre todos os elos envolventes do hospital, como um setor imprescindível para seu funcionamento e sua sustentabilidade financeira. Assim, se a equipe do faturamento e a auditoria de contas médicas não dedicarem parte do seu tempo para realizar melhorias nas condições de trabalho, a vulnerabilidade quanto à continuidade operacional do hospital passa a ser provável, neste sentido a gestão do faturamento deve ser eficiente quanto a sua rotina, procedimentos e melhorias (Salu, 2018).

De modo complementar, estudos encontrados em Mauriz et al. (2012) demonstraram que o faturamento deve instituir fortemente objetivos setoriais comuns a todos os seus colaboradores para evitar a evasão de receitas. Pois, pode não somente causar a diminuição de recursos financeiros e econômicos, como também, dependendo do tempo e da perda do quantitativo financeiro, colocar a instituição em situação frágil ou inviável financeiramente. Portanto, é perceptível que os gestores de cada área devem dedicar parte do seu tempo para aprimorar aspectos do processo, aproximando-se das demais áreas e aproveitando qualquer forma de apoio disponível, sobretudo para os hospitais que ainda se encontram em estágio inicial no que diz respeito à integração dos controles nos processos assistenciais e de retaguarda administrativa e assistencial (Oliveira & Oliveira, 2020).

2.4 Glosas Hospitalares

Para Rodrigues et al. (2004), a caracterização do conceito de glosas refere-se à supressão total ou parcial de uma quantia averbada em um escrito, em uma conta, ou ainda pelo cancelamento, recusa parcial ou total de um orçamento, ou conta verba, decorrente de registros ilegais ou indevidos. Os autores ainda definem as glosas hospitalares como a situação em que as operadoras de planos de saúde deixam de efetuar o pagamento integral ou parcial do valor da fatura apresentada pelo prestador. Sendo assim, a glosa pode ocorrer de maneira total ou parcial. Na Tabela 1, apresentam-se os tipos de glosas.

Tabela 1:

Tipos de glosas

Tipo	Definição	Exemplos
Glosa Administrativa	São as mais comuns e tem a características de serem geradas por falhas no processo administrativo.	<ul style="list-style-type: none">- ausência ou preenchimento incorreto das guias de autorização;- valores dos itens fora da faixa acordada nos contratos;- códigos de procedimentos incorretos;- datas dos atendimentos fora dos prazos.
Glosa Técnica	Ocorrem em função de algum procedimento médico inadequado ou que não sigam as boas práticas médico hospitalares.	<ul style="list-style-type: none">- falta de checagem dos medicamentos;- falta de descrição dos procedimentos cirúrgicos;- falta da evolução da equipe de assistência;- procedimentos realizados sem a descrição no prontuário do paciente;- descrição incompleta da assistência de enfermagem prestada no prontuário do paciente;- falta de prescrição de procedimentos ou medicamentos.
Glosa Linear	São aquelas que são geradas pelos convênios de maneira ampla e irrestrita, sem qualquer justificativa aos prestadores, mesmo que esses tenham atendido a todas as exigências e as boas práticas médicas.	<ul style="list-style-type: none">- omissões: onde muitas vezes tais glosas não são apresentadas aos prestadores, e essa conduta pode ser caracterizada como prática irregular e o convênio pode sofrer ações de medidas regulatórias por parte da ANS.

Fonte: Adaptado de Rodrigues et al. (2004).

Os dados apresentados evidenciam que as principais causas de glosas estão relacionadas aos registros nos prontuários dos pacientes, envolvendo também medicamentos e materiais utilizados, letra pouco legível ou mesmo ilegível, rasuras, ausência de checagem na prescrição médica e de enfermagem, anotações pouco específicas, falta de registro ou registros incompletos, entre outros aspectos (Oliveira & Oliveira, 2020; Rodrigues et al., 2004).

Resultados encontrados por Rodrigues et al. (2018) e Truzzi et al. (2022) demonstraram uma alta incidência de glosas técnicas em serviços de pronto-socorro, internações curtas e de longa permanência. Essas glosas foram associadas a falhas nos registros do prontuário e às políticas de auditoria, implicando na execução do reembolso pelas operadoras.

Ressalta-se aqui o papel dos indicadores da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), como uma ferramenta para monitorar o comportamento das operadoras nacionais. De janeiro a novembro de 2022, em comparação com o mesmo período do ano anterior, os indicadores revelaram um aumento na taxa de glosas, passando de 3,63% para 4,51% da receita líquida dos hospitais associados à ANAHP. No mesmo período, o prazo médio de recebimento aumentou de 68 para 76 dias (ANAHP, 2023). Na prática, essa dinâmica cria um cenário em que a quantidade expressiva de glosas, em muitos casos, desequilibra a relação entre operadoras e hospitais, impactando negativamente no fluxo de caixa dos prestadores.

3 Metodologia

A pesquisa é do tipo descritiva, e considerando a coleta e uso de dados primários, configura-se sob uma abordagem quantitativa visando comparar as médias e identificar comportamentos relacionados às variações nos índices de glosas entre diferentes operadoras de planos de saúde. Complementou-se com uma abordagem qualitativa, tratando-se de um estudo observacional, realizado por meio de “pesquisa ação”.

Diferentemente de um estudo de caso, o estudo não foi aprofundado ao nível protocolar, o que envolveria as demais operacionalidades hospitalares. Assim, este estudo, admitiu como método empregado a pesquisa ação, não atribuindo ao sujeito (autor) um papel de intervenção nos processos, mas sim como aquele interlocutor que vivencia os fatos no setor hospitalar (campo observacional), cujas práticas, políticas e operacionalizações envolvendo glosas puderam ser captadas.

Deste modo, a pesquisa diz respeito a um hospital de grande porte, cuja identidade é preservada nesta pesquisa. Localizado na região Oeste do Paraná, o hospital é referência para neonatologia, gestação de alto risco, oncologia e cardiologia. Dispõe de 206 leitos de internação, distribuídos em mais de 25.000 metros quadrados de área construída e conta com aproximadamente 1.400 (mil e quatrocentos) funcionários até dezembro de 2022.

