

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

**ANA CLAUDIA MÜHLHAUSEN
SUZANA GARCIA**

**CRIAÇÃO DE INDICADORES PARA O SETOR DE
RECURSO DE GLOSAS DE UM HOSPITAL PRIVADO
DE JOINVILLE - SC**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

JOINVILLE, 2012

**ANA CLAUDIA MÜHLHAUSEN
SUZANA GARCIA**

**CRIAÇÃO DE INDICADORES PARA O SETOR DE
RECURSO DE GLOSAS DE UM HOSPITAL PRIVADO
DE JOINVILLE -SC**

JOINVILLE, 2012

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
GESTÃO HOSPITALAR**

**ANA CLAUDIA MÜHLHAUSEN
SUZANA GARCIA**

**CRIAÇÃO DE INDICADORES PARA O SETOR DE
RECURSO DE GLOSAS DE UM HOSPITAL PRIVADO
DE JOINVILLE - SC**

O presente trabalho de conclusão de Curso submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos de obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

**Orientadora:
Dayane Clock, Ma**

JOINVILLE, 2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

Mühlhausen, Ana Claudia; Garcia, Suzana.

Criação de Indicadores para o Setor de Recurso de Glosas de um Hospital Privado de Joinville - SC / Mühlhausen, Ana Claudia; Garcia, Suzana – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2012, 76.

Monografia – Instituto Federal de Santa Catarina. Graduação. Curso de Gestão Hospitalar. Modalidade: Ensino presencial.

Orientadora: Prof. Dayane Clock, Mestre.

1. Faturamento. 2. Glosa. 3. Contas. I Título.

Não autorizado a reprodução ou publicação total ou parcial deste trabalho.

**CRIAÇÃO DE INDICADORES PARA O SETOR DE
RECURSO DE GLOSAS DE UM HOSPITAL PRIVADO
DE JOINVILLE - SC**

**ANA CLAUDIA MUHLHAUSEN
SUZANA GARCIA**

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do Título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso de Gestão Hospitalar do Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 25, junho de 2012.

Banca Examinadora:

Dayane Clock, Mestre

Jorge Cunha, Mestre

Cleber Seefeldt, Especialista

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, pela saúde, fé e perseverança que nos tem dado. Aos nossos pais e companheiros, pelo incentivo a busca de novos conhecimentos. E aos nossos professores, em especial a nossa orientadora, que muito contribuíram para nossa formação.

EPÍGRAFE

*História nada é se não for a
atividade dos homens em
busca de seus objetivos.
Karl Mark*

RESUMO

Este trabalho tem como tema a Criação de Indicadores para o setor de Recurso de Glosas de um Hospital Privado de Joinville. Atualmente o hospital privado pesquisado não possui nenhum método para medir o quanto de glosas está sendo produzido e com isto, ter uma visão econômica financeira do processo. Sendo assim, o objetivo do trabalho é criar indicadores para o setor de recurso de glosas através de três indicadores: indicador geral de glosas, indicador de glosas corretas e um indicador de glosas incorretas; além de uma meta aceitável para que o indicador seja medido. Para isto, foi elaborada uma pesquisa descritiva quantitativa e qualitativa no período de três meses, sendo de janeiro a março de dois mil e doze. Neste período foram delimitados todos os recursos realizados e dividido pelo valor faturado no mesmo período, multiplicado por cem, o qual trouxe o indicador geral das glosas. Estas foram separadas conforme seus motivos em glosas corretas e incorretas, divididas pelo total faturado no período e multiplicado por cem, o qual trouxe o indicador em percentual de glosas corretas e de glosas incorretas. Depois de feito o processo de identificação das glosas foi necessário criar uma meta aceitável para monitorar as glosas. Os resultados apresentados demonstram que o Hospital Privado de Joinville está com um índice geral de glosas acima da meta aceitável com exceção das glosas corretas que ficaram abaixo da meta criada.

PALAVRAS-CHAVE: Faturamento. Glosa. Contas.

ABSTRACT

The theme of this work is the establishment of indicators for the department of payments resource of a Private Hospital in Joinville. Currently, the private hospital surveyed has no method to measure how much payment is being produced and thus have an economic view of the financial process. Therefore, the objective is to develop indicators for the sector resource payment using three indicators: general indicator of payments, correct indicator and an indicator of payments, and an acceptable target for the indicator to be measured. Upon that, it was made a survey of a descriptive quantitative and qualitative within three months, from January to March, Two thousand and twelve. In this period all the resources made were delimited and divided by the billed amount in the same period, multiplied by a hundred, which brought the overall indicator of payments. These were separated according to their reasons in correct and incorrect payments, divided by the total amount billed during the period and multiplied by a hundred, which brought the indicator payments percentage of correct and incorrect payments. After doing the identification process of payments it was necessary to create an acceptable goal to monitor the payments.

KEYWORDS: Billing. Payments. Accounts.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura do Hospital Privado de Joinville	18
Figura 2 – A auditoria interna no organograma empresarial.	33
Figura 3 – Passos de auditoria	36
Figura 4 – Tabela de Glosas	42
Figura 5 – Função dos Indicadores	44
Figura 6 – Ciclo do paciente na instituição hospitalar.....	51
Figura 7 – Ciclo de Serviços administrativos do Hospital Privado de Joinville.	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Comparativo entre os profissionais de auditoria	34
Tabela 2 – Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa.....	46
Tabela 3 – Recursos realizados	58
Tabela 4 – Glosas Corretas.....	58
Tabela 5 – Motivos de glosas corretas	59
Tabela 6 – Glosas Incorreta	60
Tabela 7 – Motivos de glosas incorretas	61
Tabela 8 – Erro de Cadastro	63
Tabela 9 – Diferença de Margem de Comercialização.....	64
Tabela 10 – Materiais e Medicamentos sem cobertura	64
Tabela 11 – Valor apresentado a maior que o negociado	65
Tabela 12 – Não recebemos justificativa do convênio.....	65
Tabela 13 – Material especial não pago.....	66
Tabela 14 – Alimentação enteral/parenteral.....	66

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 A INSTITUIÇÃO PESQUISADA.....	16
2.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	17
2.3 ATENDIMENTO	18
2.4 CICLO DE SERVIÇOS.....	21
2.5 POLÍTICA DE CRÉDITO.....	24
2.6 GARANTIA	25
2.7 COBRANÇA	26
2.7.1 Tipos de Cobrança.....	26
2.7.1.1 Cartas.....	27
2.7.1.2 Contato Telefônico	27
2.7.1.3 Visitas Pessoais	27
2.7.1.4 Uso de Agência de Cobrança	28
2.7.1.5 Protesto Judicial	28
2.7.2 Contas a Receber	28
2.8 FATURAMENTO	30
2.9 AUDITORIA.....	31
2.9.1 Conceito de Auditoria.....	31
2.9.2 Auditoria Interna e Externa	32

2.9.3 Tipos de Trabalhos de Auditoria	35
2.9.4 Responsabilidade em Auditoria	37
2.9.5 Auditoria Hospitalar	38
2.10 GLOSAS.....	41
2.11 INDICADORES	43
3 METODOLOGIA	45
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	45
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	47
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	47
3.4 PROCEDIMENTOS.....	48
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E EXPLORAÇÃO DOS DADOS	50
4.1 ROTINA DO PACIENTE	50
4.2 ROTINA DO FECHAMENTO DE CONTAS HOSPITALARES	51
4.3 ROTINA DA FUNÇÃO RECURSO DE GLOSAS	53
4.4 ANÁLISE E EXPLORAÇÃO DOS DADOS	56
4.5 SUGESTÃO DE MELHORIAS	63
4.5.1 Sugestões de Melhorias nas Glosas Corretas.....	63
4.5.2 Sugestões de Melhorias nas Glosas Incorretas	65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS.....	69
ANEXO A	74

INTRODUÇÃO

Os hospitais são estabelecimentos designados para restaurar a saúde dos enfermos ou cuidar daqueles que por algum motivo não possuem mais chances de recuperação, minimizando desta forma seu sofrimento. Para tanto, a visão dos hospitais deve ser sempre focada no cuidado do paciente, restaurando a saúde perdida, independente dos custos financeiros envolvidos. Este é o pensamento que envolve a comunidade de forma geral, porém, os custos financeiros também não podem ser ignorados, pois alguém sempre paga esta conta.

Quando o hospital possui acordos e contratos com convênios, estes sempre apresentam normas de auditoria, ou seja, manuais e cartilhas que designam como e quando os materiais hospitalares devem ser utilizados e qual a periodicidade que estes devem ser trocados. Além disto, também determinam as coberturas contratuais, padronizando a utilização de certos insumos hospitalares.

A imposição dos convênios no uso de suas cartilhas e manuais é unilateral, uma vez que, conforme discursos, eles não podem se adequar aos diversos prestadores de saúde que possuem credenciamento. Por outro lado, os hospitais também não conseguem operacionalmente se adequar as cartilhas e manuais de auditoria de cada convênio credenciado, sendo discrepante e fato gerador de discriminação oferecer certos insumos ao paciente A, beneficiário do convênio X e não oferecer os mesmos insumos ao paciente B, beneficiário do convênio Y.

Estes fatos discordantes assinados e contratualizados entre hospitais e convênios muitas vezes não são repassados aos cuidadores, ou seja, enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), a qual realiza seu trabalho oferecendo sempre o melhor a cada paciente.

Conseqüentemente, o melhor cuidado prestado ao paciente implica em fatos geradores de glosas, que conforme Muricy (2006) Glosa é a diferença entre o valor cobrado pelo prestador de serviço e o pago pela operadora.

As glosas podem ser identificadas em dois momentos específicos: na pré auditoria e após a conta ter sido enviada ao convênio.

Na Pré auditoria a conta após passar pelos crivos do faturamento é encaminhada para a Auditoria Interna de Contas, a qual confere se tudo o que esta lançado na conta realmente foi prescrita pelo médico e executada pela enfermagem ou por outro profissional da área da saúde como o fisioterapeuta por exemplo.

Após a auditoria a conta é auditada pelo auditor do convênio, profissional de nível superior com experiência na área hospitalar que fará uma verificação das cartilhas e manuais do convênio com as cobranças realizadas pelo hospital. Muitas divergências são acertadas neste momento, onde a regra que prevalece é a prescrição médica. Desta forma, entende-se que a conta esta indo “limpa” para o convênio, pois foi devidamente analisada por todos os setores afins. Porém, o entendimento não tendo sido acertado por ambas as partes, a cobrança é encaminhada ao convênio, com as observações do auditor externo a qual será reavaliada pela parte administrativa do convênio. No recebimento eletrônico da conta pelo convênio também existem barreiras parametrizadas para impedir que cobranças errôneas sejam feitas ou parametrizações erradas que geram glosas errôneas.

Neste momento, as glosas apresentadas formalmente pelos convênios são computadas e recursadas (justificadas), onde geram os registros de glosas corretas e incorretas da instituição hospitalar.

Dados do relatório ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados 2010 apontam estudos realizados desde 2006 onde o índice de glosas por região (Brasil) esta gradativamente diminuindo, porém, não foram encontrados dados e estudos referentes a Recursos de Glosas anteriores ao ano de 2006. No primeiro ano de estudo (2006) o índice de glosas variava de 3,2% a 7,8%, evoluindo gradativamente em 2007 de 2,4% a 5,8%, em 2008 de 1,3% a 6,3%, em 2009 de 1,1% a 5,5% e em 2010 de 1,6% a 4,5%.

Os motivos que geram as glosas podem ser os mais variados, podendo caracterizar erros de cobrança por parte do prestador (glosa correta) ou erro de pagamento por parte do convênio (glosa incorreta): cobranças em duplicidade, erros de cálculos, cadastro incorreto do paciente, reajustes implantados após a negociação, entre outros.

A ANS – Agência Nacional da Saúde no intuito de padronizar o envio e recebimento eletrônico de contas

hospitalares criou o TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar em 2007, o qual estipula padrões de envios eletrônicos, motivos de glosas, entre outros, no intuito de não existir distorções de entendimentos. Porém, como padronização os motivos de glosas podem ser considerados genéricos, não esclarecendo o fato real gerador da divergência. Atualmente a padronização TISS ainda está passando por adaptações e não é utilizada por todos os convênios. Os convênios provenientes da União (Federação) não são obrigados a utilizar as padronizações da ANS, uma vez não serem regidos pela Lei nº 8656 e sim pela Lei nº 8666.

A AHESC – Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina faz pesquisas juntos as instituições de saúde regularmente para observar se os convênios estão ou não adaptados ou se adaptando as regras da ANS, porém, não é visto nenhuma ação no sentido de penalização junto aos convênios que descumprem as normas.

Atualmente o hospital privado pesquisado não possui nenhum método para medir o quanto de glosas está sendo produzido e com isto, ter uma visão econômica financeira do processo. Sendo assim, o objetivo do trabalho é criar indicadores para o setor de recurso de glosas de um hospital privado de Joinville através de três indicadores: indicador geral de glosas, indicador de glosas corretas e um indicador de glosas incorretas; além de uma meta aceitável para que o indicador seja medido.