Dada suas áreas de atuação e localização (abrangendo inclusive a tríplice fronteira: Brasil, Argentina e Paraguai), estão contratualizadas mais de quarenta e sete operadoras e seguradoras de saúde, cada uma com suas peculiaridades de atendimento e regras contratuais, de maneira que, além das normatizações trazidas pelas agências reguladoras e as que estão vigentes na Lei n.º 9.656, há ainda os procedimentos inerentes ao contrato firmado com cada operadora.

Quanto aos procedimentos, a pesquisa segue uma abordagem observacional e documental, enfatizando a perspectiva da pesquisa ação. A fim de alcançar os objetivos estabelecidos, foram realizadas observações sistemáticas e detalhadas do contexto em estudo, com ênfase nas práticas e processos relacionados à ocorrência de glosas em relação às operadoras de planos de saúde.

As observações foram realizadas de forma participante, com um pesquisador autor imerso no ambiente hospitalar responsável por estabelecer um contato direto com as operadoras de planos de saúde, e com os profissionais envolvidos nos processos de faturamento ocorridos durante o primeiro quadrimestre de 2023, onde se reuniram os dados primários, incluindo observação direta, registro de notas de campo e entrevistas informais. Durante as observações, foram identificados e registrados os diferentes estágios do processo de faturamento, as interações entre as equipes hospitalares e as operadoras de planos de saúde, bem como as eventuais dificuldades, desafios e fatores que influenciam a ocorrência de glosas.

As informações foram obtidas através do banco de dados do sistema utilizado para efetuar os recursos de glosas na instituição, cujos dados analisados abrangeram o período de janeiro a dezembro de 2022, classificando as glosas como administrativas e técnicas. Adicionalmente, os dados coletados em documentos relacionados ao faturamento, como registros de contas hospitalares, protocolos e regulamentos pertinentes, serviram como fontes complementares de informações para análise e triangulação dos dados observacionais. Dessa maneira, a análise dos dados configurou-se sob as abordagens qualitativa e quantitativa, envolvendo a

categorização dos dados coletados, a fim de identificar padrões e tendências relacionadas às causas e implicações das glosas no faturamento hospitalar.

Nesse sentido, ressaltando o emprego das abordagens quantitativas, utilizou-se a técnica da estatística descritiva (Field, 2013), onde foram calculadas na amostra a média aritmética como forma comparativa. Por sua vez, na abordagem qualitativa, a pesquisa tem o ambiente hospitalar como fonte direta dos dados (Prodanov & Freitas, 2013). Sendo assim, os dados coletados são descritivos, retratando o maior número possível de elementos existentes no contexto analisado. Como instrumento da análise descritiva, optou-se pelo emprego do software Jamovi (2024, versão 2.5). O hospital como campo de estudo e de observação, possibilitou que o processo fosse significativamente mais explorado do que o próprio produto. Ou seja, observar as maneiras e formas com que se catalogam os procedimentos hospitalares representa os principais focos observacionais da abordagem para a compreensão das glosas incorridas (Field, 2013; Prodanov & Freitas, 2013).

Finalmente, ressalta-se que, durante o processo de pesquisa, observou-se a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), como elemento da gestão estratégica na coleta e análise dos dados. Os valores apresentados nas análises foram indexados por um índice (não informado), a fim de que não possam ser relacionados com os números reais da instituição hospitalar.

Tabela 2

Faturamento mensal 2022- Valores em R\$

Mês	Operadora A	Operadora B	Operadora C	Operadora Própria	Outras Operadoras	Particular	SUS	Faturamento Total
jan/22	2.360.760	2.104.390	864.657	6.668.279	4.381.748	2.214.260	4.510.023	23.104.116
fev/22	2.023.535	2.400.072	1.125.244	6.396.526	3.073.115	2.546.404	3.099.160	20.664.056
mar/22	2.644.628	3.265.710	952.791	6.888.005	4.380.086	2.016.910	3.052.797	23.200.926
abr/22	3.588.281	2.252.465	910.629	8.050.911	4.430.730	3.241.614	3.122.274	25.596.904
mai/22	3.007.916	1.180.526	640.920	7.966.760	3.384.136	1.410.554	3.059.530	20.650.341
jun/22	4.426.988	2.580.776	1.023.604	10.589.451	3.549.375	1.936.480	3.297.358	27.404.033
jul/22	2.412.494	1.651.162	1.146.134	8.926.333	3.203.798	2.578.816	3.013.492	22.932.230
ago/22	2.742.795	1.757.067	819.364	7.559.284	3.503.755	1.712.403	3.247.595	21.342.263
set/22	3.184.748	1.939.572	917.696	10.699.672	3.824.663	2.318.547	2.555.481	25.440.379
out/22	2.547.865	1.684.269	876.018	6.785.320	4.718.200	2.501.754	3.154.762	22.268.188
nov/22	4.309.004	1.237.529	1.006.084	7.685.062	6.394.709	1.918.797	2.863.973	25.415.157
dez/22	3.161.594	1.391.140	755.654	9.290.876	6.814.492	1.787.401	2.782.856	25.984.012
Total	36.410.607	23.444.678	11.038.795	97.506.478	51.658.806	26.183.941	37.759.301	284.002.606
Estatística Descritiva								
Média	3.034.217	1.953.723	919.900	8.125.540	4.304.901	2.181.995	3.146.608	23.666.884
Mediana	2.875.356	1.848.320	914.163	7.825.911	4.102.375	2.115.585	3.079.345	22.235.700
Desvio-padrão	753.553	607.227	145.413	1.467.296	1.201.679	492.040	475.821	25.098.067
95% IC inferior	2.555.433	1.567.910	827.509	7.193.265	3.541.390	1.869.368	2.844.286	22.235.700
95% IC superior	3.515.002	2.339.537	1.012.291	9.057.815	5.068.411	2.494.622	3.448.931	25.098.067
p Shapiro-Wilk	0,281	0,663	0,979	0,175	0,032	0,842	0,002	0,370

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 2 mostra que a soma das três operadoras objeto deste estudo representam 1/4 do faturamento do hospital. Mostra ainda, que as receitas de todas as operadoras de planos de saúde representam pouco mais de 2/3 (77,48%) do total do faturamento do hospital, reforçando a importância de acompanhamento destes faturamentos. Embora constata-se uma certa regularidade nos faturamentos mensais, tanto das operadoras externas quanto da própria operadora, particular e SUS, alguns períodos se destacam, com maior ou menor

faturamento mensal. No entanto, esses períodos não são uniformes com as origens das receitas. A tabela 3 apresenta os dados para uma melhor análise do comportamento do faturamento, considerando os resultados das operadoras A, B e C obtidos na Tabela 2.