Este estudo justifica-se, visando que hoje estes dados não são medidos de nenhuma forma e não há uma visão econômica sobre o impacto das glosas na instituição hospitalar. Ou seja, não se sabe hoje qual o impacto financeiro que as glosas proporcionam ao Hospital Privado de Joinville pesquisado. Por isso, há necessidade de medir através de indicadores os dados referentes as glosas.

O indicador pode ser definido com uma “Métrica usada para quantificar a eficiência e/ou eficácia de uma ação”. (FILHO, 2010, p. 126). Ainda conforme Filho (2010) os indicadores aqueles escolhidos para medir o desempenho da estratégia, é a partir deles que a instituição confirma se está alcançando os resultados esperados e quais os ajustes para atingir as metas.

A aplicação dos indicadores em periodicidade mensal na instituição hospitalar trata-se de uma necessidade de medi-los como índices econômico-financeiros. Com isto os gestores

também poderão utilizar estes índices para futuras análises de rentabilidade dos convênios, pois um convênio que tem uma excelente tabela, porém, altos níveis de glosas, não é exatamente um bom convênio para se trabalhar.

A delimitação da pesquisa volta-se para a realização de um levantamento de glosas recursadas em um Hospital Privado da cidade de Joinville no período de Janeiro a Março de dois mil e doze.

O trabalho está estruturado em cinco capítulos. A primeira parte trata da introdução da monografia, sendo abordada a contextualização do problema, a relevância de se realizar o estudo, as limitações da pesquisa, descrição do objetivo e a estrutura da monografia.

No segundo capítulo tratará da fundamentação teórica, onde buscou-se referências para a fundamentação do trabalho realizado. Iniciou-se por um breve histórico do Hospital Privado de Joinville, instalações e serviços e estrutura organizacional. Após o trabalho irá falar de alguns assuntos iniciando com Atendimento, que descreve os principais problemas e os pontos positivos que este pode proporcionar; seguindo o Ciclo de Serviços, muito importante para entender o funcionamento de um hospital. Após a Política de Crédito, Garantia e Cobrança, que são as formas utilizadas para realizar uma avaliação de condições financeiras do paciente/convênio e formas de não deixá-lo se tornar inadimplente.

Faturamento e Auditoria darão uma prévia sobre a importância de um bom controle nas contas hospitalares. E por último Indicadores e Glosas, essenciais para fundamentar a nossa pesquisa e o objetivo do trabalho.

No próximo capítulo – 3, trataremos a Metodologia utilizada para delinear a pesquisa, com o seu objeto, suas fontes, caracterização do trabalho e da pesquisa.

No capítulo 4 apresenta as rotinas internas do Hospital Privado de Joinville e a análise e exploração dos dados, apresentados os resultados obtidos na pesquisa.

O capítulo 5 contém as considerações finais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será feita uma apresentação da instituição que serviu de base para a realização desta pesquisa, a qual será identificada como Hospital Privado de Joinville. Os dados da instituição foram retirados do site institucional, manuais e outros documentos internos os quais não serão referenciados para a preservação da instituição.

2.1 A INSTITUIÇÃO PESQUISADA

O Hospital pesquisado conta com diversos serviços direcionados à área da saúde. O objetivo é que o paciente não necessite deslocar-se para demais clínicas para realizar um procedimento ou exame. Hoje o hospital oferece a sociedade os seguintes serviços:

- Pronto Atendimento 24horas;
- Centro Cirúrgico;
- Centro Cirúrgico Ambulatorial;
- Hemodinâmica;
- UTI Adulto e Neonatal;
- Berçário de Médio Risco;
- Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI);
- Centro de Diagnóstico Ortopédico (CDO);
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Laboratório de Anatomia Patológica;
- Núcleo de Atendimento Integrado à Mulher;
- Serviço de Reabilitação;
- Serviço de Saúde Ocupacional;
- Ergometria;
- Centro Diagnóstico Cardiovascular (CDCV);
- Serviço de Neurologia;
- Endoscopia (SEDT);
- Agência Transfusional;
- Check-Up Executivo;
- Oncologia;

- Centro de Convivência e Integração Familiar do Idoso.

O hospital conta com 155 leitos disponíveis para atendimento:

▪ UTI	16
▪ UTI Neonatal	06
▪ Berçário	08
▪ Apartamento A	22
▪ Apartamento B	05
▪ Suíte	08
▪ Enfermaria	90
○ TOTAL	155

A atual estrutura do Hospital Privado de Joinville conta com 650 médicos de todas as especialidades em seu corpo clínico (aberto), 155 leitos hospitalares, sendo 90 leitos das áreas cirúrgicas e clínicas e o restante da Maternidade e Pediatria, aproximadamente 750 funcionários entre enfermagem, administrativos e outros serviços. O objetivo do Hospital é de ampliar cada vez mais seus serviços, oferecendo qualidade e bom atendimento a população.

Hoje o Hospital Privado de Joinville é referência no Sul do País, sempre inovando e melhorando com novas tecnologias e qualidade no atendimento.

2.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

De acordo com o Sistema Interno da Instituição a estrutura organizacional do hospital é dividida em seis departamentos, cada qual com suas responsabilidades, sendo estas, Administração, Controladoria, Tecnologia da Informação, Infra Estrutura, Enfermagem e Recursos Humanos.

Sendo a instituição uma prestadora de serviços, seus principais clientes são os pacientes e os convênios, na figura 1 é possível observar na cadeia de processos, o relacionamento dos setores que trabalham diretamente e indiretamente com os clientes.

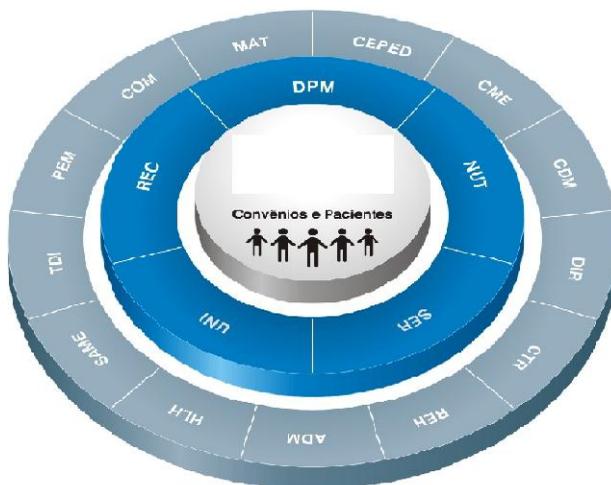


Figura 1 – Estrutura do Hospital Privado de Joinville
 Fonte: Arquivo Interno do Hospital (2012)

Todo atendimento ao paciente gera um processo que deve funcionar perfeitamente, cada setor deve agilizar o seu trabalho e assim podendo satisfazer melhor o cliente, fazendo com que este nem perceba tudo o que aconteceu durante sua estadia.

2.3 ATENDIMENTO

Conforme o dicionário a definição de atendimento significa: **“atender v.t. 1. Dar ou prestar atenção. 2. Atentar, observar. 3. Acolher com atenção ou cortesia .atendimento sm.”** (FERREIRA, 1989, p.49)

De acordo com Godri “Mesmo a qualidade total não consegue superar um atendimento mal prestado” (1998, p.21). Seguindo este pensamento, entende-se que o atendimento inicial é a primeira impressão que os clientes têm da empresa.

Porém, se for apresentado a este um mau atendimento inicial, tudo o que ocorrer dali em diante, será visto como a organização em geral, ou seja, toda a organização trabalha mal.

Neste mesmo pensamento Medeiros e Hernandes (2004), concluem que os clientes esperam ser atendidos como únicos, esperados, importantes e essenciais para a organização.

Conforme o guia do empreendedor do Sebrae:

Quando um cliente sai de casa para comprar algo, espera receber o melhor pelo dinheiro que irá gastar. Isso significa que estará analisando o mercado com bastante atenção, procurando identificar e escolher a empresa que oferece as melhores condições para a realização do negócio (SEBRAE, 2004, p.3).

Ainda complementando com Medeiros e Hernandes (2004), para um bom atendimento, para que este tenha qualidade, a organização deve dispor de atenção, cordialidade, resolver os problemas com agilidade, deixar o cliente informado sobre o que está acontecendo, além da necessidade de ter uma boa comunicação, não somente saber falar como também saber ouvir e interpretar o que o cliente quer dizer.

Conforme De Angelo e Giangrande, “**Comunicação**: significa manter clientes informados em linguagem que possam compreender, bem como ouvir suas reivindicações” (1999, p.67).

Nessa mesma direção Medeiros e Hernandes afirmam que: “Etimologicamente, comunicação significa tornar comum, trocar opiniões, fazer saber; implica participação, interação, troca de mensagens” (2004, p.27).

Afirmam Medeiros e Hernandes (2004) que, as atendentes são chamadas de secretária ou recepcionistas, pois fazem o atendimento inicial ao cliente. Para isto é muito importante ter algumas atitudes que são muito cobradas pela organização. “São preocupações desta atividade: inspirar simpatia, captar boa vontade, obter confiança, conseguir apreciação, buscar compreensão, esclarecer dúvidas, manter entendimentos, fortalecer o moral” (MEDEIROS e HERNANDES, 2004, p.27). Virtudes estas essenciais.

Em literatura de Rinke (1998) cita que as empresas geralmente não investem em atendimento, tendo como pensamento que é um custo gerado sem retorno, além do que as atendentes geralmente estão no fim da escala hierárquica;

muitas mal remuneradas e com pouco reconhecimento institucional.

Conforme Rinke (1998, p.196), afirma já ter escutado a seguinte frase: “Já me disseram que ‘isso é o melhor que podemos oferecer já que não podemos pagar salários mais altos para atrair uma equipe de atendimento mais competente”.

Conclui-se que as empresas além de pouco valorizarem o atendimento, somente algumas escutam as reclamações de seus clientes. Conforme pesquisa realizada nos Estados Unidos pela Universidade de Michigan e a American Society for Quality Control realizada em 1994 e 1995 apresentaram os seguintes dados:

1. Viram o atendimento ao cliente como um custo e não como um investimento;
2. Menosprezaram e/ ou não atentaram para as crescentes expectativas dos clientes;
3. Foram incapazes de vincular a satisfação do cliente aos resultados financeiros. (RINKE, 1998, p.188).

Albrecht (1995) nos lembra que não somente o atendimento inicial deve ser importante, e sim enquanto o cliente manter contato com a empresa, todos os departamentos devem ser referências e disponibilizar toda atenção possível para que o cliente se sinta em sua própria casa. Ou no estudo realizado, o cliente que mantém contato com a empresa é o convênio.

Conforme Rinke (1998), o cliente não gosta de reclamar dos serviços recebidos, do atendimento; pois acham que não vale a pena perder seu precioso tempo para não ser ouvido. Ainda conforme Rinke (1998, p.196) “[...] uma verdadeira reclamação representa apenas a ponta de um iceberg, pois para cada reclamação recebida há 26 não registradas”.

Conforme Rinke (1998, p.197), “[...] um serviço ruim custará muito dinheiro para sua organização”.

Albrecht (1995) faz uma importante observação, que isto se dá principalmente em locais onde o cliente reside por um período determinado, tornando-se mais importante enfatizar o bom atendimento, pois o cliente vê o negócio como um todo e não como departamentos separados e distintos.

Conforme Rinke (1998), outro fato importante é quando a organização não percebe as falhas no atendimento, e estas ocorrem constantemente.

Ainda no mesmo pensamento de Rinke (1998), as empresas perdem clientes antigos, duradouros, frequentes por deixarem de lhes perguntar: onde podemos melhorar, como está o atendimento e o serviço? Perdem assim um valor alto calculando o tempo integral que o cliente esteve com a empresa.

E não apenas o cliente sai da organização, pois este irá contar para seus amigos e assim sucessivamente; um cliente insatisfeito contará para pelo menos onze conhecidos a experiência desagradável que teve. Hart *et al.* informaram “que clientes que passam por experiências ruins contam o fato para cerca de 11 pessoas; as experiências boas são contadas apenas para seis” (1990, *apud*, RINKE, 1998, p.197).

Rinke (1998) afirma que o atendimento de uma organização não pode ser apenas bom, deve ser o melhor. Além de custar menos fazer uma vez só e bem feito, do que ter que arrumar depois.

No atendimento não tem como arrumar, se for mal feito na primeira vez não tem conserto.

Lembre-se também de que as primeiras e as últimas impressões sempre são as que ficam. Infelizmente, elas normalmente são talhadas pelas pessoas que recebem os salários mais baixos e menos treinamento. (RINKE, 1998, p.204).

2.4 CICLO DE SERVIÇOS

Um ciclo é um conjunto ordenado de fases; as fases compreendem a consecução de várias etapas logicamente encadeadas; as etapas são os passos percorridos dentro de cada fase para que o ciclo se complete. (IOB, 2003, p.1).

Assim, conclui-se que uma empresa é constituída por diversos setores, que somados formam a organização.

Conforme Albrecht (1995), o cliente não vê a empresa por seus diversos setores e sim diretamente como uma organização que vai lhe prestar algum serviço ou resolver algum problema.

“A organização como um todo deve ser um grande departamento de serviços ao cliente” (ALBRECHT, 1995, p.23). E quando ele busca a empresa, pretende sair completamente satisfeito e não com um problema a mais para resolver.

Podemos dar como exemplo de ciclo de serviços, um ciclo hospitalar, ou qualquer um outro; o que o cliente está vendo é um todo do que está acontecendo, o cliente passa por diversos setores, achando apenas estar na instituição (ALBRECHT, 1995).

O hospital é uma organização que tem características próprias que a diferenciam de outras instituições. Muitas de suas áreas funcionais devem ser interdependentes e se inter-relacionarem, de forma a propiciarem um funcionamento eficiente de todos os seus componentes e de maneira a comporem um todo e não um somatório de partes desagregadas. (LIMA, 2000, p.5).

Este ciclo (hospitalar) em que um cliente passa despercebidamente por vários setores deve ser perfeito, para que cada setor agilize o seu trabalho e assim possa satisfazer melhor o cliente, fazendo com que este nem perceba as mudanças que está realizando em sua estadia.

Serviços em um ambiente comum. O cliente ´reside` necessariamente por algum tempo em uma instalação especial. Os funcionários da empresa e o cliente coabitam por períodos variados e interagem durante a prestação do serviço. Este formato é típico em hotéis, hospitais, navios de cruzeiro e aviões. (ALBRECHT, 1995, p.28).

Conforme Grönroos (1993), em um ciclo de serviços onde o cliente é o produto, faz com que toda demora se reflita diretamente no cliente, como exemplo um ciclo hospitalar, mesmo depois que vai embora, o serviço em seu prol continua,

caso falte algo, o cliente será novamente acionado a vir prestar contas.

Existe o faturamento das contas deixadas por ele, a conferência do material usado em sua estadia, o laudo dos exames, a autorização dos convênios, entre outros. Sendo estes serviços despercebidos, mas que se de alguma maneira saírem errado, acarretarão em prejuízos para o paciente.

[...] existe uma variedade de serviços utilizados com fins administrativos, como faturamento e manuseio de pedidos e reclamações, que na realidade são serviços ao cliente. Devido à maneira passiva com que são tratados, eles permanecem “serviços ocultos” para os clientes. (GRÖNROOS, 1993, p.34).

Grönroos (1993) lembra que, sendo assim, os serviços seguem seus ciclos podendo ou não interagir com o cliente, pois o mesmo pode receber o serviço sem estar presente a determinada situação. Principalmente pela característica de serviço ser um bem intangível.

“Serviço é algo que pode ser comprado e vendido, mas que você não consegue deixar cair sobre o seu pé”. Gummensson (1987b, *apud*, GRÖNROOS, 1993, p.36)

Conforme Rinke (1998), quando um serviço é avaliado pelo cliente, este estará avaliando a empresa em que realizou o serviço, e não os setores em que o cliente passou e foi bem atendido ou não. Portanto, um serviço é visto como bom ou ruim e daí saem as suas definições e conclusões.

Ainda Rinke (1998), afirma que em uma empresa em que se mantém mais contato com os clientes, mais insatisfeitos estes estarão, por isso, a necessidade de não somente fazer o serviço bem feito como de superar as expectativas.

Em uma pesquisa de pontuação realizada pela Universidade de Michigan e a American Society for Quality Control em 1994 e 1995 apresentaram a seguinte estatística: “[...] percebeu-se que, em geral, quanto mais contato a empresa manteve com seus clientes, mais baixas foram as pontuações”.(RINKE, 1998, p.188)

Conclui-se que, quanto mais qualidade nos serviços prestados, mais unida a Instituição vai parecer,

conseqüentemente, mais rápido os serviços serão realizados e assim beneficiarão mais o cliente.

No mesmo pensamento, Grönroos (1993) afirma que está nas mãos dos funcionários fazerem um serviço de qualidade, um ciclo perfeito. O que o cliente percebe sobre a empresa é a sensação que este está experimentando. São as decisões tomadas sobre o seu caso que acarretarão conseqüências boas ou ruins, e estas decisões dependem unicamente dos funcionários que terão contato diretamente com o cliente.

Conforme Grönroos (1993, p.77), “O serviço experimentado, que nesse modelo é chamado de *serviço percebido*, por outro lado, é resultado de uma série de decisões e atividades internas”.

Grönroos (1993) ainda lembra que o ciclo de serviço também pode ser prejudicado ou melhorado pelas atitudes de seus clientes. Dependendo das respostas, da forma de comunicação; tudo pode ser modificado.

“[...] se o paciente não for capaz de fornecer informações corretas sobre seus problemas, o médico não será capaz de realizar um diagnóstico correto. O tratamento pode, portanto, ser incorreto ou ser menos eficaz só que de outra forma.” (Flocken, 1998 *apud.*, GRÖSROOS, 1993, p.104).

Ou seja, todas as tarefas, de todas as partes (clientes, gerentes, funcionários), devem estar totalmente esclarecidas, fazendo com que o ciclo seja agilizado e perfeito.

2.5 POLÍTICA DE CRÉDITO

A política de crédito conforme Sanvicente (1978) é o prazo concedido a um cliente para pagamento de suas dívidas. Assim também, a empresa deve utilizar critérios para conceder crédito e estabelecer critérios para um limite de montante do pedido.

Entende-se então, que antes da empresa estar disponibilizando crédito a seus clientes, esta deve saber muito bem para que cliente está fazendo isto. Pois caso não conheça, o cliente pode simplesmente realizar um pedido absurdo e não pagar.

A política de crédito tem seus fatores positivos:

A concessão de crédito atua como elemento do processo de oferecimento de um produto ou serviço não só porque afeta diretamente o preço da aquisição, distribuindo os pagamentos no tempo, como proporciona maior flexibilidade operacional ao comprador, que ganha tempo para gerar recursos com vistas a efetuar os pagamentos devidos. (SANVICENTE, 1978, p.136).

Entende-se assim que, apesar da empresa correr os riscos do não recebimento, se esta tiver interesses futuros de novas negociações, estará abrindo margem para um bom relacionamento e negociações posteriores. Estimulando assim, que o cliente venha até ela para a procura de serviços e produtos oferecidos.

2.6 GARANTIA

Quando a empresa presta algum serviço que não pode ser pago no momento da entrega, seja por falta de valores estimados ou pelo cliente não dispor do montante naquele momento, a empresa prestadora de serviços pede uma garantia de pagamento para efetivá-lo em seu término (SANTOS, 2003).

Continuando com o pensamento de Santos, é de extrema necessidade da empresa que registre por escrito que está favorecendo o cliente “liberando” o serviço antes do pagamento, geralmente através de um contrato, e informando o cliente (convênio) sobre os riscos no caso dele não pagar.

Assim este documento poderá servir de prova caso o pagamento não ocorra. “Para eliminar ou reduzir o risco de crédito, os concessionários de financiamento devem formalizar corretamente as garantias vinculadas às operações de crédito, além de registrá-las em cartório” (SANTOS, 2003, p.35).

Conforme Santos (2003), a emissão de cheques é uma forma de pagamento à vista, por quem possui uma conta bancária; sendo que esta forma de pagamento tem grande exposição à inadimplência.

No caso caução de cheque, este funciona como garantia de pagamento antes da efetuação do mesmo. Assim, a pessoa deixa como garantido o pagamento, antes da liberação do dinheiro. A empresa terá como prova que o cliente estava ciente dos gastos e inclusive deixou antecipadamente pago.

Porém, o pagamento pode não ser efetuado, caso o cliente não receba os serviços, ou tenha má idoneidade.

“Cheque é uma ordem de pagamento à vista dada por alguém que possui conta de depósito em uma instituição financeira” (SANTOS, 2003, p.39).

No caso de convênios, os contratos são regidos por leis, sendo a 9656/98 (BRASIL, 1998) no caso de convênios com registro na ANS e a 8666/93 (BRASIL, 1993) no caso de convênios públicos.

2.7 COBRANÇA

A cobrança tem como função recuperar valores em atraso; sem deixar prejuízos financeiros para a instituição e muito menos duvidar da honestidade do cliente em pagar a dívida (GITMAN, 2001).

Sendo que a empresa deve ter um bom suporte e utilizar procedimentos tradicionais para a recuperação dos valores.

“A política de cobrança da empresa são seus procedimentos para cobrar duplicatas a receber quando elas vencem” (GITMAN, 2001, p.530).

2.7.1 Tipos de Cobrança

Conforme literatura pesquisada em Santos (2003), podem ser cinco os tipos de cobrança mais comuns e utilizados no mercado, que são:

2.7.1.1 Cartas

Conforme Santos (2003), são documentos informativos emitidos ao devedor para lembrar-lhes de suas obrigações.

É interessante que sejam enfatizados valores, vencimentos, multas por atrasos e conseqüências pelo não pagamento. “[...] o credor normalmente envia uma carta cortês, lembrando o cliente de sua obrigação” (SANTOS, 2003, p.220).

Após o envio da primeira carta, aguardam-se alguns dias e emite-se outra, esta mais exigente.

2.7.1.2 Contato Telefônico

Ainda conforme Santos (2003), se as cartas não derem certo, a empresa segue para o segundo passo, o contato telefônico.

A atendente deve ter em mãos todos os dados do devedor e sugerir formas de quitação da dívida.

“O contato telefônico constitui uma das primeiras ações do gestor de cobrança para a regularização do pagamento da dívida” (SANTOS, 2003, p.220).

Conforme Gitman (2001), caso este contato não apresente resultados, é interessante que profissionais jurídicos liguem para o devedor e o alerte sobre as penalidades geradas pela não quitação da dívida.

2.7.1.3 Visitas Pessoais

São de pouca eficácia devido à dificuldade de encontrar o devedor em sua residência/ empresa. Além de correr o risco de ser mal atendido.

Segundo Santos (2003), porém pode também ser muito eficiente, encontrando o devedor no local, uma grande porcentagem paga o valor devido na hora.

“Essa técnica é muito comum para encontrar o cliente e buscar a regularização do crédito” (SANTOS, 2003, p.220).

2.7.1.4 Uso de Agência de Cobrança

Santos (2003) afirma que é utilizada em casos extremos quando todas as alternativas anteriores já estiverem descartadas.

Muito importante verificar a viabilidade de contratação de uma empresa externa, para que os custos de cobrança não ultrapassem o valor da conta. “[...] um serviço qualificado pode complementar o processo de negociação com o cliente devedor” (SANTOS, 2003, p.221).

2.7.1.5 Protesto Judicial

Conforme Gitman (2001) e Santos (2003), abrir um processo judicial contra um cliente é a última das alternativas.

É interessante informá-lo antes sobre os prejuízos que lhe serão causados e as conseqüências que ele irá arcar. Os gestores devem apresentar propostas de pagamento sem que seja necessário manchar-lhes a reputação.

Conforme Gitman (2001), o devedor pode ir a falência, não garantindo o pagamento. “Esse é o passo mais severo no processo de cobrança, sendo uma alternativa que prejudica sensivelmente os negócios do cliente, via divulgação de sua falta de idoneidade no mercado de crédito” (SANTOS, 2003, p.221).

2.7.2 Contas a Receber

Quando a empresa emite a nota fiscal e entrega a mercadoria ao cliente (presta o serviço), automaticamente está adquirindo um valor futuro a receber. Sendo que cada cliente tem

um registro específico, que possibilita a empresa obter valores (IOB, 2003).

As contas a receber podem ser cobradas diretamente pelos bancos, possibilitando agilidade no pagamento. O envio de boletos ou cartas de cobrança possibilita o cliente de lembrar-se da dívida ativa antes de seu vencimento, diminuindo assim os índices de pagamentos em atraso (IOB, 2003).

Envio de boleto ou aviso de cobrança ao cliente – este documento, normalmente enviado ao cliente numa data intermediária entre a venda e o vencimento, permite informá-lo de que se aproxima o vencimento do título, e também conferir os dados relativos à transações realizadas (IOB, 2003, p.2).

Conforme Boletim IOB (2003), as contas após pagas devem ser registradas e processadas integralmente através de documentos próprios para esta finalidade; incluindo abates feitos nos pagamentos como descontos, abatimentos ou cancelamentos.

“Os recebimentos devem ser adequadamente identificados para que a baixa dos documentos de cobrança seja feita considerando o cliente e valor, data de vencimento e numeração seqüencial do documento” (IOB, 2003, p.4).

Conforme Sanvicente (1978), demonstra duas formas de recebimento dos valores devidos pelos clientes.

“O item ‘Caixa’ representa o dinheiro ‘vivo’, em notas de papel-moeda e moedas metálicas, enquanto o item ‘Bancos’ refere-se aos saldos mantidos em contas bancárias movimentáveis a vista contra emissão de cheque” (SANVICENTE, 1978, p.124).

Devemos lembrar ainda que no item banco, tem o depósito bancário, onde o cliente deposita o valor em conta, não precisando necessariamente emitir cheque.

Assim, temos a forma de recebimento em carteira, ou seja, em dinheiro ou cheques emitidos pelos clientes destinados diretamente ao caixa, ou a forma bancária, com boletos ou depósitos.

2.8 FATURAMENTO

É o setor que emite Nota Fiscal para o cliente; sendo um documento obrigatório em todo o território brasileiro. “A legislação cria obrigação nacional quanto ao seu uso, e a desobediência expõe infratores a pesadas sanções fiscais” (NETO e REIS, 2000, p.205).

Conforme Neto e Reis (2000), a Nota Fiscal tem três finalidades específicas:

- serve como base para tributos cobrados sobre as vendas;
- acompanha a mercadoria do fabricante ao consumidor final;
- é um registro contábil e fiscal para a transação.