Tabela 3

Análise descritiva do faturamento das operadoras A, B e C.

Operadora A	Apresenta distribuição de dados levemente assimétrico à direita, em razão da média ser maior que a mediana. O desvio-padrão de 753.553 aponta variação significativa nas receitas mensais, contudo, p -valor é 0,0281, sinalizando que os dados não seguem uma distribuição normal ($p < 0,05$). Apresenta uma variabilidade [2.555.433 a 3.515.002] alta nas receitas mensais, demonstrando possíveis variações.
Operadora B	Apresenta distribuição de dados também levemente assimétrico à direita, com uma variação considerável nas receitas mensais devido ao desvio padrão de 607.227. Neste caso, com o p -valor de 0,0663, os dados apontam para uma distribuição normal, embora próximo de 0,05. Isso mostra que não há evidências fortes para avaliar a normalidade dos dados. Já sua variabilidade [1.567.910 a 2.339.537], indica que há considerável amplitude do IC nas receitas mensais.
Operadora C	Apresenta a menor média e desvio-padrão, por conseguinte, distribuição quase simétrica em seu faturamento. O desvio padrão de 145.413 é baixo em comparação com as operadoras A e B, e o p -valor de 0,0979 sinaliza que os dados apresentam uma distribuição normal. A menor amplitude do IC, [827.509 a 1.012.291] indica que as receitas mensais são mais consistentes, proporcionando condições para sua previsibilidade.

Fonte: Dados da pesquisa.

Para compreender o impacto do faturamento dessas três operadoras de planos de saúde junto ao hospital, apresenta-se na Tabela 4 o número de faturas emitidas por operadora, bem como a média de valor mensal destas faturas.

Tabela 4

Número de faturas e valor médio/fatura por operadora

Mês	Operadora A		Operadora B		Operadora C	
	n.º Faturas	Valor Médio R\$	n.º Faturas	Valor Médio R\$	n.º Faturas	Valor Médio R\$
jan/22	4.086	578	358	5.885	996	868
fev/22	5.725	353	778	3.087	2.509	448
mar/22	4.907	539	593	5.509	1.652	577
abr/22	4.604	779	703	3.203	1.439	633
mai/22	4.970	605	562	2.102	791	810
jun/22	6.373	695	772	3.345	2.459	416
jul/22	4.938	489	538	3.071	1.812	633
ago/22	4.352	630	677	2.596	1.735	472
set/22	5.483	581	750	2.586	1.504	610
out/22	4.210	605	607	2.774	1.624	540
nov/22	6.084	708	566	2.185	1.667	604
dez/22	6.148	514	671	2.074	1.144	661
Total	61.880		7.573		19.331	

Estatística Descritiva dos n.º Faturas

Média	5.157	631	1.611
Mediana	4.954	639	1.638
Desvio-padrão	792	120	513
95% IC inferior	4.654	555	1.285
95% IC superior	5.660	708	1.937
p Shapiro-Wilk	0,407	0,336	0,451

Fonte: Dados da pesquisa.

Percebe-se, na Tabela 4, que embora a operadora A apresente um volume expressivo de faturas (atendimentos), seu valor médio é semelhante ao da operadora C, próximo a R\$ 600,00. Já a operadora B, que possui o menor número de faturas em comparação com a operadora C, e principalmente em relação à operadora A, se destaca com o maior valor médio por fatura de R\$ 3.200,00, valor este superior a 5 vezes as médias das operadoras A e C. Sendo assim, esta discrepância é decorrente dos atendimentos ambulatoriais da operadora B que são realizados em hospital próprio, e somente os casos mais graves e as internações eletivas são realizadas no hospital objeto do estudo. Para melhor análise descritiva dos dados dos atendimentos (i.e., número de faturamentos), considerando os resultados das operadoras A, B e C da Tabela 3, segue a Tabela 5.

Tabela 5

Análise descritiva do volume e valor médio de faturas das operadoras A, B e C.

Operadora A	Apresenta o maior número de faturas mensais, ou seja, há um alto número de atendimentos pela operadora A. Sua mediana está próxima da média, apontando para uma distribuição simétrica do número de faturas mensais. Já o desvio-padrão é moderadamente alto, sinalizando uma variabilidade significativa no número de faturas ao longo dos meses. O IC [4.654, 5.660] mostra que, em boa parte dos meses, o número de faturas emitidas é acima de 4.654, podendo atingir até 5.660, em meses de alta demanda. A variabilidade é alta, indicando que há flutuações mensais significativas.
Operadora B	Emite o menor número de faturas, porém, cada fatura tem um valor médio elevado. Destaque para sua mediana, apresentando-se superior à média, sinalizando uma distribuição levemente assimétrica à esquerda (i.e., valores acima da média). Já seu desvio-padrão apresenta-se ligeiramente baixo, sinalizando menor variabilidade no número de faturas mensais em comparação com as outras operadoras. O IC [555, 708] indica que o número de faturas raramente cai abaixo de 555 e excede 708, indicando que o volume de atendimentos na operadora B são mais constantes, comparativamente às demais A e B. O <i>p</i> -valor de 0,336, aparentemente, evidencia a normalidade da distribuição dos dados. O valor médio elevado das faturas, é atribuído à natureza dos cuidados mais críticos e às internações prolongadas.
Operadora C	Apresenta um volume de faturas intermediário. Destaque para a mediana 1.638, levemente superior à média, sinalizando assimetria à esquerda (maior número de valores acima da média). O desvio-padrão de 513 demonstra variabilidade considerável no número de faturas. O <i>p</i> -valor de 0,451, também sinaliza normalidade dos dados.