Na Nota Fiscal constam dados importantes sobre a empresa fabricante, a empresa compradora e dados do produto ou serviço vendido.

Ela é numerada seqüencialmente, possui dados do pedido, endereço de entrega e endereço de cobrança, quantidade, descrição, valor unitário e valor total, alíquotas, formas de pagamento e se tiver alguma condição tributária especial, esta também deve estar descrita (NETO e REIS, 2000).

O Faturamento é o ciclo inicial da contabilidade e final da produção. “Faturamento – é o momento no qual se emite a nota fiscal de venda do produto ou serviço ao cliente” (IOB, 2003, p.2).

Segundo Boletim IOB (2003), a nota fiscal é um documento importante, que não pode ser rasurado, deve ser arquivada para possíveis verificações. Suas informações devem ser conferidas antes de sua emissão.

“As informações relativas à emissão da nota fiscal para o cliente devem ser processadas de forma adequada e integralmente, uma única vez” (IOB, 2003, p.4).

2.9 AUDITORIA

2.9.1 Conceito de Auditoria

Segundo Crepaldi (2004), a auditoria pode ser considerada como um processo de revisão realizado nos departamentos de uma organização, em seus procedimentos (seqüência de atividades) e ou ainda, em seus relatórios. Podem ser realizadas, por exemplo, auditoria de balanço contábil, de processos de compras, de estoque, de contas, etc. Crepaldi (2004, p. 23) afirma que:

De forma bastante simples, pode-se definir auditoria como o levantamento, estudo e avaliação sistemática das transações, procedimentos, operações, rotinas e das demonstrações financeiras de uma entidade.

Para Almeida (2003), devido a sua origem, a auditoria se demonstra como uma parte das ciências contábeis. Seu surgimento ocorre pelo motivo das estruturas de empresas familiares, onde, por uma necessidade de maior investimento nas indústrias, eram realizadas sociedades de investidores. Almeida (2003, p. 25-26) menciona que nesta situação de investimento eram necessárias informações precisas e confiáveis sobre a situação patrimonial e financeira da empresa onde seria feito o investimento, logo:

[...] as demonstrações contábeis passaram a ter importância muito grande para os futuros aplicadores de recursos. Como medida de segurança contra a possibilidade de manipulação de informações, os futuros investidores passaram a exigir que essas demonstrações fossem examinadas por um profissional independente da empresa e de reconhecida capacidade técnica. Esse profissional, que examina as demonstrações contábeis da empresa e emite sua opinião sobre estas, é o auditor externo ou auditor independente.

Ocorre que, devido à possibilidade de serem executados diversos tipos de trabalhos em auditoria, seja feito pela auditoria interna ou pela externa, torna-se necessário apresentar mais especificamente as características de cada auditoria.

2.9.2 Auditoria Interna e Externa

Ao se discutir a diferença entre auditoria externa e interna, um aspecto é fundamental na abordagem: a independência do profissional que executa os trabalhos.

O auditor externo, não está ligado à estrutura organizacional e deverá, portanto, manter-se independente em seu parecer. Attie (1992, p. 37) classifica como “primordial” a independência na realização dos trabalhos de auditoria externa e menciona que o auditor não deve expressar sua opinião, por exemplo, sobre uma empresa em que haja “relação de parentesco com pessoas comprometidas na aquisição da companhia auditada” e que seria questionado profissionalmente caso deixasse de mencionar algum fator relevante que tivesse sido omitido nas demonstrações contábeis.

O auditor interno, por sua vez, costuma ser empregado da empresa. Embora alguns autores, como Attie (1992, p. 68) afirmem que os trabalhos deste auditor sejam independentes, torna-se necessário observar que esta independência é muito restrita – bem menor que a do auditor externo. Attie (1992, p. 68) classifica a auditoria interna como uma:

[...] atividade de avaliação independente dentro da organização, para revisão da contabilidade, finanças e outras operações, como base para servir à administração. É um controle administrativo, que mede a evolução e eficiência de outros controles.

Um fator que demonstra o grau de independência do auditor externo pode ser observado na posição do setor dentro do organograma da empresa. A figura, a seguir, apresenta esta condição.

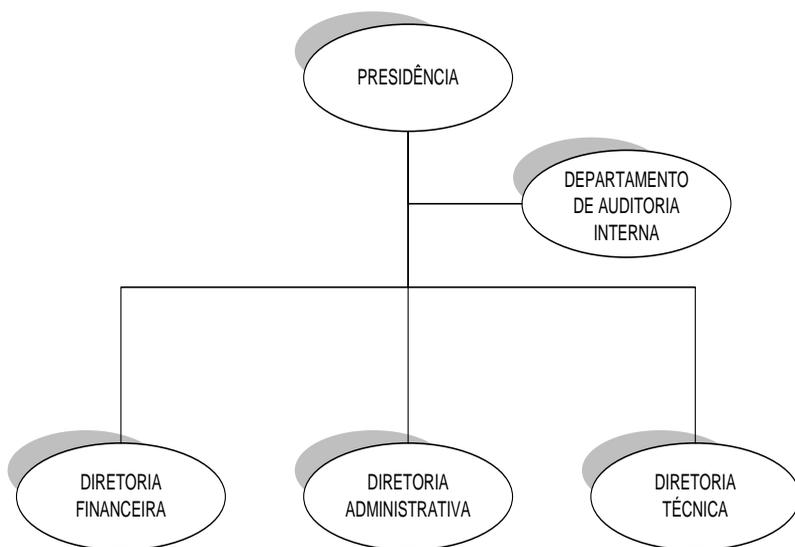


Figura 2 – A auditoria interna no organograma empresarial.
Fonte: Adaptado de ALMEIDA, 2003, p. 30

Além das divergências quanto ao grau de independência o foco dos trabalhos de cada auditoria é distinto. Isto tem reflexo nas características dos profissionais que realizam os trabalhos de auditoria interna e externa. A figura 3, a seguir, apresenta um comparativo entre os profissionais de cada auditoria.

Auditor interno	Auditor externo
É empregado da empresa auditada;	Não tem vínculo empregatício com a empresa auditada;
Menor grau de independência;	Maior grau de independência;
Executa auditoria contábil e operacional;	Executa apenas auditoria contábil;
<p>Os principais objetivos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verificar se as normas internas estão sendo seguidas; - verificar a necessidade de aprimorar as normas internas vigentes; - verificar a necessidade de novas normas internas; - efetuar auditoria das diversas áreas das demonstrações contábeis e em áreas operacionais; 	<p>O principal objetivo é emitir um parecer ou opinião sobre as demonstrações contábeis, no sentido de verificar se estas refletem adequadamente a posição patrimonial e financeira, o resultado das operações, as mutações do patrimônio líquido e as origens e aplicações de recursos da empresa examinada. Também, se essas demonstrações foram elaboradas de acordo com os princípios contábeis e se esses princípios foram aplicados com uniformidade e relação ao exercício social anterior;</p>
Maior volume de testes (tem maior tempo na empresa para executar os serviços de auditoria).	Menor volume de testes, já que o auditor externo está interessado em erros que individualmente ou cumulativamente possam alterar de maneira substancial as informações das demonstrações contábeis.

Tabela 1– Comparativo entre os profissionais de auditoria

Fonte: ALMEIDA, 2003, p. 30

Embora o quadro apresentado anteriormente mencione que o auditor externo realize apenas auditoria de balanço, não foi encontrado entre os autores pesquisados, restrição para a realização de outros trabalhos pela auditoria externa. Quanto aos tipos de auditoria que se pode aplicar, apresenta-se com maiores detalhes a seguir.

2.9.3 Tipos de Trabalhos de Auditoria

Pode-se afirmar, resumidamente, que existem dois tipos de trabalhos em auditoria: a de balanço e a operacional ou de gestão.

Para Almeida (2003), os trabalhos de revisão de balanço, realizados pela auditoria externa, buscam comprovar a consistência e precisão das informações contábeis apresentadas nos relatórios da organização. Normalmente, são realizados testes de consistência para determinar a verdade das informações, onde o saldo bancário da contabilidade, por exemplo, é confrontado com o dos extratos, ou ainda, são realizadas contagens físicas do estoque, para validar a informações dos relatórios contábeis. De acordo com Almeida (2003, p. 45) o “objetivo do auditor externo ou independente é emitir sua opinião sobre as demonstrações financeiras” e para tanto são necessários alguns passos, conforme a figura 4, a seguir apresenta:

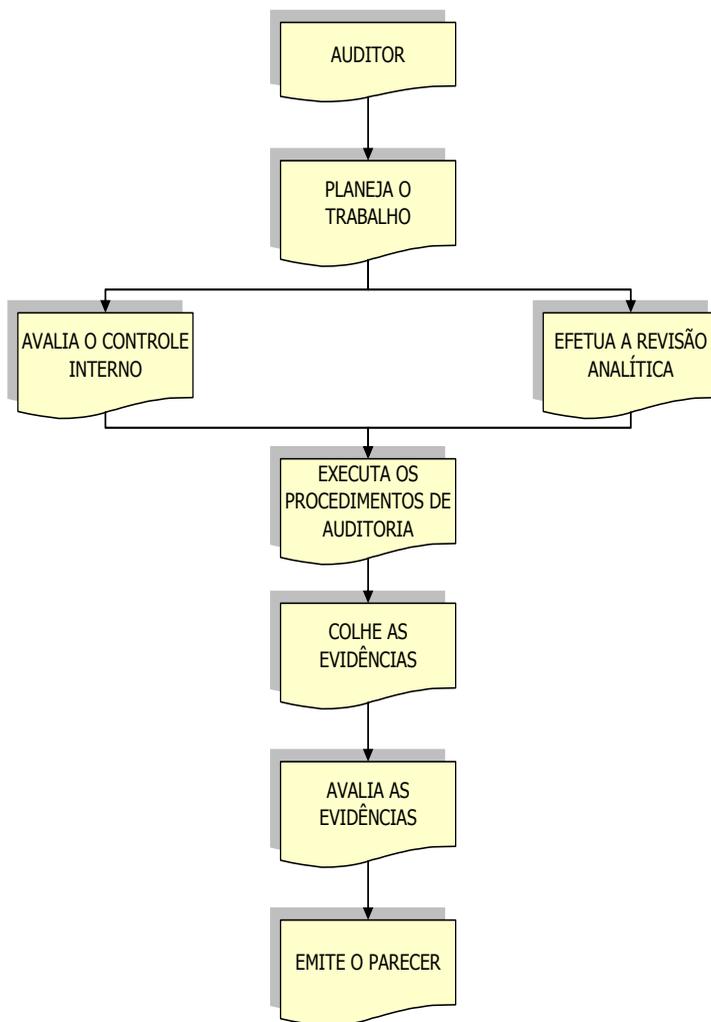


Figura 3 – Passos de auditoria
Fonte: Adaptado de ALMEIDA, 2003, p. 47

A auditoria operacional refere-se, por outro lado, na revisão dos processos internos da organização. Neste caso, busca-se determinar se as condições de operação são adequadas, se os procedimentos internos são seguidos, se há possibilidade de melhoria no desempenho de alguns controles, ou mesmo,

setores, etc. Embora Almeida (2003) e Crepaldi (2004) associem a execução da auditoria operacional ao auditor interno, não foi localizada na pesquisa restrição à contratação de auditor externo para este tipo de trabalho. Evidentemente, empresas que não dispõem do setor de auditoria interna farão a contratação de empresa especializada.

Para Crepaldi (2004, p. 32) a auditoria operacional equivale a:

[...] revisões metódicas de programas, organizações, atividades ou segmentos operacionais dos setores públicos e privado, com a finalidade de avaliar e comunicar se os recursos da organização estão sendo usados eficientemente e se estão sendo alcançados os objetivos operacionais.

Cabe observar que devido à importância que o trabalho de auditoria representa, este envolve, evidentemente, relativos graus de responsabilidade.

2.9.4 Responsabilidade em Auditoria

Para Crepaldi (2004), a responsabilidade do trabalho de auditoria é limitada ao parecer emitido. O auditor fará o seu trabalho de maneira que, através de seu planejamento, seja possível expressar uma opinião profissional, com base em informações confiáveis. O objetivo dos trabalhos de auditoria de balanço, normalmente, não são o de determinar fraudes, já que isto obrigaria uma avaliação muito ampla de todas as operações realizadas em determinada área. Este fato comprometeria o objetivo central: a avaliação das técnicas e princípios contábeis utilizados para elaboração das demonstrações financeiras.

Para Crepaldi (2004, p. 128):

O auditor não é responsável, nem pode ser responsabilizado pela prevenção de fraudes ou erros. [...] deve planejar seu trabalho avaliando o risco de sua ocorrência, de forma que tenha grande probabilidade de detectar aqueles que

impliquem efeitos relevantes nas demonstrações contábeis.

Numa auditoria operacional os procedimentos utilizados nos processos internos, normalmente são os alvos da auditoria. Assim, se estes procedimentos são frágeis e possibilitam a execução de fraudes, será feito evidentemente uma amostragem para determinação da existência, ou não, de fraudes e outras lesões ao patrimônio da empresa. Dada a necessidade de cada empresa, poderá ser feito um trabalho mais aprofundado no sentido de determinar eventuais falhas ou mesmo atos fraudulentos.