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela 6 apresenta o montante glosado em relação às glosas praticadas pelas operadoras de saúde, bem como o percentual representativo desta glosa em relação ao faturamento sobre a operadora de plano de saúde e seus respectivos resultados descritivos.

Na Tabela 6, nota-se que a operadora C possui o menor faturamento e tem o maior índice de glosas, seguida das demais. A respeito dos valores, constatou-se junto ao setor de faturamento que na operadora C, a maior incidência é nas glosas técnicas, que consistem em materiais e medicamentos, prescrição, falta de justificativa técnica, excesso e administrativa (valoração acima do negociado). Isto se deve ao fato de que na gestão do convênio, quando foi negociado um material descontinuado com a operadora, foi acordado um termo aditivo onde se encontra parametrizado o código em sistema. Porém, identificou-se a criação em mais de um código para o mesmo material, o qual não havia parametrização, ocasionando glosa do material. Este representou um dos maiores problemas identificados na pesquisa, por originar a maior incidência de glosas.

Para a operadora A, o montante mais elevado em valores glosado, foi no mês de abril, que após levantamento, identificou-se, por exemplo, uma conta de hemodiálise que durante o envio não foi realizada a codificação do pacote contratualizado, gerando glosa da conta hospitalar, sendo os demais itens que a operadora apresenta como glosa, caracterizados como itens não negociados contratualmente, por exemplos, dietas e materiais descontinuados.

Tabela 6

Glosas iniciais praticadas por operadora

Mês	Operadora A		Operadora B		Operadora C		Glosa Total	
	Valores R\$	% sobre fatura	Valores R\$	% sobre fatura	Valores R\$	% sobre fatura	Valores R\$	% sobre fatura
jan/22	70.511	2,99%	4.044	0,19%	227.718	26,34%	302.273	1,31%
fev/22	20.758	1,03%	6.912	0,29%	137.150	12,19%	164.819	0,80%
mar/22	30.694	1,16%	7.673	0,23%	195.761	20,55%	234.128	1,01%
abr/22	326.601	9,10%	3.471	0,15%	76.871	8,44%	406.943	1,59%
mai/22	33.915	1,13%	4.504	0,38%	93.425	14,58%	131.845	0,64%
jun/22	1.500	0,03%	19.929	0,77%	101.384	9,90%	122.813	0,45%
jul/22	21.561	0,89%	3.589	0,22%	87.719	7,65%	112.869	0,49%
ago/22	1.599	0,06%	1.095	0,06%	138.770	16,94%	141.464	0,66%
set/22	71.529	2,25%	10.414	0,54%	82.505	8,99%	164.449	0,65%
out/22	27.164	1,07%	46.799	2,78%	101.452	11,58%	175.414	0,79%
nov/22	76.649	1,78%	3.626	0,29%	86.153	8,56%	166.428	0,65%
dez/22	31.115	0,98%	157.993	11,36%	117.645	15,57%	306.753	1,18%
Total	713.595		270.050		1.446.552		2.430.197	0,86%

Estatística Descritiva dos valores R\$

Média	59.466	22.504	120.546	202.517
Mediana	30.905	5.708	101.418	165.624
Desvio-padrão	87.851	44.480	47.522	91.266
95% IC inferior	3.649	-5.757	90.352	144.529
95% IC superior	115.284	50.765	150.740	260.504
p Shapiro-Wilk	< 0,001	< 0,001	0,016	0,030

Fonte: Dados da pesquisa.

Já para a operadora B, o montante mais elevado em valores glosado, foi no mês de outubro, com uma glosa de curativo, ocorreu cobrança a maior logo após a mudança do contrato para tabela própria. No mês de dezembro, foi identificada uma cobrança envolvendo duzentas quimioterapias em uma conta, quando o correto seriam apenas duas sessões. As Demais análises acerca dos resultados obtidos na Tabela 6 estão descritas na Tabela 7.

Tabela 7

Análise descritiva das glosas por operadoras

Operadora A	A Operadora A tem médias mensais de R\$ 59.466 contra R\$ 30.905 de mediana, o que significa que cerca da metade dos valores glosados estão abaixo desse valor. Sua variabilidade é alta, indicando oscilações significativas nas glosas. O p -valor < 0,001 mostra que há anormalidade nos dados. O IC [R\$ 3.649, R\$ 115.284] explicita a variabilidade, sob um desvio-padrão de R\$ 87.851. Logo, há oscilações significativas nas glosas mensais.
Operadora B	A Operadora B apresentou média de glosas de R\$ 22.504, com uma mediana de R\$ 5.708 e desvio-padrão de R\$ 44.480. Nota-se também variabilidade nas glosas mensais. O p -valor < 0,001 também aponta anormalidade nos dados. Acrescenta-se, ainda, o percentual de glosas sobre o faturamento, cuja média é de 1,88% e a mediana é de 0,29%. A variabilidade também é alta, com um desvio-padrão de 3,18%. O IC [R\$ - 5.757; R\$ 50.765] revela ampla variabilidade, incluindo valores negativos, inferindo um alto nível de incerteza na predição média das glosas. A relação de glosas sobre o faturamento, cuja média é 1,88%, atribui alta variabilidade

Análise das Glosas em Faturamento nas Operadoras de Planos de Saúde de um Hospital no Oeste do Paraná

refletida pelo desvio-padrão de 3,18%. Esses resultados apontam inconsistência, recomendando maior critério nos procedimentos.

Operadora C

A maior média de glosas mensais é na Operadora C, com R\$ 120.546, e uma mediana de R\$ 101.418. O desvio-padrão é de R\$ 47.522, sinalizando alta variabilidade nas glosas mensais. O p -valor de 0,016 aponta que os dados não seguem uma distribuição normal. Há que considerar o percentual de glosas sobre o faturamento, apresentou média de 13,87%, a mais alta entre as operadoras, e uma mediana de 12,19%. O desvio-padrão de 6,11% também sinaliza alta variabilidade nos percentuais mensais. O p -valor mostra que os percentuais não seguem uma distribuição normal. O IC variou entre [R\$ 90.352, R\$ 150.740], denotando alta variabilidade. Embora a operadora tenha um volume de faturas menor, as glosas são consideravelmente maiores, assinalando um processo de revisão mais rigoroso a possíveis ineficiências nas operações de faturamento.

Fonte: Dados da pesquisa.

Após a operadora efetuar a glosa, o hospital realiza uma análise onde se verificam as glosas aceitas, conforme demonstrado na Tabela 8.

Tabela 8

Glosas aceitas pelo hospital

Mês	Operadora A - R\$	Operadora B - R\$	Operadora C - R\$	Glosa Total Aceita -R\$
jan/22	9.469	196	1.040	10.706
fev/22	16.492	650	13.427	30.569
mar/22	2.389	428	16.584	19.401
abr/22	3.505	2	10.753	14.260
mai/22	1.704	279	17.966	19.949
jun/22	750	7.787	11.183	19.721
jul/22	1	11	8.306	8.319
ago/22	799	152	21.336	22.288
set/22	328	249	17.660	18.237
out/22	45	21.080	9.640	30.765
nov/22	799	1.140	8.463	10.402
dez/22	1.687	78.185	6.360	86.232
Total	37.969	110.160	142.720	290.849
Estatística Descritiva				
Média	3.164	9.180	11.893	24.237
Mediana	1.243	354	10.968	19.561
Desvio-padrão	4.929	22.581	5.749	20.792
95% IC inferior	32	-5.167	8.240	11.027
95% IC superior	6.296	23.527	15.546	37.448
p Shapiro-Wilk	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

Apesar de as glosas terem repercussões nas receitas efetivas do hospital, essas ocorrências devem ser vistas como oportunidade de aprimoramento interno. A Tabela 9 aborda a análise descritiva desses valores por operadora. Posteriormente, são detalhadas possíveis causas observadas nos processos internos, no sentido de compreender o impacto financeiro das glosas sobre o faturamento hospitalar.

Tabela 9

Análise das glosas aceitas pelo hospital

Operadora A	Com uma média mensal de glosas aceitas de R\$ 3.164 e uma mediana de R\$ 1.243, a operadora A sinaliza que uma parte considerável dos valores está concentrada abaixo da média, implicando numa distribuição assimétrica à direita. Há também um desvio-padrão alto de R\$ 4.929, evidenciando substancial variabilidade nos valores glosados. A análise de confiança de 95% revelou que a média das glosas aceitas varia entre R\$ 32 e R\$ 6.296. O p -valor é de $< 0,001$, indicando anormalidade da distribuição dos dados.
Operadora B	A operadora B apresentou média mensal de glosas aceitas de R\$ 9.180, e a mediana é substancialmente menor, com valor R\$ 354, isso implica que parte significativa dos valores é inferior à média. Logo, também há alta assimetria à direita. Destaca-se, ainda, que o desvio-padrão é consideravelmente alto, ao valor de R\$ 22.581, sinalizando para uma grande dispersão nos valores glosados. O IC a 95% apresentou ampla faixa de variação, [-R\$ 5.167, R\$ 23.527], demonstrando incerteza associada aos dados. O p -valor é $< 0,001$, apontando que os dados não são normalmente distribuídos.
Operadora C	A maior média de glosas aceitas é da operadora C, com R\$ 11.893. A mediana foi R\$ 10.968, ou seja, próxima da média, sinalizando uma distribuição menos assimétrica. O desvio-padrão foi de R\$ 5.749, que em comparação com as outras operadoras são baixas, revelando menor variabilidade. O IC de 95% variou entre [R\$ 8.240, R\$ 15.546], estabelecendo uma estimativa mais precisa da média das glosas aceitas. O p -valor foi $< 0,001$, indicando uma distribuição não normal.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na coleta de dados, foi possível obter informações junto à gestão do hospital, a respeito dos principais fatores que impactam diretamente na cobrança. A falta de qualidade na geração das faturas é em parte atribuída à elevada rotatividade de colaboradores nas equipes assistencial e administrativa. Esse cenário prejudica a qualidade dos serviços financeiros e administrativos, uma vez que não há programas de capacitação continuada ou preventiva para os colaboradores. Essa lacuna se torna mais evidente devido às constantes atualizações no setor de saúde suplementar.

Outro aspecto identificado no estudo é que a auditoria de enfermagem (responsável por validar as informações contantes nos prontuários dos pacientes) não é presente em todos os setores assistenciais do hospital. Essa ausência compromete a capacidade de orientação, disciplina, análise e identificação de deficiências nos registros hospitalares. Isso tem um impacto direto nos gastos e nas glosas desnecessárias, especialmente nos setores mais críticos do hospital.

Um ponto observado pela gestão hospitalar, diz respeito à forma de como é realizada a auditoria que antecede a geração da cobrança para as três operadoras, sendo que esse processo de auditoria se assemelha para as operadoras A e B. Esse processo consiste no envio do prontuário ou conta somente após várias correções. Assim, um mesmo prontuário pode ir e voltar mais de três vezes para auditoria até que seja liberado, refletindo nos valores glosados, e sendo essa uma das razões pelas quais estas são as operadoras que apresentam menor índice de glosa.

Esses resultados reforçam as descobertas do estudo de Truzzi et al. (2022), que enfatiza a necessidade de uma atuação presente e efetiva do setor de auditoria no hospital. Especial ênfase é dada à conferência adequada das prescrições relacionadas à execução dos procedimentos e ao treinamento contínuo dos profissionais de enfermagem. Esses achados também se alinham às conclusões de Souza et al. (2016), que apontam a falta de registro da enfermagem como uma das principais causas para o aumento do número de glosas e prejuízos no faturamento das instituições hospitalares.