Quando a auditoria é planejada, o auditor deve questionar a empresa se houve problema em algum setor específico antes de começar o seu trabalho e procurar pontos relevantes para dar continuidade no seu trabalho.

2.9.5 Auditoria Hospitalar

A auditoria na área da saúde não foge a relação da auditoria contábil apresentada anteriormente, porém, a auditoria da saúde mantêm-se através de leis que regulamentam critérios tanto para a área médica quanto a de enfermagem.

Além disto, existem as leis nº 9656/98 (Brasil, 1998) e nº 8666/93 (Brasil, 1993) que regulamentam contratos de planos de saúde privados e públicos, respectivamente, as quais devem ser seguidas e cumpridas.

Conforme a Lei nº 9656/98 (Brasil, 1998):

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira (...).

Ainda a mesma lei (Brasil, 1998), determina que:

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.

Na área médica existe o Código de Ética Médica - Res. (1931/2009) com o Capítulo XI especificamente falando sobre Auditoria e perícia médica. Alguns pontos deste capítulo visam deixar claro a necessidade de conduta ética do profissional, conforme segue:

É vedado ao médico:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95. Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou

iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único. O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial (CFM, 2010).

Para a área de Enfermagem, também foi criado RESOLUÇÃO COFEN-266/2001, no qual impõem diretrizes e aprova as atividades do Enfermeiro Auditor (COFEN, 2001).

Avaliando a parte específica da auditoria, podemos observar que as orientações da atividade de enfermagem são bem mais específicas e detalhadas que as orientações médicas, deixando claro as atividades, seguem as principais observado o contexto:

I- É da competência privativa do Enfermeiro Auditor no Exercício de suas atividades:

Organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de Auditoria de Enfermagem.

[...]

p) O Enfermeiro Auditor, no cumprimento de sua função, tem o direito de visitar/entrevistar o paciente, com o objetivo de constatar a satisfação do mesmo com o serviço de Enfermagem prestado, bem como a qualidade. Se necessário acompanhar os procedimentos prestados no sentido de dirimir quaisquer dúvidas que possam interferir no seu relatório.

III- Considerando a interface do serviço de Enfermagem com os diversos serviços, fica livre a conferência da qualidade dos mesmos no sentido de coibir o prejuízo relativo à assistência de Enfermagem, devendo o Enfermeiro Auditor registrar em relatório tal fato e sinalizar aos seus pares auditores,

pertinentes à área específica, descaracterizando sua omissão.

IV- O Enfermeiro Auditor, no exercício de sua função, tem o direito de solicitar esclarecimento sobre fato que interfira na clareza e objetividade dos registros, com fim de se coibir interpretação equivocada que possa gerar glosas /desconformidades, infundadas.

V- O Enfermeiro, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

[...]

VI- O Enfermeiro Auditor, quando no exercício de suas funções, deve ter visão holística, como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico.

2.10 GLOSAS

Significa cancelamento ou recusa, parcial ou total, de itens de uma Cobrança, que o auditor da Operadora não considera cabível para pagamento, por serem considerados ilegais ou indevidos. (SAUDI, 2012).

No mesmo pensamento Murucy (2006) cita que: “glosa é apenas a diferença entre os valores cobrados por hospitais, clínicas, laboratórios, etc. e os efetivamente pagos pelos Tomadores de Serviços”.

Ainda em SAUDI (2012), relaciona os tipos de glosas:

As glosas podem ser classificadas em administrativas e técnicas. As glosas administrativas são decorrentes de falhas operacionais no momento da cobrança, falta de interação entre o plano de saúde e o prestador de serviço, ou ainda, falho no momento da

análise da conta do prestador. As glosas técnicas estão vinculadas à apresentação dos valores de serviços e medicamentos e materiais utilizados e não aos procedimentos técnicos.

Já Murucy (2006) apresenta os seguintes tipos de glosas:

- Técnicas: são aquelas oriundas de divergências entre os procedimentos médicos adotados e os autorizados e/ou pagos;
- Administrativas: aquelas que ocorrem em função de falhas burocráticas e ou desconhecimento dos contratos e seus anexos;
- Sem justificativas: é a glosa não justificada;
- Por omissão de contratos e tabelas: essas glosas são geradas pela falta de entendimento prévio entre os compradores e prestadores de serviços.

Conforme relatório ANAHP, em 2010 o índice de glosa dos hospitais pesquisados ficou em uma média de 2,6 %, com ligeira melhora frente a 2009 (2,8%).

“Se considerado o prazo médio de recebimento de 70 dias e um custo financeiro de 2% ao mês, tem-se um custo de financiamento deste prazo de 4,67%. Se acrescido a este custo o índice de glosas, chega-se a uma perda de receita de 7,6%.” (ANAHP, 2010, p.33)

Região Geográfica	2006	2007	2008	2009	2010
Centro-Oeste	4,1%	5,8%	6,3%	5,5%	4,5%
Nordeste	3,2%	2,4%	1,3%	1,1%	1,6%
Sul	7,8%	4,2%	5,6%	3,1%	2,8%
Sudeste	3,2%	3,2%	2,9%	2,7%	2,5%
ANAHP	3,9%	3,4%	3,3%	2,8%	2,6%

Figura 4 – Tabela de Glosas
Fonte: Adaptado de SINHA – ANAHP, 2010

2.11 INDICADORES

Conforme Leão et al. (2009) indicadores são informações geradas a partir de dados coletados e analisados com a capacidade de auxiliar a tomada de decisão e assim promover a melhoria da qualidade. Já para FILHO (2010), indicador de desempenho é a métrica usada para quantificar a eficiência e/ou eficácia de uma ação.

Os indicadores são importantes informações e a partir deles podemos verificar se a instituição está alcançando os resultados esperados ou se há necessidade de mudanças para alcançar as metas desejadas. (FILHO, 2010)

Para tanto, Gonçalves et al. (2006) confirma que os indicadores auxiliam no monitoramento de qualquer atividade, mensurando não só o presente, mas também o passado e o futuro, apontando as ações na busca de melhorias, assim, ressalta a importância do uso de indicadores.

Os indicadores de desempenho ajudam a definir e monitorar as ações gerenciais em um processo e, ao possibilitarem a quantificação de resultados, revelam a propriedade das ações em termos das metas e objetivos organizacionais alcançados. (SPILLER et al., 2009, p. 142).

Para Ferreira (2000 apud GONÇALVES, 2006, p.2) os “indicadores [...] em geral, são utilizados quando as mudanças não podem ser medidas diretamente; servem para mostrar uma realidade para quem não está inserido nela”. Ou seja, qualquer pessoa consegue visualizar o desempenho da instituição apenas olhando para os números.

“Indicadores não proporcionam respostas definitivas, mas indicam problemas potenciais ou boas práticas do cuidado” Campbell et al. (2003 apud GONÇALVES, 2009, p.2)

Spiller et al. (2009) coloca que ao analisarem os indicadores, os gestores, podem ter uma maior visão de mercado, projetar o futuro das ações e antever os efeitos de suas práticas, e além disso, os indicadores possibilitam uma melhor avaliação de desempenho da organização.

Com isso, medidas de avaliação são atualmente requisitos exigidos pelas fontes pagadores e pelos órgãos de acreditação nacional e internacional da qualidade (LEÃO et al. 2009).

Os indicadores servem para:

- esclarecer valores;
- diagnosticar problemas;
- comunicar estratégia;
- entender processos;
- definir responsabilidades;
- envolver as pessoas;
- fazer parte ativa da remuneração funcional;
- melhorar o controle e o planejamento;
- identificar ações de melhoria;
- mudar comportamentos;
- tornar possível a visualização de resultados;
- facilitar a delegação de responsabilidades.

Figura 5 – Função dos Indicadores

Fonte: FILHO 2010, pág 126 (adaptado)

Tratando de serviços de saúde, Spiller (2009) evidencia a alta complexidade do setor e ressalta a necessidade de uma criteriosa escolha de indicadores, processo de mensuração e análise de resultados. O autor coloca ainda, que o processo na área da saúde não é único e que a ele demanda vários outros aspectos.

3 METODOLOGIA

Este capítulo apresentará os procedimentos realizados para que os objetivos dessa pesquisa fossem alcançados.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Conforme Michel (2009) pesquisa é a busca de informações que visem à descoberta da realidade e descrição do mundo físico, ou seja, estudar, analisar, interpretar e descrever os fatos podendo identificar suas causas.

Com isso, para alcançar os objetivos deste trabalho foi realizado uma pesquisa descritiva, pois ela “se propõe a verificar e explicar problemas, fatos ou fenômenos da vida real, com a precisão possível”. Além disso, a escolha pelo enfoque descritivo é devido à possibilidade de coletar informações de maior importância, estando estes, ligados diretamente aos objetivos da pesquisa. (MICHEL, 2009, p.44)

Os métodos utilizados foram o quantitativo e o qualitativo. Quantitativo, pois parte do princípio de que tudo pode ser quantificado, ou seja, se dados, fatos, problemas e informações forem traduzidos em números serão mais bem entendidos. O aspecto quantitativo requer a utilização de técnicas estatísticas, como percentual muito utilizado na análise e exploração dos dados. (MICHEL, 2009). No trabalho estaremos criando números que representam indicadores mensais para traduzir (em percentual) o quanto do faturamento foi glosado.

A pesquisa também se caracteriza como qualitativa devido separarmos as glosas corretas das incorretas. Ou seja, os motivos descritivos não podem ser transformados em números e, portanto, serão separados pela sua qualidade, segundo Marconi e Lakatos (2002).

Pesquisa Quantitativa	Pesquisa Qualitativa
Caráter objetivo.	Caráter subjetivo.
Quantifica, coleta, trata dados obtidos através do uso de	Discute, correlaciona, interpreta situações, fatos, opiniões, e

técnicas numéricas e ou estatísticas de amostragem, população, etc.	conclui valores através de análise coerente.
Discussão e apresentação de resultados, através de tabelas, gráficos – números.	Discussão e apresentação de resultados feitos predominantemente no formato de texto corrido – ideias, observação, análise.
Testa uma teoria – usa análises estatísticas para abranger grandes grupos.	Desenvolve uma teoria – faz interpretações individuais, faz narrativas, relata experiências, identifica expectativas, frustrações, motivos.
Procurar generalizações, quantidades.	Procura particularidades, qualidade.
Pesquisador atua remotamente.	Pesquisador participa do processo.
Pesquisador descreve, explica e prediz.	Pesquisador participa, compreende e interpreta.

Tabela 2 – Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa

Fonte: Adaptado de Michel, 2009, p.38.

Podemos observar que o trabalho em questão faz uma combinação entre os métodos quantitativos e qualitativos. Não se caracterizando uma pesquisa quali quanti, visto que, conforme Michel (2009, p.39):

Considera-se como “qualiquanti” (importante instrumento da pesquisa social) a pesquisa que quantifica e percentualiza opiniões, submetendo seus resultados a uma análise crítica qualitativa. Isso permite levantar atitudes, pontos de vista, preferências que as pessoas têm a respeito de determinados assuntos, fatos de um grupo definido de pessoas.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi um estudo que permitiu a criação de indicadores para o setor de recurso de glosa. Foi realizado em um hospital privado da cidade de Joinville – SC, este é chamado de Hospital Privado de Joinville para preservação da identidade da instituição.

Conforme Marconi e Lakatos (2010, p.112), “população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”, sendo assim a população da pesquisa é composta por todas as contas do Hospital Privado de Joinville durante o período do mês de janeiro a março do ano de dois mil e doze. Considerando uma média de 30.000 atendimentos mês e que, cada atendimento gere no mínimo uma conta hospitalar, podemos considerar que no período a população da pesquisa foi de 90.000 contas.

A amostra da pesquisa é composta por todas as contas recursadas, ou seja, todas as contas encaminhadas pelo Hospital Privado de Joinville foram consideradas como amostra aquelas que continham glosas durante o período do mês de janeiro a março do ano de dois mil e doze, pois segundo Marconi e Lakatos (2010) a amostra surge, quando não há necessidade de investigar a totalidade dos componentes, e sim, apenas uma parte da população em estudo. Sendo assim, considerando o percentual de glosas apresentado nos indicadores, podemos concluir uma média de 5% de contas com glosas, ou seja, 4.500 contas hospitalares recursadas.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através do sistema informatizado do Hospital Privado de Joinville este sistema facilitou a realização da pesquisa, pois permitiu a geração de relatórios de todas as contas glosadas no período de janeiro a março de dois mil e doze e servem como base para a criação de indicadores.

Os relatórios disponibilizados pela instituição para controle e monitoração dos dados são:

- a) CATE 866 – Valores de Glosas
- b) CATE 043 – Recursos de Glosas

Utilizou-se ainda de outras ferramentas do sistema informatizado do Hospital, disponibilizadas através de funções, como a função: Indicadores de Gestão – Resultado Hospital, onde obtemos o total faturado no período.

O projeto da pesquisa foi apresentado e aprovado à Comissão de Ética do Hospital Dona Helena em 03 de maio de 2012, conforme disposto no Anexo A do presente trabalho. A aprovação se faz necessário para preservação das informações e nome da instituição a qual nos acolheu e forneceu os dados, conforme disposto em Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 196/96 e Lei nº 8142 e 8080/90.