Ao constatar que a operadora C foi a que apresentou um montante mais elevado em valores glosados, iniciaram-se ações efetivas de cobrança e correções de processos. Inicialmente, identificou-se que as reuniões entre as equipes não estavam surtindo efeito. Para intensificar e efetivar a ação, foram necessários o envolvimento e a participação da diretoria hospitalar. Na negociação foram implementadas medidas que incluíram o encerramento do contrato existente e a exigência de um novo contrato, contendo cláusulas que possibilitassem a cobrança após o recurso de glosa, além de estipular prazos para ambas as partes, ficando estabelecido que o processo só seria encerrado após o consenso entre as partes. Entretanto, após a renovação

contratual, constatou-se que as cláusulas não estavam sendo seguidas pela operadora, o que demandou uma nova notificação de encerramento, condicionando a suspensão do cancelamento somente após o recebimento dos valores e assim garantir o fluxo de cobrança conforme previsto no contrato.

Nesse contexto, a operadora C apresenta-se como piloto das ações monitoradas no processo das glosas do hospital, alinhando-se ao fluxo de cobrança estabelecido. No entanto, constatou-se que o sucesso dessas ações foi alcançado em virtude do tempo despendido em reuniões e à atenção do gestor que envolveu as diretorias e as equipes administrativas. Esse esforço fortaleceu o relacionamento com a operadora, desconstruindo a ideia de que a operadora é um “oponente”, mostrando que na realidade, é uma parceria que pode ser aprimorada. Além disso, os treinamentos recorrentes de atualização com as equipes foram fundamentais para melhorar o processo de cobrança e recurso. Como resultado, a equipe de negociação em glosas no hospital conseguiu recuperar os valores em aberto referentes ao período de janeiro a maio de 2022. Quanto aos demais meses observados, há um consenso em andamento.

Considerando o mês de abril de 2023, último período analisado nesta pesquisa, observou-se que os valores pendentes glosados (a receber) apresentavam-se ainda elevados e representativos em relação ao faturamento do hospital, conforme se apresenta na Tabela 10.

Tabela 10

Valores em RS pendentes a glosar em abril de 2023

Mês	Operadora A	Operadora B	Operadora C	Soma	% sobre o Faturamento
jan/22	54.037	1.470	66.502	122.009	0,53%
fev/22	4.019	1.186	36.313	41.517	0,20%
mar/22	24.889	2.336	65.017	92.242	0,40%
abr/22	163.326	904	22.555	186.785	0,73%
mai/22	28.498	0	24.779	53.278	0,26%
jun/22	239.805	1.157	63.932	304.894	1,11%
jul/22	14.058	2.991	62.079	79.127	0,35%
ago/22	24.698	805	104.850	130.353	0,61%
set/22	59.608	8.151	58.754	126.513	0,50%
out/22	22.636	22.121	88.151	132.909	0,60%
nov/22	63.874	1.918	71.180	136.973	0,54%
dez/22	24.524	2.933	89.765	117.222	0,45%
Total	713.595	45.970	753.878	1.513.443	0,53%
Média	59.466	3.831	62.823	126.120	0,52%

Fonte: Dados da pesquisa.

Apesar de representar uma média um pouco superior a meio por cento (0,52%) em termos percentuais, ao considerar apenas as três principais operadoras, esse número equivale a aproximadamente 1,00% do valor total faturado pelo hospital ao longo do ano. Dentro do contexto da entidade hospitalar, essa porcentagem é significativa, especialmente considerando que frequentemente, tais entidades enfrentam desafios financeiros, buscando auxílio nos órgãos da gestão pública para equilibrar suas finanças (Salu, 2018).

Ao analisar a documentação para compreender os motivos por trás de números tão elevados de glosas praticadas pelos planos de saúde, identificaram-se diversos motivos, que englobam todas as operadoras. Como forma de evidenciar essas glosas, apresentam-se na Tabela 11, as ocorrências mais frequentes junto às operadoras. Por questões de confidencialidade, as demais operadoras serão representadas por letras sequências.

Tabela 11

Principais motivos de glosas junto às operadoras

Mês	Operadoras	Exemplos de motivos de glosas
jan/22	D	dobra indevida de intensivista
	A	valor de procedimentos cobrados superior ao da tabela negociada.
fev/22	C e E	diversas cobranças de materiais e medicamentos, com valores superiores a tabela negociada.
mar/22	C	cobrança em quantidade incorreta e valor de mat./med. acima da tabela.
	H	lançamento em conta de diversos medicamentos incompatíveis com o relatório técnico.
	G	exame de imagem eletivo com senha posterior à realização.
abr/22	C	cobrança indevida da seringa Medrad com valor de Simpro R\$ 431,55, contrário ao negociado com a operadora por R\$ 110,00.
	F	procedimento incorreto gerando dobra indevida.
	A	valor cobrado superior a tabela negociada.
mai/22	C	cobrança da seringa Medrad com valor de Simpro e órteses, próteses e materiais especiais (OPME) cobrado em conta.
	E	OPME cobrado em conta e a operadora pagou direto para o fornecedor.
	H	valor apresentado a maior.
jun/22	B	valor apresentado a maior após o reajuste.
jul/22	C	cobrança da seringa Medrad com valor de Simpro e cobrança de taxa indevida.
ago/22	C	OPME cobrado em conta, sendo que a operadora pagou direto ao fornecedor.
	L	valores em exames de laboratório superiores ao negociado.
set/22	C	cobrança em quantidade incorreta e valor de mat./med. acima da tabela.
	G	valor superior a tabela contratada e operadora com tabela própria.
	J	valor superior a tabela contratada em exames de laboratório e dobra indevida em procedimentos.
out/22	I	sem reajuste, mantido os valores de 2021, porém o sistema estava parametrizado com reajuste em 2022.
	B	após negociação do novo contrato, não foi finalizada a vigência das regras em materiais e medicamentos negociados, sendo enviados à operadora os valores de Simpro e Brasíndice.
nov/22	C	materiais e medicamentos sem justificativa técnica e excesso.
	D	valor superior a tabela contratualizada e operadora com tabela própria.
	J	valor superior a tabela, sendo no sistema Tasy a cobrança duas vezes a tabela de HM.
	K	foi cobrado em conta diversos medicamentos genéricos que não há precificação na tabela Simpro/Brasíndice, e a operadora pagou tabela plena sem o acréscimo de 38%.
dez/22	C	materiais e medicamentos sem justificativa técnica e excesso, e os demais recursos sendo ainda analisados.

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que, em relação às demais, a operadora C é a mais presente em situações que geram glosas. Os procedimentos deveriam ser anotados com exatidão, pois o prontuário é alvo constante de auditorias, tanto pelos planos de saúde quanto pelo hospital. Segundo a equipe de faturamento, essa falta de exatidão, quer seja por falta de controle e/ou atenção no processo, é responsável por boa parte das glosas. Esses achados são corroborados por Santos e Rosa (2013). Um fator que chama a atenção é que as divergências elencadas na Tabela 11, foram identificadas mediante relatório/glosa, apresentado pela auditoria das operadoras. Assim, percebe-se que a auditoria interna é realizada após a alta do paciente, quando deveria ser proativa, anterior à sua saída do hospital, o que poderia minimizar a ocorrência de divergência.

Além disso, percebe-se também que as glosas vinculadas a materiais possuem maiores incidências das vinculadas às glosas técnicas. Neste sentido, este estudo é semelhante aos resultados encontrados por Truzzi et al. (2022), em que as glosas apresentaram valores maiores nos itens de materiais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados apresentados, conclui-se que, nas operadoras analisadas, os índices mais expressivos referem-se às glosas técnicas. Destaca-se que a partir de maio/22, quando a auditoria interna foi implementada para a operadora C, houve uma redução significativa das glosas. No entanto, ao final do ano, houve um aumento significativo devido a falhas no processo de conferência da compatibilidade dos medicamentos e materiais utilizados com os aceitos pela operadora.

Observou-se também a existência de um elevado índice de glosas em determinados serviços, tais como aplicação de medicamentos e/ou materiais não contratados pela operadora e exames laboratoriais, indicando áreas que demandam atenção por parte dos gestores. Isso sinaliza a necessidade de abordar aspectos que estão resultando em perdas financeiras, como medida preventiva para evitar prejuízos mais expressivos. Além disso, destaca-se a importância de identificar setores assistenciais que requerem educação continuada, uma ação considerada eficaz e que deve ser implementada de maneira contínua.

Nesse sentido, a pesquisa evidenciou que o empenho direcionado à operadora C resultou positivamente na recuperação de valores em aberto. No entanto, esse êxito demandou vários meses de negociação e ajustes em processos administrativos e de auditoria, especialmente considerando que essa operadora é um modelo operacional dentro da instituição. Esses resultados corroboram as conclusões do estudo de Vigna, Ruiz e Lima (2020), que apontam para a compreensão do processo de análise de glosas é como fundamental para identificar não conformidades e propor melhorias. Assim, A adequação do faturamento, consequentemente, contribui para a sustentabilidade financeira das organizações de saúde.

Corroborado por Nomura, Silva & Almeida (2016), destaca-se que a implementação dos registros de forma eletrônica como melhoria no processo servirá de fonte de informação para o acompanhamento dos níveis de qualidade e segurança dos dados registrados. Assim, o uso de prontuário eletrônico, além de padronizar os registros, as anotações clínicas e administrativas, irá favorecer o controle e deve minimizar a incidência de cobrança indevida, reduzindo assim as glosas.

No que se refere às limitações deste estudo, destaca-se o curto período analisado de um ano, embora as informações fornecidas pelos responsáveis pelo faturamento afirmarem que são constantes os motivos e o volume de glosas nos anos anteriores. Outra limitação face aos procedimentos internos do hospital, é o escasso contato dos pesquisadores com as pessoas envolvidas diretamente com o cuidado do paciente (médicos, enfermeiras, laboratório de análises), que poderiam detalhar melhor, bem como apresentar sugestões de melhorias em relação ao processo de faturamento em sua totalidade.

Para estudos futuros, recomenda-se uma análise das tabelas e procedimentos das operadoras de planos de saúde em relação aos serviços por elas cobertos, como a nomenclatura e a cobertura, no sentido de facilitar a emissão das faturas de reembolso ao hospital. Recomenda-se também um estudo sobre as dificuldades dos profissionais da saúde em relação aos procedimentos técnicos e burocráticos ligados às operadoras de planos de saúde.

Referências

Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP (2023). Sistema de Indicadores Hospitalares. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/indicadores-hospitalares>. Acesso em: 07/05/2023.

Agência Nacional da Saúde Suplementar – ANS (2022). Indicadores de glosas. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/ptbr/assuntos/noticias/sobre-ans/indicadores-de-glosa-em-novo-formato>. Acesso em: 18/02/2023.

Balzan, M. V. (2020). O perfil dos recursos humanos do setor de faturamento e seu desempenho na auditoria de contas de serviços médico-hospitalares. Dissertação. Mestrado em Administração. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4716/1200000513.pdf?sequence=1>. Acesso em: 08/05/2023.

Bernz, I. M. (2022). Os caminhos para a implantação de novos modelos de remuneração baseado em valor da saúde suplementar brasileira: uma percepção dos gestores das operadoras de saúde. 90 p. Mestrado Profissional — Fundação Getúlio Vargas, Escola

de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/31780>. Acesso em: 03/03/2023.

Brasil. Casa Civil (1998). Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 11/03/2023.

Brasil (1977). Conceitos e Definições em saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>. Acesso em: 01/03/2023.

Brizola, J. B. (2010). Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o sistema único de saúde. 2010. 84 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina, Londrina. Disponível em: <https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2021/10/JEREMIAS-BEQUER-BRIZOLA.pdf>. Acesso em: 08/04/2023.

Cobaito, F. C. (2016). Faturamento hospitalar sob a lente da qualidade total. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, v. 5, n. 1, p. 52-61. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v5i1.167>

Costa, E. P. S. R. & Arrais, A. R. (2018). Faturamento hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao fee-for-service. Acta Paulista de Enfermagem, v. 31, p. 170-180. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800025>

Field, A. P. (2013). Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 4. ed. London U. K.: SAGE Publications Ltd.

Francisquini, F. G. (2020). Concepção dos líderes hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração baseado em valor. 2020. 121 p. Dissertação (Mestrado profissional em Gestão para a Competitividade), Fundação Getúlio Vargas - FGV, São Paulo. Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-07/2020%20Flavia%20Gomes%20Francisquini.pdf>. Acesso em: 08/05/2024.

Mauriz, C., Lobo, F., Lima, R. R., Oliveira, S. & Medeiros, G. (2012). Faturamento hospitalar: um passo a mais. Revista Inova Ação, v. 1, n. 1, p. 38-44. Disponível em: <https://portalidea.com.br/cursos/ef8e91d8db8ab47388730aca95b89d84.pdf>. Acesso em: 12/04/2023.

Nomura, A. T. G., Silva, M. B. D., & Almeida, M. D. A. (2016). Quality of nursing documentation before and after the Hospital Accreditation in a university hospital. Revista latino-americana de enfermagem, 24, e2813. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0686.2813>

Oliveira, R. L. & Oliveira, E. M. N. (2020). Auditoria médica em hospital geral de médio porte: análise das glosas hospitalares. Revista de Administração em Saúde, v. 20, n. 78. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.78.206>

Prestes, A. (2019). Manual do gestor hospitalar. In: PRESTES, A. et al., (org.). Manual do gestor hospitalar. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais. https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=P4pIDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=Manual+do+gestor+hospitalar.&ots=mThVdZMZkw&sig=52T0yJReUtEAmv1zrUIRkTGcG7w&redir_esc=y#v=onepage&q=Manual%20do%20gestor%20hospitalar.&f=false

Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. (2013). Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

Riva, M. A. & Cesana, G. (2013). The charity and the care: the origin and the evolution of hospitals. European Journal of Internal Medicine, v. 24, n. 1, p. 1-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2012.11.002>

Rodrigues, J. A. R. M., Cunha, I. C. K. O., Vannuchi, M. T. O. & Haddad, M. C. F. L. (2018). Out-of-pocket payments in hospital bills: a challenge to management. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 5, p. 2511-2518. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0667>

Rodrigues, V. A., Perroca, M. G., & Jericó, M. C. (2004). Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Arquivos de Ciências da Saúde, v. 11, n. 4, p. 210-214. Disponível em: https://ahs.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/03%20-%20id%2070.pdf. Acesso em: 23/03/2023.

Salu, E. J. (2018). Gestão do faturamento e auditoria de contas hospitalares. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu.

Santos, M. P. & Rosa, C. D. P. (2013). Auditoria de contas hospitalares: análise dos principais motivos de glosas em uma instituição privada. Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba, v. 15, n.4, p. 125-132. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/17653>. Acesso em: 26/03/2023.

Sheingold, B. H. & Hahn, J. A. (2014). The history of healthcare quality: the first 100 years 1860–1960. International Journal of Africa Nursing Sciences, v. 1, p. 18-22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2014.05.002>

Souza, E. N. C., Souza, N. C., Santos, C. H., Higashi, P. & Souza, I. F. (2018). Processo de auditoria de contas em um hospital público: mapeamento das glosas técnicas em cirurgias ortopédicas. Revista de Administração em Saúde, v. 18, n. 73. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.73.145>

Souza, M. S. M., oliveira, F. S. G. & Colavolpe, V. C. (2016). Registro de enfermagem: desafio para as instituições hospitalares na redução de glosas. Revista Atualiza Saúde, v. 3, n. 3, p. 84-91. Disponível em: <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2022/05/registro-de-enfermagem-desafio-para-as-instituicoes-hospitalares-na-reducao-de-glosas-v-3-n-3-1.pdf>. Acesso em: 05/04/2023.

Truzzi, I. G. C., Jericó, M. C., Lima, A. F. C., Zunta, R. S. B., Oliveira, D. S. & Romcy, H. M. (2022). 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. DOI: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.39425>

Vigna, C. P., Ruiz, P. B. O. & Lima, A. F. C. (2020). Disallowance analysis through the audit of accounts performed by nurses: an integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, supl 5, e20190826. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0826>

DADOS DOS AUTORES

Stephany da Silva

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

E-mail: stephany.silva523@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3599-522X>

José Antonio Cescon

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

E-mail: cescon@cescon.adm.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8338-7743>

Nilton Cesar Lima

Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

E-mail: niltoncesar@ufu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8933-9953>

Vinícius Abílio Martins

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

E-mail: viniciusabilio@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5668-5518>

Eloisa Lopes Soares Lima

Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

E-mail: eloisalsl2005@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6148-6057>

Contribuição dos Autores:

Contribuição	Stephany da Silva	José Antonio Cescon	Nilton César Lima	Vinícius Abílio Martins	Eloisa Lopes Soares Lima
1. Concepção do assunto e tema da pesquisa	√	√			
2. Definição do problema de pesquisa	√	√	√		
3. Desenvolvimento das hipóteses e constructos da pesquisa (trabalhos teórico-empíricos)	√	√	√	√	
4. Desenvolvimento das proposições teóricas (trabalhos teóricos os ensaios teóricos)	√	√	√	√	
5. Desenvolvimento da plataforma teórica	√	√	√		√
6. Delineamento dos procedimentos metodológicos		√	√	√	
7. Processo de coleta de dados	√	√	√		
8. Análises estatísticas		√	√	√	
9. Análises e interpretações dos dados coletados		√	√	√	√
10. Considerações finais ou conclusões da pesquisa	√	√		√	√
11. Revisão crítica do manuscrito		√	√	√	√
12. Redação do manuscrito	√	√		√	√