3.4 PROCEDIMENTOS

Para cumprir os objetivos da pesquisa foi necessário dividir o trabalho em algumas etapas específicas.

A primeira foi definir quais seriam os indicadores a serem criados no setor de recurso de glosas do Hospital Privado de Joinville. Ou seja, qual a forma de medir através de índices econômico-financeiros o impacto das glosas na instituição. Para tanto, ficou definido que a necessidade inicial era descobrir o quanto de glosas estava sendo produzido pela instituição e qual o impacto destas no faturamento do hospital. Após definido este indicador, houve a necessidade de verificar o quanto destas glosas era erro do hospital, no qual chamaremos de glosas corretas, e o quanto era erro dos convênios, o qual chamaremos de glosas incorretas.

Após a etapa de definição dos indicadores, foi necessário realizar a coleta de dados através do sistema operacional do Hospital Privado de Joinville.

Em seguida houve a necessidade de realizar-se uma pesquisa para identificar se os dados apresentados estavam dentro ou fora dos padrões atualmente praticados por outras

instituições hospitalares. Com isto, houve também a necessidade de criar uma meta aceitável para medir os indicadores propostos.

Após definido os indicadores, coletado os dados no sistema informatizado do hospital, estes serão apresentados em três tabelas específicas:

a) Percentual de contas recursadas no período estudo em relação ao faturamento: será somado o valor total das glosas recursadas no período estudado e dividido pelo faturamento do mês vigente vezes cem. Ou seja, tudo o que foi recursado em janeiro, fevereiro e março de dois mil e doze será dividido pelo valor do faturamento do mesmo período e multiplicado por cem para se obter o indicador geral.

b) Separação das glosas corretas e sua relação com o faturamento: será somado o valor total das glosas corretas recursadas no período estudado e dividido pelo faturamento do mês vigente vezes cem. Ou seja, tudo o que foi recursado como glosa correta em janeiro, fevereiro e março de dois mil e doze será dividido pelo valor do faturamento do mesmo período e multiplicado por cem para se obter o indicador geral.

c) Separação das glosas incorretas e sua relação com o faturamento: será somado o valor total das glosas incorretas recursadas no período estudado e dividido pelo faturamento do mês vigente vezes cem. Ou seja, tudo o que foi recursado como glosa incorreta em janeiro, fevereiro e março de dois mil e doze será dividido pelo valor do faturamento do mesmo período e multiplicado por cem para se obter o indicador geral.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E EXPLORAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentadas as descrições de todos os processos que envolvem o paciente e a conta, sendo descritos a rotina do paciente dentro da instituição, a rotina do fechamento das contas, a rotina atual do recurso de glosas e as identificações das glosas corretas e incorretas, valores glosados, recusados e retornos de recursos do Hospital Privado de Joinville, qualificando os principais motivos.

Os valores apresentados são fictícios, para proteção e discrição do hospital. Como critério, os valores foram apresentados através de percentuais, sendo que a quantidade de contas glosadas é real.

4.1 ROTINA DO PACIENTE

Todo paciente atendido no hospital, seja através da emergência, internação ou atendimento externo, necessita fazer um cadastro no sistema e o devido registro do processo, ou seja, preenchimento de guias, contato com o convênio e autorização dos procedimentos / atendimento. Todo novo procedimento a ser realizado necessita de nova autorização para controle do convênio, esta autorização é solicitada pelos setores administrativos do hospital, podendo ser estes: Central de Autorizações, Recepção ou Faturamento.

Este processo será representado no fluxograma a seguir:

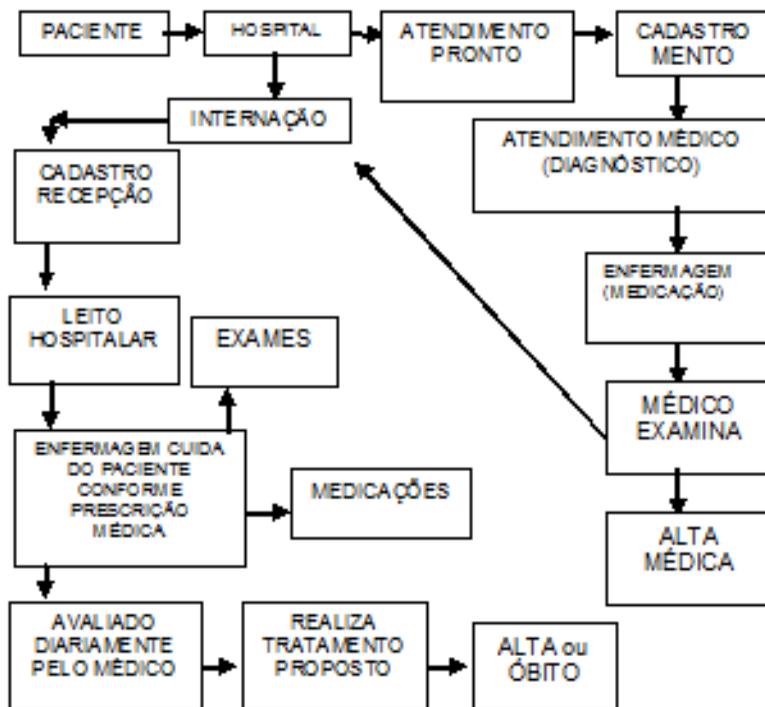


Figura 6 – Ciclo do paciente na instituição hospitalar
 Fonte: Primária, 2012

Ou seja, o paciente entra na instituição, realiza o seu cadastro no sistema informatizado Tasy em uma das Recepções, recebe o atendimento de enfermagem e médico, podendo ser medicado ou não, recebe nova avaliação e realiza exames e procedimentos (conforme necessidade) até receber a alta hospitalar. Após a saída do paciente, a alta é lançada em sistema e o processo continua apenas com a conta hospitalar.

4.2 ROTINA DO FECHAMENTO DE CONTAS HOSPITALARES

A conta gerada pelo paciente será encaminhada ao setor de Faturamento. Este por sua vez, analisa as contas e verifica a necessidade de guias, conforme procedimentos e exames

realizados. Na falta de alguma autorização, a conta é devolvida ao setor de origem para correção. A conta estando completa é novamente avaliada pelo setor de faturamento conforme exigência de cada convênio (verificados valores e lançamentos). Após esta verificação, a conta é encaminhada para o setor de Auditoria Interna de Contas. Este setor fará a análise dos lançamentos de materiais e medicamentos nas contas de internados (se houver), conforme as prescrições médicas. As contas de pacientes do pronto atendimento e atendimento externo não são verificadas pelo setor de Auditoria Interna de Contas. Para alguns convênios, existe a auditoria médica do próprio convênio, onde estes auditores auditam as contas e confrontam com o prontuário médico, prescrições e laudos.

Após a verificação da auditoria (interna e externa) esta conta volta ao setor de Faturamento para impressão das guias **TISS** (Troca de Informações em Saúde Suplementar) e encaminhamento ao convênio (eletrônico e manual).

Segue fluxo de processos administrativos:

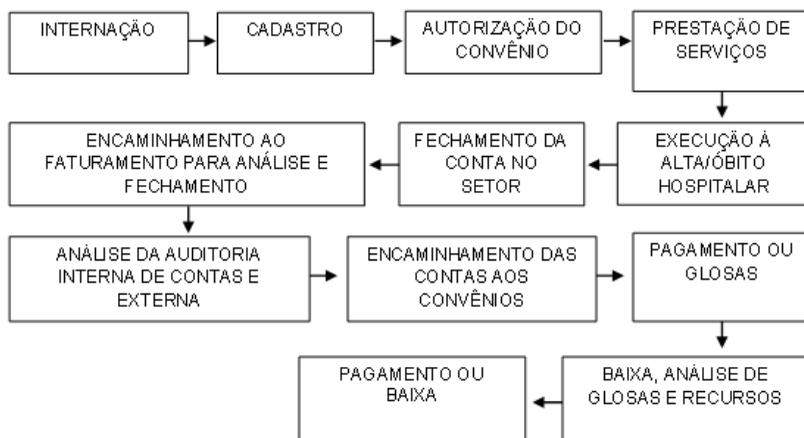


Figura 7 – Ciclo de Serviços administrativos do Hospital Privado de Joinville
Fonte: Primária, 2012

Conforme o contrato é estipulado um tempo máximo para pagamento destas contas ao hospital. Este controle de pagamentos é realizado pelo setor Financeiro, especificamente pelo Contas a Receber.

4.3 ROTINA DA FUNÇÃO RECURSO DE GLOSAS

O hospital pesquisado trabalha hoje com 36 (trinta e seis) convênios e 6 (seis) tabelas de valores, sendo suas nomenclaturas: AMB (Associação Médica Brasileira) edição 92, CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) 3ª e 4ª edição, TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, Bradesco (tabela própria de valores) e tabela SUS – Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

Para melhor organização dos processos hospitalares, todos os serviços e negociações com cada convênio são formalizados através de contratos, adendos e aditivos contratuais que ficam em posse do setor de Convênios - responsável pelas negociações. Anualmente é realizado o reajuste (se os contratos assim estipularem) para que os valores dos serviços prestados não fiquem defasados em relação ao mercado e com isso, firmado um novo aditivo contratual após as negociações, obtendo o aval do contratado e do contratante. Esta formalização de negociação ocorre para garantia de que o Hospital Privado de Joinville não realize cobrança indevida (maior que o negociado) e para que os convênios não realizem pagamentos menores que o estipulado em contrato (gerando a glosa).

Evidenciado através de relatórios do sistema informatizado do hospital, que dos 36 convênios, 13 efetuam o pagamento menor que o cobrado (no período analisado). Os pagamentos a menor, ou seja, pagamentos de valores menores do que os cobrados, são chamados de “glosas”, e são gerados devido a desentendimentos ou erros gerados pelo hospital ou convênio.

Quando identificado uma glosa, é realizado o trabalho de análise, seguindo os seguintes passos: identificação do valor glosado, verificação se o pagamento é devido ou indevido, ou seja, se o Hospital Privado de Joinville está cobrando maior que

o negociado ou se o convênio esta efetuando o pagamento a menor indevidamente. A glosa correta (erro do Hospital Privado de Joinville) é de 6,39 % dos valores recursados, ou seja, o maior índice de glosa é ocasionado por falha ou erro do convênio.

A identificação de uma glosa ocorre da seguinte forma: o convênio efetua um pagamento em conta e disponibiliza ao hospital uma relação dos pacientes que compõem esse pagamento. Através do extrato de pagamento disponibilizado pelo convênio, é possível identificar os pacientes com pagamento menor que o cobrado em conta hospitalar e através do Demonstrativo de Glosa disponibilizado também pelos convênios, conseguimos identificar o porquê o convênio não esta pagando a conta integral.

A glosa pode ocorrer por diversos motivos: falta de autorização, quantidade indevida, carteirinha do beneficiário inválida, divergência de tabela, entre outros. Como as glosas podem ter diversos motivos, todos os departamentos administrativos e técnicos estão envolvidos na análise e recurso desta glosa.

Os motivos pelo qual as glosas são geradas podem ser relacionados desde:

1) Recepção / Central de Autorizações a entrada do paciente no hospital onde é necessário solicitar autorização dos procedimentos, preenchimento dos dados corretos na guia do convênio e no sistema;

2) Parte Clínica / Enfermagem com o lançamento correto dos materiais, medicamentos, taxas, exames, justificativa médica quando necessário, preenchimento correto da guia pelo médico, entre outros;

3) Faturamento: fechamento da conta, análise de toda documentação conforme as exigências do convênio, envio TISS.

Qualquer divergência entre cobrança e pagamento pode gerar uma glosa, porém, como já citado anteriormente, a glosa correta (erro do Hospital Privado de Joinville) é baixa, sendo apenas 6,39% dos valores recursados no período do estudo. Considerando que os 6,96% das glosas geradas no período estudado representam os 100% das glosas e que apenas 0,3% são consideradas corretas, ou seja, representam 6,39% do total

das glosas, é um valor ténue, conforme os critérios utilizados para a criação de metas aceitáveis no próximo capítulo.

O maior índice de glosa se refere à negociação, divergência de valores das tabelas e preenchimento incorreto das guias TISS (Troca de Informações de Saúde Suplementar). Ao identificar estas glosas, é realizada uma análise junto a alguns departamentos envolvidos como: Auditoria Interna de Contas, Faturamento, Central de Autorizações, Consignados e setor de Convênios.

Após a análise, se constatado que o valor cobrado esta correto, ou seja, conforme negociado, as contas serão recursadas (glosas incorretas). Sendo assim, o hospital entra em contato com o convênio, encaminhando as contas com as devidas justificativas e solicita o acerto de sistema para evitar mais glosas pelo mesmo motivo, pois, além de recursar as contas glosadas o objetivo é solucionar a origem do erro, evitando retrabalhos futuros.

Cada convênio discrimina em contrato o prazo para recurso das contas glosadas, ou seja, após o pagamento a menor de uma conta, o hospital tem um prazo para reapresentar a mesma conta com uma justificativa, solicitando o pagamento faltante. O prazo médio para recurso de glosa é de 60 (sessenta dias), com exceção do convênio BR que estende esse prazo para seis meses, visto que é o maior faturamento do hospital e conseqüentemente o convênio com maior índice de glosas.

A demora no recurso de glosa implica no fluxo de caixa, visto que, quanto mais rápido as contas são enviadas para o convênio, mais rápido as mesmas são liquidadas. Dentro do prazo estipulado pelos convênios, todos os recursos estão sendo encaminhados no prazo limite. O objetivo é recursar as contas no prazo mínimo, ou seja, um mês após o pagamento. Exemplo: pagamento em Janeiro, recurso das contas glosadas em Fevereiro e assim sucessivamente.

Atualmente no hospital a rotina de recurso de glosa é realizada por três funcionárias, todas com conhecimento para recursar todos os convênios. Sendo que uma delas é responsável pelos relatórios de controles para baixa das glosas corretas, desconto de honorários cobrados indevidamente por médicos e distribuição de prioridades para as demais funcionárias.

As glosas com valor inferior a R\$ 10,00 (dez reais), não são recursadas, pois a rotina atualmente estabelecida prevê o recurso de glosas apenas com o valor superior ao acima citado, visto a inviabilidade operacional das mesmas.

4.4 ANÁLISE E EXPLORAÇÃO DOS DADOS

Atualmente as glosas são recursadas buscando agilidade e eficácia, onde são gerados relatórios e alertas em sistema para monitorar o tempo de recebimento dos pagamentos. Os relatórios também apresentam os valores glosados (conforme recursos realizados) por convênio e por motivos, separando as glosas corretas das glosas incorretas.

Sendo assim, consegue-se monitorar através das ferramentas disponibilizadas pelo sistema os indicadores propostos: percentual de glosas corretas, percentual de glosas incorretas e os principais motivos.

Os relatórios disponibilizados pela instituição para controle e monitoração dos dados são chamados de CATE – Nomenclatura própria do Tasy que significa “C” de Cliente e “ATE” de atendimento, ou seja, relatórios criados especificamente para o cliente (prestador de serviço) para monitorar dados através dos atendimentos gerados pela instituição.

Os relatórios são:

- c) CATE 866 – Valores de Glosas
- d) CATE 043 – Recursos de Glosas

Além disto, ainda utiliza-se outras ferramentas do Tasy, disponibilizadas através de funções, como a função: Indicadores de Gestão – Resultado Hospital, onde obtemos o total faturado no período.

Através destas três ferramentas, sendo dois relatórios e uma função do sistema informatizado utilizado pelo Hospital pesquisado é possível criar os indicadores propostos no objetivo.

No primeiro dia útil de cada mês é possível emitir o relatório de glosas (CATE 866) do mês anterior, separando e quantificando as glosas corretas das incorretas. Este trará os

valores das glosas conforme filtros selecionados, por histórico, conforme os registros realizados durante o mês: glosas corretas ou glosas incorretas.

Em um próximo passo, é necessário analisar o relatório (CATE 043) os principais motivos de glosas, pois este relatório possibilita a qualificação dos motivos pelos valores gerados, ou seja, consegue-se definir quais os motivos que trouxeram maior prejuízo para a instituição, também filtrados por históricos que são registrados durante o mês selecionado.

Foi possível verificar nos relatórios disponibilizados que a quantidade de contas glosadas por mês varia em torno de 1.600 contas (somando todos os convênios).

O levantamento de contas glosadas foi realizado no período de 3 meses (três meses): janeiro, fevereiro e março de dois mil e doze. Sendo que neste período houve um montante de contas glosadas no valor médio de um milhão e meio de reais, onde somente trezentos mil reais foram pagos, gerado um débito de mais de um milhão a receber, ou seja, 78% dos valores glosados foram recusados, porém, ainda não houve pagamento e conseqüentemente continuam em aberto.

Abaixo, seguem os indicadores criados para o setor de Recurso de Glosa do Hospital Privado de Joinville:

Indicador Nº 1: Percentual de Glosas do período

GLOSAS NO PERÍODO DE 1º/01/2012 A 31/03/2012 POR CONVÊNIO

	CONVÊNIOS	% de Glosas sobre o Faturamento
1	AG	1,65%
2	AS	15,98%
3	BR	8,27%
4	CP	4,09%
5	CS	4,17%
6	CR	5,53%
7	GP	2,58%
8	MD	0,76%
9	PT	1,84%
10	SC	5,22%
11	SA	1,42%
12	US	1,40%
13	UN	1,07%

Total	4,96%
--------------	--------------

Tabela 3 – Recursos realizados
Fonte: Relatório Tasy, Primária, 2012

Este indicador apresenta o percentual de glosas no período em estudo, que diz que, a cada R\$ 100,00 (cem reais) faturados, R\$ 4,96 (quatro vírgula noventa e seis reais) são glosados.

$$\text{Glosa Total} = \frac{\text{Glosas Totais}}{\text{Faturamento Total}} \times 100$$

Ainda apresentando o indicador individualizado, ou seja, separado por convênio, conseguimos identificar no período estudado de janeiro a março de 2012, qual o convênio que mais apresentou glosas se comparado com o faturamento do mesmo relativo ao período.

Indicador Nº 2: Glosas corretas do período

GLOSAS CORRETAS NO PERÍODO DE 1º/01/2012 A 31/03/2012

	CONVÊNIOS	GLOSA CORRETA X FATURAMENTO
1	AG	0,48%
2	AS	0,12%
3	BR	0,22%
4	CP	0,21%
5	CS	0,56%
6	CR	1,18%
7	GP	0,03%
8	MD	0,08%
9	PT	0,01%
10	SC	5,22%
11	SA	0,00%
12	US	0,20%
13	UN	1,07%
	Total	0,30%

Tabela 4 – Glosas Corretas
Fonte: Relatório Tasy, Primária, 2012

Neste indicador podemos observar que apenas 0,30% das glosas recursadas no período em estudo foram consideradas corretas, em relação ao montante faturado no mesmo período.

$$\text{Glosa Correta} = \frac{\text{Glosas Corretas}}{\text{Faturamento Total}} \times 100$$

Já em relação aos principais motivos de glosa recursados no período considerando-as em valor e não em quantidade podemos observar que:

GLOSA CORRETA	%
Erro de cadastro – Plano AG 1	48,63
Diferença de margem de comercialização	10,26
Erro cadastro – Plano AG 2	10,23
Materiais e medicamentos sem cobertura	5,89
Outros	24,99

Tabela 5 – Motivos de glosas corretas
Fonte: Relatório Tasy, Primária, 2012

Dos motivos relacionados como glosa correta o “Erro de cadastro” referente ao plano AG 1 e AG 2 é exclusivo das Recepções, onde há uma falta de atenção quando do momento do cadastro, pois o plano do paciente esta descrito na carteirinha e mesmo assim, o cadastro é feito erroneamente.

O plano AG 1 e AG 2 refere-se ao convênio AG, que possuem quatro planos contratualizados junto a instituição: AG 1, AG 2, Básico e Especial.

Este erro de cadastro gera todas as cobranças em valores diferenciados, pois cada plano possui um valor contratual, ou seja: materiais, medicamentos, diárias, taxas, entre outros saem errados na conta paciente.

Com relação à diferença da margem de comercialização, significa que houve negociação com data retroativa a da implantação de reajuste. Ou seja, a instituição cobrou a mais que o negociado no aditivo – negociação final é considerada glosa correta, conforme contrato.

Os materiais e medicamentos sem cobertura referem-se a itens utilizados sem cobertura contratual do convênio. Exemplos clássicos são medicamentos de alto custo e/ ou considerados de higiene (fralda, hidratantes, etc.) e /ou considerados EPI

(Equipamento de Proteção Individual), como luvas, máscaras, etc.

As glosas consideradas “outros” variam dos mais diversos motivos: itens lançados em duplicidade, sem autorização, etc.

Indicador Nº 3: Glosas incorretas do período

GLOSAS INCORRETAS NO PERÍODO DE 1º/01/2012 A 31/03/2012

	CONVÊNIOS	GLOSA INCORRETA X FATURAMENTO
1	AG	1,17%
2	AS	15,86%
3	BR	8,05%
4	CP	3,87%
5	CS	3,61%
6	CR	4,35%
7	GP	2,56%
8	MD	0,69%
9	PT	1,83%
10	SC	0,00%
11	SA	1,42%
12	US	1,20%
13	UN	0,00%
	Total	4,66%

Tabela 6 – Glosas Incorreta

Fonte: Relatório Tasy, Primária, 2012

Neste indicador podemos observar que 4,66% das glosas recursadas no período em estudo foram consideradas incorretas, em relação ao montante faturado no mesmo período.

$$\text{Glosa Incorreta} = \frac{\text{Glosas Incorretas}}{\text{Faturamento Total}} \times 100$$

Neste caso, as glosas foram justificadas conforme os motivos apresentados pelos convênios e encaminhadas novamente para a análise do convênio. Da forma exposta acima, individualizada, também conseguimos identificar quais são os convênios que temos maior desentendimento em relação às regras.

Já em relação aos principais motivos de glosa recursados no período considerando-as em valor e não em quantidade podemos observar que:

GLOSA INCORRETA	%
Valor apresentado a maior que o negociado	36,07
Não recebemos justificativa do convênio	32,16
Material especial não pago	10,52
Alimentação enteral/parenteral	6,78
Outros	14,48

Tabela 7 – Motivos de glosas incorretas

Fonte: Relatório Tasy, Primária, 2012

Já os motivos considerados Glosas Incorretas também variam. Muito comumente os reajustes são implantados posteriormente a data negociada com data retroativa. Exemplo: a data de implantação do reajuste é em 1º/01, porém, a negociação encerrou dia 20/02 e somente dia 1º/03 é assinado o aditivo da negociação. Porém, o reajuste é válido desde 1º/01, data pela qual o reajuste foi implantado pelo hospital, mas não pelo convênio (contas encaminhadas posteriormente a implantação). Neste caso, enquanto o convênio não parametrizar seu sistema, irá gerar glosas, porém, errôneas. Estas são recursadas para pagamento do convênio.

O motivo “não recebemos justificativa” do convênio ainda é, infelizmente, muito comum. Ou seja, os convênios glosam, mas não apresentam motivos. Estas glosas são recursadas como incorretas, pois não temos como recursar.

Material especial não pago, geralmente refere-se a materiais especiais utilizados durante o procedimento cirúrgico além dos autorizados. Neste caso, o convênio solicita que seja justificado em conta hospitalar o motivo do excesso de material para análise posterior. O motivo é descrito em prontuário, o qual fica de posse do hospital e desta forma, a justificativa não vai para a análise do convênio. Após glosado, o recurso é encaminhado juntamente com a descrição cirúrgica e conseqüentemente a justificativa necessária para o pagamento dos materiais especiais utilizados.

O motivo referente a alimentação enteral/parenteral refere-se as alimentações especiais prescritas aos pacientes. Atualmente existe uma empresa terceirizada que fornece as

alimentações enterais e parenterais aos pacientes internados. Esta empresa recebe a prescrição médica que é feita de forma manual, prepara a alimentação e encaminha para o Hospital Privado de Joinville. No momento da cobrança, esta empresa encaminha um extrato com todos os itens utilizados pelo paciente (nutrientes, vitaminas, proteínas, etc.). Este extrato é anexado a conta hospitalar física e lançado apenas o valor total na conta hospitalar eletrônica. No momento do recebimento da conta hospitalar eletrônica, o sistema do convênio recusa automaticamente o valor apresentado, pois este não está descrevendo os itens utilizados um a um. O recurso é realizado apresentando novamente o extrato de itens utilizados pelo paciente e pago posteriormente pelo convênio.

Indicador Nº 4: Criação de metas aceitáveis

Considerando que a instituição apresentou 4,96% de glosas no período em estudo (janeiro, fevereiro e março/2012) em relação ao valor faturado no mesmo período, há necessidade da criação de metas para serem medidas mensalmente.

Poucos estudos foram feitos em relação a glosas e publicados dificultando a identificação de metas em outras instituições hospitalares

Conforme relatório da ANAPH (2010) o percentual de glosas das instituições pesquisadas variam de 1,6% na região Nordeste a 4,5% na região Centro-Oeste no ano de 2010.

Já em 2006, quando os estudos iniciaram, o percentual variava de 3,2% nas regiões Sudeste e Nordeste a 7,8% na região Sul.

Considerando ainda que glosa zero é impossível, conforme Muricy (2006), pois sempre existirá divergências de interpretação e entendimento das partes, consideraremos como meta aceitável inicialmente o percentual de 4,5% sendo: 0,5% para glosas corretas e 4% para glosas incorretas.

Comparando atualmente os estudos feitos no Hospital Privado de Joinville, podemos considerar que as glosas corretas estão dentro do limite aceitável inicialmente, 0,5%. Já as glosas incorretas ultrapassam o limite criado, pois registram hoje 4,66% e o limite é de 4%.

4.5 SUGESTÃO DE MELHORIAS

Neste item serão apresentadas sugestões de melhorias do que deve ser feito para evitar as glosas.

4.5.1 Sugestões de Melhorias nas Glosas Corretas

Entre os principais motivos de glosas corretas estão:

- 1) Erro de cadastro – Plano AG 1 e AG 2: este erro ocorre devido à falta de atenção das Recepções no momento do cadastro do paciente no sistema operacional informatizado. Para minimizar os erros, sugere-se:

SUGESTÕES	DIFICULDADES
Treinamentos constantes com a equipe das Recepções para apresentar os problemas gerados com os erros de cadastro.	Rotatividade de funcionários.
Identificar a diferença das carteirinhas em local de utilização constante das Recepções.	Devido ao alto número de atendimentos, não há tempo de verificar as regras de cada convênio.
Barrar o sistema através de numerações fixas das carteirinhas, ou seja, vincular o número das carteirinhas às categorias ou plano.	Disponibilização de atualizações constantes do convênio – novos beneficiários x carteirinhas x categorias.

Tabela 8 – Erro de Cadastro

Fonte: Primária, 2012

- 2) Diferença de Margem de Comercialização: significa que houve negociação com data retroativa a da implantação de reajuste. Ou seja, a instituição cobrou a mais que o negociado no

aditivo – negociação final é considerada glosa correta, conforme contrato.

SUGESTÕES	DIFICULDADES
Aguardar a finalização das negociações entre hospital e convênios para encaminhar as cobranças.	Tempo de negociação pode ultrapassar o prazo de envio de contas estipulado em contrato e glosar posteriormente a conta integral por este motivo.

Tabela 9 – Diferença de Margem de Comercialização
Fonte: Primária, 2012

3) Materiais e Medicamentos sem cobertura: referem-se a itens utilizados sem cobertura contratual do convênio. Exemplos clássicos são medicamentos de alto custo e/ ou considerados de higiene (fralda, hidratantes, etc.) e /ou considerados EPI (Equipamento de Proteção Individual), como luvas, máscaras, etc.

SUGESTÕES	DIFICULDADES
Utilizar os materiais e medicamentos conforme aprovação de cada convênio, disposta nas cartilhas e manuais de auditoria.	Impossibilidade de restringir os pacientes conforme a negociação com cada convênio.
Parametrizar o sistema para não cobrar materiais considerados EPI.	Impossibilidade de separar quando o EPI está sendo utilizado por funcionários e quando o EPI está sendo utilizado por acompanhantes e familiares.

Tabela 10 – Materiais e Medicamentos sem cobertura
Fonte: Primária, 2012

4.5.2 Sugestões de Melhorias nas Glosas Incorretas

Entre os principais motivos de glosas incorretas estão:

1) Valor apresentado a maior que o negociado: o reajuste não é implantado pelo convênio imediatamente após a negociação.

SUGESTÕES	DIFICULDADES
Fornecer um período para a implantação do reajuste no convênio.	O prazo fornecido pode ultrapassar o prazo de envio de contas estipulado em contrato e glosar posteriormente a conta hospitalar integral por este motivo.

Tabela 11 – Valor apresentado a maior que o negociado

Fonte: Primária, 2012

2) Não recebemos justificativa do convênio: os convênios glosam, mas não apresentam motivos, sendo que, não temos como recursar.

SUGESTÕES	DIFICULDADES
Buscar junto aos convênios justificativas para realizar os recursos.	Retornos dos convênios.

Tabela 12 – Não recebemos justificativa do convênio

Fonte: Primária, 2012

3) Material especial não pago: refere-se a materiais especiais utilizados durante o procedimento cirúrgico além dos autorizados. Neste caso, o convênio solicita que seja justificado em conta hospitalar o motivo do excesso de material para análise posterior.

SUGESTÕES	DIFICULDADES
Encaminhar cópia do prontuário.	Lei proíbe.

Auditoria do prontuário do paciente in loco (no hospital).	Nem todos os convênios disponibilizam de auditores externos devido a demanda x custos.
--	--

Tabela 13 – Material especial não pago

Fonte: Primária, 2012

4) Alimentação enteral/parenteral: refere-se às alimentações especiais prescritas aos pacientes e não descritas (item a item) na conta hospitalar eletrônica.

SUGESTÕES	DIFICULDADES
Incluir as alimentações no sistema informatizado do hospital para que seja gerado item a item na conta hospitalar.	Necessário implantar a rotina no sistema operacional do hospital, isto exige: consultoria externa e participação médica.

Tabela 14 – Alimentação enteral/parenteral

Fonte: Primária, 2012

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dias atuais a inadimplência nas organizações infelizmente é um fator comum. Para identificar sua origem é necessária uma análise minuciosa no que diz respeito às contas a receber da instituição, visto que a inadimplência influencia diretamente no fluxo de caixa, gerando perda de dinheiro e/ou dinheiro parado para a organização.

Baseada nessa visão e no que foi apresentado no decorrer do trabalho, nota-se a falta de um indicador para as glosas do Hospital Privado de Joinville. Para este estudo, foi necessário seguir uma seqüência lógica para descrever o processo de recurso de glosas atual, estudar os valores glosados/mês de cada convênio, analisar os principais motivos de recurso de glosa após o pagamento das contas e criar indicadores.

Com os dados coletados, é necessária uma análise mais profunda, principalmente nos convênios de maior faturamento do hospital.

Para isto foi necessário o levantamento de relatórios específicos do sistema informatizado que pontuem os valores glosados no período de estudo (de janeiro a março de 2012). Os relatórios utilizados foram o CATE 866 e CATE 043 que apontaram os valores glosados e os motivos de glosas, respectivamente. Para compará-los ao faturamento, foi utilizado a função Indicadores de Gestão – Resultado Hospital, onde apresenta o valor faturado por período.

Com os dados em mãos, foi dividido o valor total de glosas pelo valor total faturado e multiplicado por cem; o que apresentou o indicador de glosas geral da instituição. O mesmo processo foi feito para as glosas corretas e incorretas, criando indicadores específicos.

Infelizmente a idéia de eliminar totalmente as glosas está fora de alcance atualmente, visto que as mudanças normatizadas pela ANS (Agência Nacional de Saúde) em busca de uma padronização são constantes. Estas mudanças variam desde o preenchimento de guias, tabelas, terminologias e demais acertos, sendo necessário o ajuste tanto do sistema informatizado do hospital quanto dos convênios, gerando um aumento dos índices de glosas.

Observa-se no capítulo de análise dos dados que no período estudado de janeiro à março de 2012 o índice de glosas foi de 4,96% destes, 0,3% representam glosas corretas e 4,66% representam glosas incorretas.

Encontramos como principais motivos de glosas corretas o erro de cadastro das recepções, a diferença da margem de comercialização e a utilização de materiais e medicamentos sem cobertura.

Já nas glosas incorretas os principais motivos foram: valor apresentado maior que o negociado, a falta de justificativa, material especial não pago e a glosa na alimentação enteral/parenteral.

Diante de estudos realizados e da dificuldade de referências oficiais, foi utilizado como base para a criação dos indicadores do Hospital Privado de Joinville o Relatório ANAPH (2010), onde referencia como maior índice de glosas o percentual de 4,5%. Sendo os parâmetros utilizados para a criação: 0,5% para glosas corretas e 4% para as glosas incorretas.

Conclui-se que a proposta inicial deste trabalho foi alcançada com a criação de indicadores para o setor de recurso de glosas, através dos seguintes indicadores: percentual de glosas totais, percentual de glosas corretas, percentual de glosas incorretas e a criação de uma meta aceitável de glosas.

Sugerimos ainda que, este tema seja mais aprofundado e ampliado, criando-se ações para diminuir os indicadores e melhorar o processo.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Karl. **A Única coisa que importa**: Trazendo o poder do cliente para dentro de sua empresa. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1995. 222 p.

ALMEIDA, Marcelo Cavalcanti. **Auditoria**: um Curso Moderno e Completo. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 363 p.

ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Análise Econômico-Financeira. **Observatório ANAHP**. São Paulo. Edição 3, p 2-86, 2011.

ATTIE, William. **Auditoria**: Conceitos e Aplicações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1992. 393 p.

Boletim IOB, Ano XXXVII, 4^o Semana, Janeiro 2003 – Nº 4

BRASIL. Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993. Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, jun., 4. trim. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 02 jun. 2012

BRASIL. Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, jun., 4. trim., 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 02 jun. 2012

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica - Res. (1931/2009)**. Capítulo XI - Auditoria e perícia médica.

Disponível em: <

http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20666:codigo-de-etica-medica-res-19312009-capitulo-xi-auditoria-e-pericia-medica&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122>. Acesso em: 02 jun. 2012

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Aprova atividades de Enfermeiro Auditor**. Disponível em: <

<http://site.portalcofen.gov.br/node/4303>>. Acesso em: 02 jun. 2012

CREPALDI, Silvio Aparecido. **Auditoria Contábil**: Teoria e Prática. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004. 468 p.

DE ANGELO, Cláudio Felisoni; GIANGRANDE, Vera. **Marketing de Relacionamento no Varejo**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 140 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989. 185 p.

FILHO, Jamil Moysés... [et al.]; **Planejamento e Gestão Estratégica em Organizações de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2010. 160 p.

FILHO, Ribeiro Francisco Jose. **CONTROLADORIA HOSPITALAR**. São Paulo: Atlas, 2005. 192p.

GITMAN, Lawrence; trad. Jorge Ritter. **Princípios de Administração Financeira Essencial**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 610 p

GODRI, Daniel. **Conquistar e Manter Clientes: práticas diárias que todos conhecem, mas só os bem-sucedidos utilizam**. 64 ed. Blumenau: Eko, 1998. 76 p.

GONÇALVES, Ernesto Lima (org.). **Gestão Hospitalar Administrando o Hospital Moderno**. 1 ed. São Paulo: Saraiva, 2006. 320 p.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing – Gerenciamento e Serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. 1 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1993. 377 p.

LEÃO, Eliseth Ribeiro...[et al]. **Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão**. 1 ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. 302 p.

LIMA, Idelmina Lopes (coord.). **Manual do Técnico e Auxiliar de Enfermagem**. 6 ed. Goiânia: AB, 2000. 553 p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002. 225 p.

_____. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 225 p.

MEDEIROS, João Bosco; HERNANDES, Sonia. **Manual da Secretária**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2004. 373 p.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2009. 204 p.

MURICY, Jose Alberto Costa. **Glosas em Quadrinhos**. 1 ed. Bahia: Fundação Biblioteca Nacional, 2006. 40 p.

NETO, José Vittorato; REIS, Carlos Donato. **MANUAL DA GESTÃO E PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA DE PAGAMENTOS**. 1 ed. São Paulo: Edicta, 2000. 403 p.

RINKE, Wolf J. **A Empresa Vitoriosa – Seis Estratégias de Gerenciamento**. 1 ed. São Paulo: Futura, 1998. 290 p.

SANTOS, José Odálio dos. **Análise de Crédito: Empresas e Pessoas Físicas**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2003. 185 p.

SANVICENTE, Antônio Zoratto. **Administração Financeira**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 1978. 301 p.

SAUDI – Sistema de Auditoria de Contas Médicas. **Glossário SAUDI**. Disponível em:
<<http://www.saudi.com.br/doku.php?id=saudi:glossario>>
Acesso em: 25 abr. 2012.

SEBRAE - **GUIA DO EMPREENDEDOR SEBRAE, Atendimento a Clientes, Promoção de Vendas**. 1º Ed. São Paulo: Sebrae – SP, 2004. 21 p.

SPILLER, Eduardo Santiago... [et al.]; **Gestão dos serviços em saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2009. 172 p.

TASY. Sistema de Gestão em Saúde Hospital Privado de Joinville. Joinville, 2012.

ANEXO A



Centro de Estudos, Pesquisa, Extensão e Desenvolvimento - CEPED
Comitê de Ética em Pesquisa

Joinville, 03 de Maio de 2012.

OFÍCIO Nº 009/2012 – CEP/HDH

Para: Profa. Dayane Clock

Projeto de Pesquisa

Assunto: Parecer Protocolo nº 001/12

Carta de Aprovação pelo CEP à Profa. Dayane Clock.

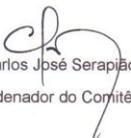
Protocolo:

"Criação de indicadores para o setor de recurso de glosas de um hospital privado de Joinville"

Após análise da Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Dona Helena, declaro estar **APROVADO** o protocolo acima referenciado.

Sendo o que tínhamos para o momento,

Atenciosamente,


Dr Carlos José Serapião
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa



HOSPITAL
DONA
HELENA

Centro de Estudos Pesquisa Extensão e Desenvolvimento - CEPED
Comitê de Ética em Pesquisa

Joinville, 03 de Maio de 2012.

Ref. Projeto nº 001/12

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa.

O protocolo de estudo intitulado "CRIAÇÃO DE INDICADORES PARA O SETOR DE RECURSO DE GLOSAS DE UM HOSPITAL PRIVADO DE JOINVILLE" da pesquisadora responsável Profa. Dayane Clock.

Trata-se de um projeto simples, bem elaborado, que irá usar as ferramentas disponibilizadas no sistema operacional (bando de dados) buscando informações para a criação de indicadores para o setor de recursos de glosas do hospital.

O projeto apresenta os termos de responsabilidade de utilização de dados preenchidos e assinados pelas alunas acadêmicas e a pesquisadora responsável.

Solicitado apenas alteração no título do projeto para a preservação do nome da instituição, que foi atendida.

Sem mais nada a relatar, o colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa sugere a aprovação do projeto.

Atenciosamente,


Dr Carlos José Serapião

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa