INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.

CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR

JAQUELINE PASSOS SEILER COPELLI

# ANÁLISE DO PROCESSO DE FATURAMENTO DAS CONTAS HOSPITALARES DOS PACIENTES CIRÚRGICOS ORIGINÁRIOS DO SETOR DE EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE JOINVILLE – SC.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

JAQUELINE PASSOS SEILER COPELLI

# ANÁLISE DO PROCESSO DE FATURAMENTO DAS CONTAS HOSPITALARES DOS PACIENTES CIRÚRGICOS ORIGINÁRIOS DO SETOR DE EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE JOINVILLE – SC.



JOINVILLE, 2013

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.

CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR

JAQUELINE PASSOS SEILER COPELLI

# ANÁLISE DO PROCESSO DE FATURAMENTO DAS CONTAS HOSPITALARES DOS PACIENTES CIRÚRGICOS ORIGINÁRIOS DO SETOR DE EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE JOINVILLE – SC.

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.

Orientador: Marcio Tadeu da Costa

JOINVILLE, 2013

Copelli, Jaqueline.
Análise do Processo de Faturamento das Contas Hospitalares dos Pacientes Cirúrgicos Originários do Setor de Emergência em um Hospital Privado de Joinville - SC / Copelli, Jaqueline – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. 85 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.
Orientador: Marcio Tadeu da Costa

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



**ANÁLISE DO PROCESSO DE FATURAMENTO DAS CONTAS HOSPITALARES DOS PACIENTES CIRÚRGICOS ORIGINÁRIOS DO SETOR DE EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE JOINVILLE – SC.**

**JAQUELINE PASSOS SEILER COPELLI**

**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 Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia de Santa Catarina.**

**Joinville, 05 de Julho de 2013.**

**Banca Examinadora:**

Prof. Marcio Tadeu da Costa
Orientador

Prof. Jorge Cunha
Avaliador

Ana Claudia Muhlhausen
Gestora Hospitalar

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pela saúde e perseverança que me tem dado. À minha mãe e esposo, pelo apoio, compreensão e paciência em minhas ausências, sobretudo pelo amor e constante incentivo a busca de novos conhecimentos.*

*E aos professores, em especial ao meu orientador, que muito contribuíram para minha formação.*

*O Resultado é um horizonte que se alcança, quando as fronteiras deixam de ser obstáculos e passam a ser oportunidades concretas.*

*(Autor Desconhecido)*

## RESUMO

Este trabalho foi realizado em um hospital privado de Joinville – Santa Catarina, analisando o processo de fechamento das contas dos pacientes originários do setor de Emergência e que utilizam de procedimentos cirúrgicos, objetivando a compreensão dos seus processos e seu impacto no número de glosas hospitalares. Utilizou-se a metodologia da análise de dados via sistema SIG – Sistema Integrado de Gestão e sistema operacional Tasy. Sendo assim, foi descrito todo o processo desde o cadastro do paciente até o pagamento do convênio, analisados os impactos no número de glosas hospitalares e apresentado sugestões de melhorias. A pesquisa de base de dados foi realizada considerando o ano de 2012. Através deste sistema, puderam ser constatados os principais procedimentos equivocados pertencentes ao fluxo de documentos e que geram as glosas, os principais motivos e sua incidência sobre o faturamento. Observando os problemas, foi apresentada sugestão de criação de uma rotina para monitorar e aprimorar o processo de controle, com o propósito de diminuir os equívocos apresentadas no processo e com isto, garantir a qualidade financeira do hospital.

PALAVRAS-CHAVE: Faturamento. Glosa. Contas.

## ABSTRACT

This work was performed in a private hospital in Joinville- Santa Catarina, observing what can be done to improve the process of closing the accounts of patients originating sector and Emergency that use of surgical procedures in order to reduce the glosses. Initially it was a working observatory data analysis via GIS - Integrated Management System and OS Tasy. Thus, described the whole process from the registration of the patient until payment of agreement, analyzing problems and making suggestions for improvement. The research database was performed considering the year 2012. Through this system, could be seen the main procedures belonging to the wrong document flow and their impact on billing process. Noting the problems was presented suggestion of creating a routine to monitor and improve the process control, in order to reduce the errors made in the process and therewith guarantee the financial quality of the hospital.


KEYWORDS: Billing. Disallowance. Accounts.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

SUMÁRIO

# 1 INTRODUÇÃO

Um hospital é uma unidade econômica que possui vida própria e difere-se das outras empresas por ter como objetivo a manutenção ou restabelecimento da saúde do paciente. De acordo com Lima (2000), o hospital tem como objetivo prestar assistência aos pacientes para restaurar a saúde perdida, utilizando toda tecnologia disponível e corpo clínico necessário. Assim, o produto de um hospital são todos os serviços por ele prestados ao paciente que o procura não por vontade própria, mas porque necessita de seus cuidados.

Na atualidade, para manterem-se em um mercado cada vez mais competitivo e diante de um cenário de grande regulação no setor, as instituições prestadoras de serviços em saúde têm sido compelidas a organizarem-se de modo a associar baixos custos com excelência de qualidade para os seus clientes.

Segundo informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2012, 24,7% da população brasileira estava coberta por planos privados de assistência à saúde, ultrapassando a marca de 47,9 milhões de beneficiários, concentrados predominantemente em planos coletivos de assistência. Ainda de acordo com a ANS, o setor privado de assistência à saúde apresentou uma receita total de mais de 74,5 bilhões, divididos em 1323 operadoras em atividade com beneficiários ativos em todo o Brasil.

| Grande Região | Individual ou Familiar | Coletivo Empresarial | Coletivo por adesão | Coletivo não identificado | Não Informado | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TOTAL | 9.887.283 | 30.482.056 | 6.549.250 | 30.609 | 993.893 | 47.943.091 |
| Norte | 418.927 | 1.105.152 | 205.369 | 50 | 37.478 | 1.766.976 |
| Nordeste | 1.922.214 | 3.815.260 | 596.649 | 17.344 | 158.083 | 6.509.550 |
| Sudeste | 5.945.987 | 19.651.835 | 4.247.667 | 9.055 | 665.987 | 30.520.531 |
| Sul | 1.229.050 | 4.120.884 | 1.059.883 | 3.894 | 77.057 | 6.490.768 |
| Centro Oeste | 370.745 | 1.786.601 | 432.698 | 266 | 55.254 | 2.645.564 |
| Exterior | 20 | 1 | 2 | 0 | 0 | 23 |
| Não Identificado | 340 | 2.323 | 6.982 | 0 | 34 | 9.679 |

FIGURA 1 – Cobertura populacional por planos privados de assistência à saúde

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2013)

O aumento crescente da exigência dos clientes, ao impor novos padrões de excelência, exige uma atenção especial das organizações de saúde. Avanços nas tecnologias criaram um contexto novo e altamente competitivo para as organizações. A concorrência passou a ser muito forte e a exigir maior flexibilidade e agilidade das organizações no desenvolvimento de seus processos, o que significa atender as necessidades dos clientes com maior prontidão, maior qualidade, menor custo e maior inovação.

Neste sentido, torna-se cada vez mais forte a necessidade de regular os processos, desenvolvendo mecanismos para avaliar e medir a produção dos serviços de saúde.

Nos contratos firmados entre hospital e operadora de planos de saúde, este sempre determina as coberturas contratuais, ou seja, determina quais materiais e/ou medicamentos têm cobertura ou não, padronizando a utilização de certos insumos hospitalares.

Porém, o melhor cuidado prestado ao paciente muitas vezes requer a utilização de insumos não previstos em contrato, implicando em fatos geradores de glosas, entendida como a diferença entre o valor faturado (cobrado pelo prestador de





serviço) e o valor pago, podendo ou não ser caracterizado por um motivo exposto pelas operadoras de planos de saúde.

As glosas alteram a receita de um estabelecimento de saúde. Os motivos geradores de tais glosas podem ser os mais variados, caracterizando-se por erros de cobrança por parte do hospital (glosa correta) ou erro de pagamento por parte do convênio (glosa incorreta).

Considerando que glosa zero é impossível, conforme Muricy (2006), pois sempre existirão divergências de interpretações e entendimento das partes, e considerando o impacto econômico-financeiro das glosas no fluxo de caixa da instituição.

O presente estudo objetiva analisar o processo atual de faturamento das contas hospitalares dos pacientes originários do setor de emergência e que utilizaram de procedimentos cirúrgicos no ano de dois mil e doze, por meio da observação e avaliação do fluxo de documentos de um hospital privado de Joinville, buscando identificar os possíveis procedimentos equivocados pertencentes ao fluxo de documentos que podem contribuir para a ocorrência de tais glosas.

Para cumprir os objetivos, o trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro trata da introdução da pesquisa, sendo abordada a relevância do estudo, a descrição dos objetivos e a definição do problema.

O segundo capítulo trará a fundamentação teórica, a metodologia utilizada na pesquisa, além da apresentação e análise dos resultados encontrados.

Para compreender o processo atual, foram descritas as rotinas praticadas pelos setores envolvidos: rotina do paciente na instituição, a rotina de fechamento de contas hospitalares, rotina da escrituração, verificação da conta pelo faturamento, rotina da auditoria interna de contas, rotina de autorizações e a rotina do faturamento, rotina da função contas a receber, o recurso da glosa e o recebimento final da conta. Os dados foram coletados por meio do sistema informatizado do hospital privado no qual a pesquisa foi realizada, além da observação dos processos

apresentado pelos setores envolvidos: Recepção, Faturamento e Convênios.

Após os dados coletados (qualitativos e quantitativos), ser possível identificar os possíveis procedimentos equivocados pertencentes ao fluxo de documentos, para posteriormente identificar as variáveis com potencial de melhoria que resultem em eficácia e assertividade, agilizando e melhorando o processo.

O capítulo três contém as considerações finais.

## 1.1 Objetivo Geral

Analisar o processo atual de faturamento das contas hospitalares dos pacientes originários do setor de Emergência e que utilizam de procedimentos cirúrgicos, por meio da observação e avaliação do fluxo de documentos de um Hospital privado de Joinville.

## 1.2 Objetivos Específicos

Para atingir este propósito, foram estabelecidos alguns objetivos específicos de pesquisa e análise, que compreenderão as seguintes etapas:

- Descrever a organização objeto de estudo;
- Descrever o fluxo de documentos praticado atualmente pelos setores envolvidos no processo de faturamento geral;
- Descrever o fluxo de documentos praticado pelos setores envolvidos no processo de faturamento das contas hospitalares dos pacientes originários do setor de Emergência e que utilizam de procedimentos cirúrgicos;





- Identificar os possíveis procedimentos equivocados pertencentes ao fluxo de documentos;
- Identificar as variáveis com potencial de melhoria do fluxo de documentos;

## 1.3 Problema

Quais procedimentos podem ser alterados no fluxo de informação das contas hospitalares dos pacientes originários do setor de emergência que utilizaram de procedimentos cirúrgicos no ano de 2012, para atenuar o número de glosas?

## 1.4 Justificativa

As glosas alteram a receita de um estabelecimento de saúde. Os motivos geradores de tais glosas podem ser os mais variados, caracterizando-se por erros de cobrança por parte do hospital (glosa correta) ou erro de pagamento por parte do convênio (glosa incorreta).

As internações representam a maior receita da instituição. Porém, apesar do predomínio de cirurgias eletivas, estas ocorrem somente mediante prévia autorização do convênio. Deste modo, as glosas procedentes de internações referem-se predominantemente a internações ocorridas em caráter de urgência/emergência. Observou-se durante a realização do estágio obrigatório o impacto destas glosas no fluxo de caixa da instituição. Por este motivo a delimitação deste trabalho no estudo dos principais motivos geradores destas glosas.

Atualmente, apesar de a Instituição pesquisada contar com um setor específico para o recurso das glosas e de trabalhar com indicadores capazes de medir o quanto de contas está sendo glosado e o seu impacto econômico-financeiro, a grande questão

não é como recuperar os valores glosados, e sim em como evita-las, pois mesmo diante da possibilidade de recuperar o valor glosado, a instituição já perdeu dinheiro ao ter uma conta glosada, pois o pagamento já estará defasado com relação ao faturamento.

## 2 DESENVOLVIMENTO

Neste capítulo será apresentada a instituição na qual esta pesquisa foi realizada, que será identificada como hospital privado de Joinville. As informações apresentadas foram retiradas do site institucional e demais documentos internos que não serão referenciados para a preservação da instituição.
Serão expostos ainda os principais conceitos teóricos necessários ao desenvolvimento e entendimento do estudo, a metodologia utilizada na pesquisa, além da apresentação e análise dos resultados encontrados.

### 2.1 Fundamentação Teórica

Este capítulo apresentará as teorias nas quais a pesquisa foi baseada, fundamentando e sustentando o desenvolvimento do trabalho.

#### 2.1.1 A Instituição Pesquisada

Fundado em 1916, o hospital privado de Joinville é uma instituição beneficente, considerado hospital geral de médio porte. A instituição conquistou e mantém a certificação ISO, emitida pelo BRTÜV, um dos mais prestigiados certificadores do país, desde 2002. Foi uma das primeiras instituições hospitalares





do país a certificar todos os serviços pelas normas ISO, sendo também pioneiro na adequação de seu sistema à ISO 9001/2000 – versão 2008, atualmente também em busca da acreditação internacional pela Joint Commission International – JCI.

A atual estrutura da instituição conta com 650 médicos de todas as especialidades em seu corpo clínico, aproximadamente 850 funcionários entre enfermagem, administrativos e outros serviços e 155 leitos hospitalares, assim distribuídos:

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

Um Hospital conceituado e referência no Sul do País, atualmente a instituição oferece à 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 (SEDIT);
- Agência Transfusional;
- Check-Up Executivo;
- Oncologia;
- Reprodução Assistida;
- Centro de Convivência e Integração Familiar do Idoso.

A cidade de Joinville é polo de toda macrorregião Catarinense. Coerente com uma visão moderna do atendimento médico, que evolui dentro do conceito da transdisciplinaridade, o objetivo do Hospital é de ampliar cada vez mais seus serviços através da composição de centros, substituindo a atuação isolada de determinada especialidade.

A ideia é que o cliente encontre tudo o que precisa no mesmo local. Ter em um único local toda a tecnologia disponível para diagnóstico e tratamento, sem precisar que os clientes se desloquem para outras cidades.

Atenderá de modo mais significativo e completo a alta complexidade através da incorporação de novas aparelhagens e procedimentos, condicionados pelos avanços da tecnologia no atendimento médico, oferecendo cada vez mais qualidade e bom atendimento a população.

### 2.1.2 Estrutura Organizacional

A atual estrutura do hospital privado de Joinville é dividida em seis departamentos, cada qual com suas responsabilidades, sendo estes: Administração, Controladoria, Tecnologia da Informação, Infraestrutura, Enfermagem e Recursos Humanos.

Sendo a instituição uma prestadora de serviços, onde o "produto" é consumido ao mesmo tempo em que é produzido, torna-se imprescindível a interação entre os setores para garantir a plena satisfação dos clientes.





Para tanto, a instituição conta com o Sistema Integrado de Gestão (SIG), sendo um instrumento que norteia o comportamento e atividades de seus colaboradores, corpo clínico e parceiros, através da descrição detalhada das políticas, programas, planos e rotinas de cada departamento.

A figura 1 demonstra esta cadeia de processos e o relacionamento entre os diversos setores, que trabalham direta ou indiretamente na assistência aos clientes.

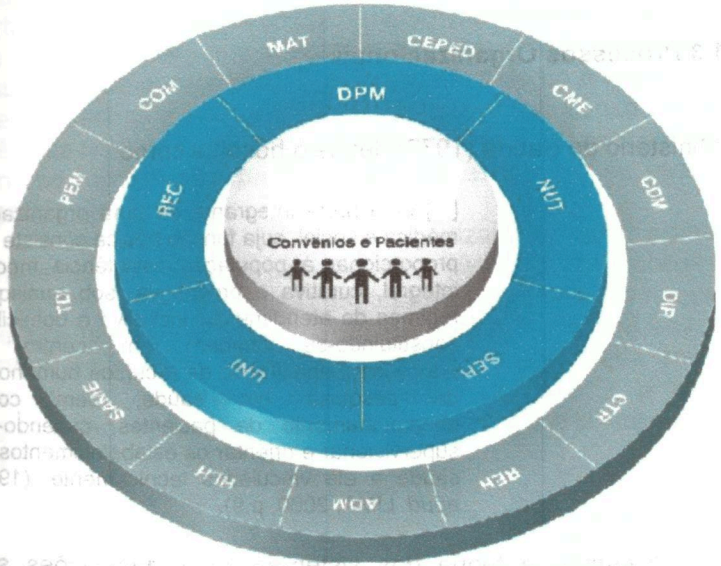


FIGURA 2 – Estrutura do Hospital Privado de Joinville
Fonte: Arquivo Interno da Instituição (2013)

O aumento crescente da exigência dos clientes, ao impor novos padrões de excelência, exige uma atenção especial das organizações de saúde, que procuram assumir uma postura cada vez maior de zelo para com seus clientes, o que significa atender

as necessidades dos clientes com maior prontidão, maior qualidade, menor custo e maior inovação. Avanços nas tecnologias criaram um contexto novo e altamente competitivo para as organizações. A concorrência passou a ser muito forte e a exigir maior flexibilidade e agilidade das organizações no desenvolvimento de seus processos.
Assim, em todo atendimento prestado ao paciente, cada área ou setor deve agilizar o seu processo de trabalho, de modo a garantir a satisfação do cliente.

### 2.1.3 Processos Organizacionais

O Ministério da Saúde (1977) define o hospital como:

> [...] uma parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, bem como encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. (1977, *apud*. LIMA, 2000, p.9).

Segundo a teoria dos sistemas, as organizações são consideradas sistemas abertos, que interagem com o meio ambiente onde se encontram inseridas. Esta teoria define que cada parte de um sistema representa um subsistema do sistema maior. Assim, do ponto de vista sistêmico, cada área, órgão, departamento ou setor é um subsistema do sistema maior que é a própria organização.

> Por sua própria estruturação, as organizações de saúde não se constituem em sistemas





> fechados, ou seja, aqueles que não dependem do ambiente externo. Elas são sistemas abertos que se relacionam, se desenvolvem e até mesmo sobrevivem a partir de fatores externos que, mesmo fora de seu controle, na maioria das vezes são fundamentais para o seu funcionamento e desempenho. (FILHO et al., 2010, p. 72)

As organizações de saúde recebem e fornecem dados, insumos e produtos de e para o ambiente onde estão inseridas, portanto, devem estar constantemente monitorando o ambiente em que atuam para que possam avaliar seu próprio desempenho e sua posição competitiva. É no ambiente externo à organização que se encontram seus clientes, fornecedores, concorrentes e agências reguladoras. Assim, conhecer e entender este ambiente torna-se fundamental para a existência e sucesso de qualquer organização.
Os hospitais, enquanto organizações, são sistemas complexos constituídos de diferentes sistemas. Os processos, por sua vez, estão presentes em todas as áreas, sejam naquelas que prestam atendimento direto ao cliente ou nas áreas que servem de suporte ou atendimento entre áreas. Cada área ou setor é um subsistema do sistema maior que é a própria organização, cada qual com seus fornecedores e clientes e seus respectivos produtos.

> Um hospital é uma unidade econômica que possui vida própria e difere das outras empresas porque seu objetivo ou 'produto' básico é a manutenção ou o restabelecimento da saúde do paciente. Em uma organização hospitalar, um produto hospitalar é uma série de serviços prestados a um paciente como parte do processo de tratamento. (COUTO; PEDROSA, 2007, p. 193)

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR ISO-9001:2000) define processo como "conjunto de atividades que

usa recursos para transformar insumos (entradas) em produtos (saídas)".
Ou seja, todos os processos necessariamente possuem "entradas" as quais são processadas para produzir uma "saída", sendo as saídas de um processo entradas no processo subsequente.

> Uma boa gestão de processos tem por objetivo assegurar que o mesmo seja desenvolvido em condições que permitam obter as saídas desejadas ao menor custo. Assim, é fundamental planejá-los, definindo as entradas necessárias, as saídas esperadas, bem como o desempenho esperado e a forma de monitorar tal desempenho, resultando em uma estrutura para fornecer produtos ou serviços ao cliente. (COUTO; PEDROSA, 2007, p. 194)

Por suas características complexas, o hospital é uma organização cada vez mais regida por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições. A administração hospitalar deve então estar pautada em sistemas que sustentem e garantam a gestão, viabilizando o negócio a médio e longo prazo.

> As organizações hospitalares que têm por objetivo diagnosticar, tratar e reabilitar pacientes devem ser construídas de forma organizada e tão bem planejada que atendam a todos os que de seus cuidados necessitam. (MOTTA; LEÃO; ZAGATTO, 2009, p. 27)

Innocenzo et al (2010, p. 37) completam:

> A organização hospitalar é considerada um sistema complexo e dinâmico, em que as estruturas e os processos são de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, sendo assim, nesse processo, não se avalia um setor ou departamento isoladamente, faz-se necessário avaliar a instituição como um todo.



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.

Ou seja, o cliente avalia a organização de modo sistêmico e não um setor isolado. Se o serviço for prestado de modo satisfatório para o cliente, o mesmo avaliará a organização como um todo de modo positivo. Da mesma forma, se um determinado setor ou serviço não atender suas expectativas, será a organização avaliada negativamente.

Portanto, o conceito de serviço bom ou ruim é muito subjetivo, cada cliente o verá de uma forma e fará suas próprias conclusões. Com isto, é imprescindível para uma instituição prestadora de serviço, sobretudo a hospitalar, que os processos funcionem em plena harmonia, cada setor desenvolvendo suas atividades a fim de satisfazer as necessidades e anseios de seus clientes, de modo que o mesmo nem perceba tudo o que está ocorrendo ao seu redor.

### 2.1.4 Operadora de Planos de Saúde

Para assegurar o efetivo direito à saúde, a Constituição Federal define a saúde como direito de todos e dever do Estado, determinando as diretrizes ao exercício deste direito e fixando atribuições constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS).
O art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) preconiza:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

> universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Contudo, o art. 199 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) prevê:

> Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
> § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A assistência privada à saúde, regulamentada pela Lei 9656/98, compreende a prevenção, a recuperação e a manutenção da saúde, garantindo ao consumidor a realização efetiva do instrumento contratual.

A Lei nº 9656/98 (Brasil, 1998), em seu art. 1º define:

> I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;

Os planos de assistência privada à saúde podem ser oferecidos mediante contratação individual ou familiar, coletiva empresarial (vinculados a uma pessoa jurídica) ou coletiva por adesão (grupo de pessoas que têm liberdade de aderir ou não), sendo a principal obrigação das operadoras o cumprimento integral dos seus contratos, seja oferecendo serviços e profissionais de qualidade, seja efetivando a cobertura prometida.





### 2.1.5 Faturamento

O setor de Faturamento é o responsável em agrupar documentos referentes à assistência ao paciente, efetuando cálculos, conferências e apuração dos gastos a partir de um contrato entre operadoras de planos de saúde e prestador de serviços, fazendo valer o processamento de envio físico e eletrônico das guias de atendimento, para seu posterior pagamento. Portanto, é o resultado da análise do processo de internação do paciente para fins de cobrança.

É o setor que emite Nota Fiscal para o cliente, sendo este 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; REIS, 2000, p.205).

Lima (2010), completa:

> Faturamento é a atividade de emitir faturas [...] O faturamento se inicia na recepção (atendimento ao usuário) e termina no convênio (operadora de planos de saúde), com o pagamento correto das contas enviadas.

Conforme Boletim IOB (2003) o faturamento deve emitir relatórios de controle diários, possibilitando uma visão das transações realizadas naquele período.

> De forma geral, esses resumos devem conter os montantes de venda detalhados de acordo com as características do negócio e as necessidades informativas da empresa (produto, serviço, nacional, exportação, incentivada), e as informações sobe o volume de notas fiscais emitidas e canceladas, e os tributos totais incidentes sobre as vendas (IOB, 2003, p.4).

As notas fiscais devem ser contabilizadas no período

adequado. O registro contábil pode ser feito com base nos relatórios diários do faturamento e nas notas fiscais de venda. (IOB, 2003).

"Aqui se aplicam os princípios contábeis do custo como base de valor e da confrontação de receita, dentro do regime de competência dos exercícios" (IOB, 2003, p.4).

### 2.1.6 Auditoria Hospitalar

Com as modificações, desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias, os hospitais se veem em um mercado em que, para sua auto sustentação, é preciso aumentar suas receitas e reduzir seus custos.

Assim, as organizações de saúde vêm se reorganizando e reestruturando para se adaptarem aos novos processos de trabalho a fim de manter sua posição competitiva no mercado. Neste sentido, torna-se cada vez maior a necessidade do trabalho de auditoria na regulação dos processos de assistência médico-hospitalar.

Para Motta; Leão e Zagatto (2009, p. 59),

> Auditar significa essencialmente avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando à melhoria progressiva da assistência de saúde.

Não se trata de uma técnica de trabalho voltada ao policiamento e punição dos profissionais de saúde, e sim de uma atividade que visa à melhoria da qualidade da assistência prestada. Enquanto os padrões oferecem os critérios para a mensuração da qualidade da assistência, as auditorias constituem os instrumentos das medidas.

Para Almeia (2003), devido a sua origem, a auditoria se demonstra como uma parte das ciências contábeis.





Ainda neste pensamento, 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.

Na área da saúde, a auditoria mantém-se através de leis que regulamentam as ações tanto da área médica quanto da área de enfermagem.

> Auditoria é a atividade de avaliação independente e de assessoramento da gestão de saúde, voltada para o exame e análise da adequação, eficiência, economicidade e qualidade de prestadores de serviços de saúde, com observação de preceitos éticos e legais. (LIMA, 2010.)

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), considerando a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços de saúde, em Fevereiro de 2001, estabeleceu critérios que reconhecem a atividade do médico auditor através da Resolução nº 1614.

Conforme a Resolução nº 1614 (CFM, 2001):

> Art. 1º - O médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularizado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado.
>
> Art. 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.
>
> Art. 7º - O médico, 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.

Art. 11 – Não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica.

Art. 12 – É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como aspectos pecuniários.

Ainda na área médica, o Código de Ética Médica através da Resolução 1931/2009 - Capítulo XI Auditoria e Perícia Médica, especifica condutas do profissional médico auditor, 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, 2009).

Portanto, a auditoria médica surge como uma atividade estratégica de avaliação e busca contínua na melhoria da qualidade da assistência, que busca garantir o cumprimento de normas e padrões de atendimento, regulamentações e melhoria da qualidade, através de um conjunto de ações no âmbito administrativo, legal e técnico.

Na área de enfermagem, a auditoria vem atender às necessidades das organizações de saúde no controle dos fatores que geram altos custos e, em consequência, aumentam os valores da assistência prestada à saúde, ou seja, o controle do consumo dos materiais e medicamentos utilizados na assistência ao paciente.

Para a área de Enfermagem, a RESOLUÇÃO COFEN-266/2001 estabelece diretrizes e aprova as atividades do Enfermeiro Auditor.

> 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. (COFEN, 2001)

Vale ressaltar a importância do trabalho integrado entre auditoria médica e de enfermagem na garantia do sucesso dos programas de auditagem, visto que cada um tem suas atividades definidas de acordo com a sua prática, ambos embasados em princípios legais, éticos e regidos por legislações vigentes.

Além disto, as leis nº 9656/98 (Brasil, 1998) e nº 8666/93 (Brasil, 1993) regulamentam contratos de planos de saúde privados e públicos, respectivamente.

Em 1998, a Lei 9656/98 passa a regulamentar os planos de saúde oferecidos por operadoras, sendo incorporada aos contratos oferecidos aos consumidores a partir de 1999, que passam a ser chamados então de Contratos Regulamentados.
Antes da implantação da Lei 9656/98 o que regia a administração dos planos de saúde era a força do mercado e econômica, não existindo nenhum mecanismo de controle para a regulação desses planos.

A partir da implantação da 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 (...).

### 2.1.6.1 Tipos de Auditoria





Para Motta; Leão e Zagatto (2009, p. 59),

> Podemos definir auditoria médica como a expressão de uma sequência de ações administrativas, técnicas e observacionais que analisam a qualidade dos serviços médico-hospitalares prestados a fim de assegurar a qualidade por meio de instrumentos médicos e legais.

Contudo, a atividade médica em auditoria não se restringe ao conhecimento médico e legal. É necessário o conhecimento operacional nas atividades a fim de se estruturarem serviços com bases concretas.

Neste sentido, "a auditoria médica surge a fim de garantir o cumprimento de normas e padrões de atendimento, regulamentações e melhoria contínua da qualidade [...]" (MOTTA; LEÃO; ZAGATTO, 2009), através de um conjunto de ações no âmbito administrativo, legal e técnico.

A auditoria médica pode ser realizada por médicos prestadores de serviços em operadoras de planos de saúde (auditoria externa) ou por médicos prestadores de serviços em hospitais (auditoria interna).

A auditoria externa baseia suas atividades na verificação e recomendação dos procedimentos médicos solicitados, conferindo e analisando as cobranças realizadas pelos prestadores de serviços médicos credenciados.

Por outro lado, os médicos auditores das instituições prestadoras de serviços, têm suas atividades caracterizadas pela avaliação de suas próprias cobranças antes do envio para as operadoras, verificando a compatibilidade entre procedimentos realizados e os itens que compõem a conta hospitalar, garantindo um pagamento justo mediante uma cobrança adequada. Portanto, tem uma atividade amplamente educativa dentro da instituição.

Assim, o trabalho da auditoria médica pode ser classificado em três tipos:

*a) Pré-auditoria*

Realizada pelo médico auditor das Operadoras de Planos de saúde, é a autorização prévia de internações hospitalares de forma eletiva (não emergencial), que possibilita para a operadora de planos de saúde uma previsão do gasto e do tempo de internação necessário para determinado usuário. Consiste na avaliação dos procedimentos médicos solicitados pelo médico assistencial antes de sua realização, por meio da emissão de um parecer técnico do auditor, cabendo-lhe a recomendação ou não da realização do procedimento.

Entre os itens analisados, estão a confirmação da situação do médico em relação à operadora (se é credenciado ou não); a análise do contrato firmado entre usuário e operadora (verificação de carência e cobertura contratual); e a compatibilidade entre procedimento e diagnóstico, inibindo a realização de procedimentos mal indicados e erroneamente cobrados.





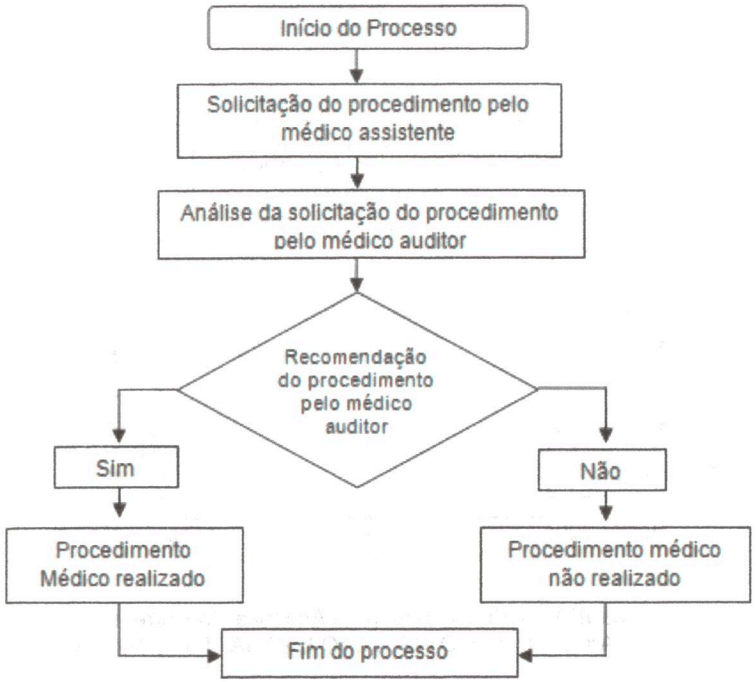


FIGURA 3 – Fluxograma para Pré-Auditoria
Fonte: Adaptado de MOTTA; LEÃO E ZAGATTO, 2009, p. 68

*b) Auditoria Concorrente*

É o acompanhamento do processo de atendimento prestado ao cliente durante a internação. Consiste no acompanhamento, pelo médico auditor, dos procedimentos médico-hospitalares, terapêuticos e de diagnóstico indicados ao paciente, podendo interferir efetivamente nos custos das internações.

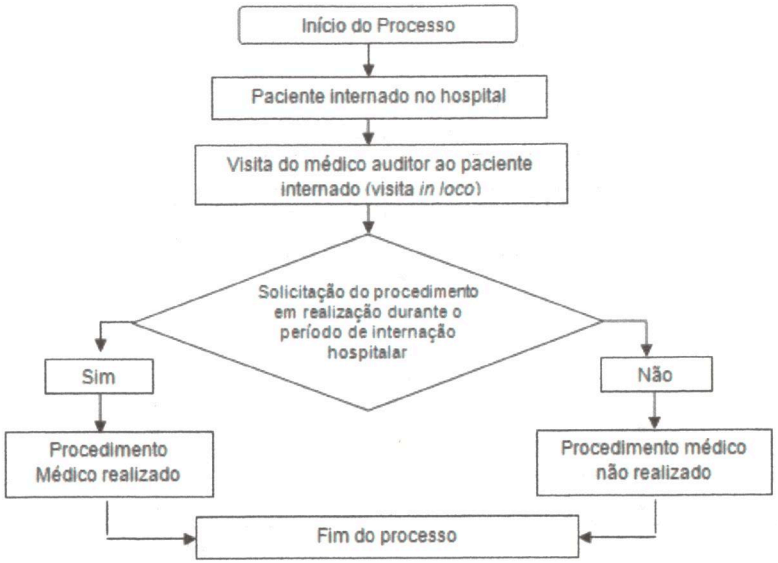


FIGURA 4 – Fluxograma para Auditoria Concorrente
Fonte: Adaptado de MOTTA; LEÃO E ZAGATTO, 2009, p. 68

*c) Auditoria de contas hospitalares*

Consiste na análise dos procedimentos médicos realizados, com ou sem a análise do prontuário médico, realizada após a alta do paciente. Neste tipo de auditoria, inicialmente é necessária a ordenação de todos os documentos pertinentes à internação do paciente, seguido do confronto da fatura (cobrança hospitalar) com os procedimentos médicos realizados descritos no prontuário do paciente.





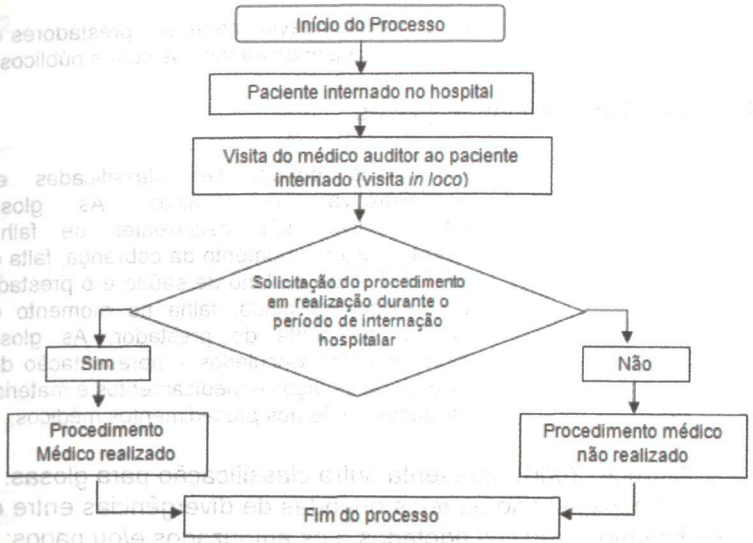


FIGURA 5 – Fluxograma para Auditoria de Contas Hospitalares
Fonte: Adaptado de MOTTA; LEÃO E ZAGATTO, 2009, p. 68

### 2.1.7 Glosa

> 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, 2013)

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS (2004, p. 07) utiliza o seguinte conceito de glosa:

> É a rejeição total ou parcial de recursos financeiros do SUS, utilizados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, de forma irregular

> ou cobrados indevidamente por prestadores de serviços, causando danos aos cofres públicos.

SAUDI (2013) relaciona as 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, falha 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 médicos.

Murucy (2006) apresenta outra classificação para 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.

De modo geral, glosa pode ser entendida como a diferença entre o valor faturado (cobrado) e o valor pago, podendo ou não ser caracterizado por um motivo exposto pelas operadoras de planos de saúde.

## 2.2 Metodologia

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





### 2.2.1 Caracterização da Pesquisa

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

Com isso, para alcançar os objetivos deste trabalho foi realizada uma pesquisa-ação, que "[...] é realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo [...]" (THIOLLENT, 1988).

Para Fonseca (2002), "o objeto da pesquisa-ação é uma situação social situada em conjunto e não um conjunto de variáveis isoladas que poderiam analisar independentemente do resto".

Os métodos utilizados foram o qualitativo e o quantitativo. Qualitativo devido à busca pelo entendimento do processo e a identificação dos principais motivos de glosas, separando-as em glosas corretas e incorretas. Ou seja, os motivos descritivos não podem ser transformados em números e, portanto, serão separados pela sua qualidade, segundo Marconi e Lakatos (2002).

A abordagem quantitativa se faz presente partindo do princípio de que tudo pode ser quantificado, ou seja, dados, fatos, problemas e informações traduzidos em números são mais bem entendidos. Portanto, neste estudo serão traduzidos em percentuais informações que representam quanto do faturamento das contas dos pacientes cirúrgicos que dão entrada através da emergência foi glosado, assim como os principais motivos e os convênios com maior incidência de glosas.

### 2.2.2 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados através do sistema informatizado do hospital privado no qual a pesquisa foi

realizada. O hospital possui duas vertentes para busca das informações:

- SIG: Sistema Integrado de Gestão, onde estão expostas as informações referentes às rotinas, fichas técnicas e demais informações utilizadas pelos setores;
- Tasy: sistema operacional onde são cadastrados todos os atendimentos realizados, além dos demais registros como: faturamento, contábeis, financeiros, médicos, prontuário do paciente, etc.

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

a) CATE 866 – Valores de Glosas
b) CATE 043 – Recursos de Glosas
c) CATE 696 – Retornos sem Análise
d) Tasy Rel – Atendimento de Pacientes

Além do sistema informatizado, foi feita a pesquisa das rotinas através da observação e anotações, conforme apresentado pelos setores envolvidos: Recepção, Faturamento e Convênios.

### 2.2.3 População

A pesquisa foi um estudo que analisou o processo de faturamento das contas hospitalares dos pacientes originários do setor de emergência que utilizaram de procedimentos cirúrgicos em um hospital privado de Joinville.

População é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum (MARCONI; LAKATOS, 2002). Assim, a população deste estudo é composta por todas as contas dos pacientes cirúrgicos que deram entrada através da emergência do hospital privado de





Joinville durante o ano de dois mil e doze, e que continham glosas.

### 2.2.4 Procedimentos

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

Para entender o que é necessário melhorar no processo atual, há necessidade de descrever a rotina praticada pelos setores envolvidos e entendê-la, ou seja, verificar o impacto destas rotinas comparando-as com os problemas apresentados no final do processo. Assim, juntamente com os relatórios disponibilizados pelo sistema operacional, pode-se dar andamento nas demais etapas da pesquisa.

Após os dados coletados (qualitativos e quantitativos), podem-se identificar os possíveis procedimentos equivocados pertencentes ao fluxo de documentos, para posteriormente identificar as variáveis com potencial de melhorias que resultem em eficácia e assertividade, agilizando e melhorando o processo.

## 2.3 Apresentações dos Resultados

Neste capítulo serão apresentadas as descrições de todos os processos que envolvem o paciente cirúrgico que deu entrada através da emergência do hospital privado de Joinville.

Os processos a serem descritos são: rotina do paciente na instituição, a rotina de fechamento de contas hospitalares (rotina da escrituração, verificação da conta pelo faturamento, rotina da auditoria interna de contas, rotina de autorizações e a rotina do faturamento), rotina da função contas a receber, o recurso da glosa e o recebimento final da conta.

Os valores apresentados são meramente ilustrativos, para proteção e discrição do hospital. Como critério, os valores foram

apresentados através de percentuais, sendo que as quantidades apresentadas são reais.

### 2.3.1 Rotina do Paciente

Entende-se por rotina do paciente toda a trajetória do paciente dentro da instituição hospitalar, desde sua admissão até a alta. Ou seja, o paciente entra na instituição, realiza o seu cadastro em uma das recepções, seja no pronto atendimento, internação ou atendimento externo, recebe atendimento médico e de enfermagem, podendo ainda ser medicado e realizar exames e procedimentos (conforme necessidade) até receber a alta hospitalar.

A prestação de serviços hospitalares possui diversas entradas, seja para realização de exames eletivos, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais; como também para realização de procedimentos como cirurgias ou internações clínicas previamente agendadas; e a entrada através da porta de emergência, conhecida como Pronto Atendimento.

Conforme Brasil (1997, apud, LIMA, 2000, p.5) emergência "é o conjunto de elementos para atendimento, diagnóstico e tratamento de pacientes acidentados ou acometidos de mal súbito, com ou sem risco de vida".

Ou seja, consideram-se procedimentos de emergência, inclusive as cirurgias, objeto deste estudo, quando a mesma não foi planejada ou programada.

Já nos atendimentos eletivos ocorre o oposto. Ferreira (1989) define "eletivo *adj*. Relativo a, ou que envolve eleição, ou é próprio dela".

Neste caso, o paciente tem conhecimento do procedimento ao qual será submetido, sendo este programado dias antes.

Independente por onde se deu a entrada do paciente, é imprescindível que para a continuidade do atendimento, seja realizado o cadastro do paciente no sistema operacional.





Este cadastro é realizado por uma das recepções do hospital, onde são verificados os dados do paciente: carteirinha do convênio, vigência, cobertura, carência, além de uma identificação oficial com foto, admite-se: RG (identidade), carteira de motorista, passaporte ou carteira do conselho profissional. Demais documentos de identificação não são oficiais, ou seja, não são reconhecidos nacionalmente por sua elegibilidade, exemplo: carteirinha de estudante, crachá profissional, entre outros.

Além do cadastro no sistema operacional, a recepção também é responsável pelo preenchimento da guia do convênio, captação da assinatura do paciente e médico nesta guia, além dos demais dados de preenchimento obrigatório, conforme disposto em legislação da ANS – Agência Nacional de Saúde.

Nem todos os atendimentos realizados necessitam de autorização do convênio. Por exemplo: consultas e atendimentos realizados na emergência, em sua maioria, não necessitam de autorização. Exceto se o atendimento evoluir para um procedimento cirúrgico ou realização de exames de alto custo. As autorizações também variam de acordo com a necessidade de cada convênio. Estas regras estão dispostas nas Fichas Técnicas, cuja acessibilidade é geral e disponível na Intranet do hospital privado de Joinville.

Os procedimentos e exames que necessitam de autorização, se realizados eletivos, devem ser autorizados antes de sua realização. Ou seja, só serão realizados se já estiverem autorizados pela operadora de plano de saúde. Para isto, cada convênio possui sua regra específica, que faz parte da rotina do setor identificado como "Central de Autorizações". É neste setor que todas as solicitações de autorizações são encaminhadas, para providências. Os procedimentos considerados como Urgência e Emergência não necessitam de autorização prévia e sim, autorização posterior à realização.

A Lei dos Planos de Saúde prevê a obrigatoriedade da cobertura nas hipóteses de urgência e emergência a partir de 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

Conforme Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU Nº 13 de 3 de novembro de 1998:

*"Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência"*

O artigo primeiro desta resolução define que:

> Art. 1° A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35D1 , da Lei nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito. (CONSU, 1998)

Sendo assim, todo paciente que for caracterizado pelo médico assistente como atendimento de urgência ou emergência, será prontamente atendido e serão realizados todos os procedimentos necessários para garantir-lhe a vida, ou a restauração de órgãos ou funções. Todas as garantias financeiras são deixadas para serem verificadas após a estabilização do paciente e nestes casos em específico, realiza-se o cadastro simples do paciente no sistema operacional, apenas para que as prescrições e evoluções possam ser feitas. Sem um cadastro em sistema, nenhuma medicação pode ser solicitada ao paciente.

Neste trabalho, foca-se o atendimento ao paciente cirúrgico internado no hospital privado, sendo assim, segue o gráfico que representa o fluxo para este tipo de atendimento:





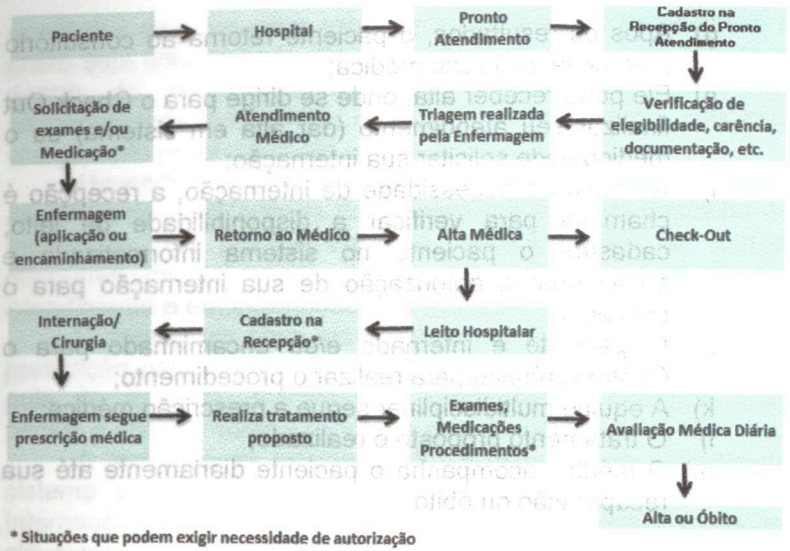


FIGURA 6 – Rotina do paciente na instituição hospitalar
Fonte: Primária, 2013

Neste fluxo apresenta-se de forma simples, o roteiro que o paciente segue quando procura a instituição de saúde. Como o processo em estudo trata-se do paciente cirúrgico internado em caráter de emergência, o fluxo deste é:

a) Paciente procura a instituição hospitalar;
b) Cadastro na recepção onde são feitas as verificações burocráticas para a realização do atendimento;
c) O paciente é encaminhado para a triagem, onde verifica-se peso, altura, pressão arterial, temperatura, alergias e queixas;
d) O paciente é encaminhado para a anamnese médica;
e) O médico verifica o paciente e pode prescrever exames, procedimentos, medicamentos ou solicitar internação;
f) O paciente é encaminhado à enfermagem para que seja executada a prescrição médica;

g) Após os resultados, o paciente retorna ao consultório para nova avaliação médica;
h) Ele pode receber alta, onde se dirige para o Check-Out finalizar seu atendimento (dar alta em sistema) ou o médico pode solicitar sua internação;
i) No caso de necessidade de internação, a recepção é chamada para verificar a disponibilidade de leito, cadastrar o paciente no sistema informatizado e encaminhar a autorização de sua internação para o convênio;
j) O paciente é internado e/ou encaminhado para o Centro Cirúrgico para realizar o procedimento;
k) A equipe multidisciplinar segue a prescrição médica;
l) O tratamento proposto é realizado;
m) O médico acompanha o paciente diariamente até sua recuperação ou óbito.

### 2.3.2 Rotina do fechamento de contas hospitalares

A conta gerada pelo paciente em seu atendimento no Pronto Atendimento é entregue ao Check-Out que imprime o resumo da emergência para o paciente assinar, verifica se realizou todos os procedimentos e exames prescritos pelo médico e dispensa o paciente dando alta em sistema (alta administrativa).

Após o paciente receber alta do Pronto Atendimento, o Check-Out verifica se na conta do paciente existem exames e procedimentos lançados que exijam autorização do convênio. Como cada convênio possui sua rotina de autorização, utiliza-se o padrão de 24 (vinte e quatro) horas para que as solicitações sejam encaminhadas ao convênio para autorização. Vale salientar que nem todos os convênios necessitam autorizar procedimentos e que nem todos os convênios possuem o mesmo prazo para que os procedimentos sejam autorizados. Porém, utiliza-se a regra mais rígida como padronização, para que os





convênios que possuem esta regra não sejam esquecidos e o prazo seja ultrapassado. Caso a autorização não seja solicitada dentro do prazo estipulado por alguns convênios, não conseguiremos mais liberar e cobrar o procedimento, pois este virá glosado posteriormente.

Havendo necessidade de internação, a conta do Pronto Atendimento será fechada pelo Check-out com um desfecho de Internação. Tal procedimento se justifica devido às formas diferentes de cobranças das contas originadas em Pronto Atendimento e em Internações.

É gerado um novo atendimento e o médico faz uma nova prescrição para o paciente. O médico por sua vez, preenche a guia do convênio solicitando o procedimento cirúrgico. Este pedido é encaminhado à recepção para as devidas providências.

A recepção da Internação faz o cadastro do paciente no sistema operacional Tasy, imprime duas vias do Termo de Internação, no qual explica ao paciente ou familiar todas as cláusulas, direitos e deveres do paciente, onde também entrega um manual explicativo. O paciente assina as duas vias, ficando uma com ele e outra com a Recepção, que a anexa ao seu prontuário.

O paciente é encaminhado diretamente ao Centro Cirúrgico para realizar o procedimento em caráter de emergência. No próprio Centro Cirúrgico são separados todos os materiais necessários para a cirurgia, incluindo as órteses, próteses e materiais especiais. Como o procedimento cirúrgico ocorreu em caráter de emergência, o médico preenche o pedido dos materiais especiais somente após a cirurgia, pois somente após o atendimento do paciente ele terá ciência do que foi necessário utilizar.

Como as órteses, próteses e materiais especiais são itens de alto custo, a maioria dos convênios exige que estes sejam autorizados em até 24 horas (vinte e quatro) após o procedimento.

Após o procedimento, o paciente é encaminhado ao setor de internação, onde receberá os cuidados pós-operatórios até sua alta. Toda a documentação gerada no momento da

internação do paciente é entregue à escriturária do setor, que verificará se todos os procedimentos e exames estão autorizados no momento de fechamento da conta.

### 2.3.2.1 Rotina da escrituração

A escrituração é parte integrante da função de faturamento. Cada unidade de internação hospitalar possui uma escriturária, que tem como responsabilidade garantir a organização de toda documentação referente à internação do paciente, desde sua entrada na unidade até a sua alta e o consequente fechamento da conta.

1) Verificar prontuários (necessidade de prorrogação, procedimentos e exames):

Diariamente a Escriturária arruma todos os prontuários dos pacientes internados. Anexa a eles as prescrições, folha de gastos do dia anterior e demais documentos referentes à internação do paciente. É necessário verificar se as folhas a serem presas no prontuário são realmente do paciente.

Caso algum dos prontuários não possua documentos a serem arquivados, há necessidade de questionar a Enfermagem.

2) Arrumar os prontuários (rotina diária):

Arquivar a documentação no prontuário, verificando o nome do paciente.

a) Prescrição médica (ordem decrescente);
b) Gastos (ordem decrescente);
c) Descrição Cirúrgica;
d) Registro de Anestesia;
e) Termos;
f) Serviço de Anestesiologia;
g) Ficha de Internação;
h) Resumo de Emergência;





i) Na capa do prontuário prende-se a guia do médico (Guia de Honorário Individual).

3) Após a alta (ou necessidade de Pré-Fatura), separar a conta hospitalar do prontuário;

Dados assistenciais ficam no Prontuário; Fichas de Internação, termos, guias e folhas de gastos, ficam na Conta Paciente.

4) Verificar a conta:

Após a conta ter sido separada do prontuário, há necessidade de verificação da conta paciente.

a) Verifica-se o tipo de internação: Clínica ou Cirúrgica. Esta informação é importante para que, caso o paciente tenha realizado algum procedimento cirúrgico durante a internação, se este foi solicitado no momento da internação ou durante a internação.
b) Verifica-se se todas as diárias, exames e procedimentos que estão na conta paciente foram solicitados (tem guia registrada no protocolo documento);
c) Registra-se a conta paciente na função Gestão de Pendência da Conta Paciente. Nesta função registra-se o motivo da conta ficar pendente na Unidade de Internação - Rastreabilidade. Caso não tenha pendência, registra-se o envio da conta ao setor de Faturamento.

5) Verificar o prontuário de Alta;

Ordem de montagem do prontuário de Alta (RO SAME – Ordem dos Prontuários e Etiquetas)

a) Manual de orientação para pacientes e acompanhantes - Declaração;
b) CAC – Resumo da Internação
c) Evoluções Médicas (verificar se estão assinadas e a numeração das páginas);
d) Evoluções de Enfermagem (verificar se estão assinadas e a numeração das páginas);
e) Descrição Cirúrgica (se houve cirurgia);

f) Prontuário Eletrônico Per-operatório (verificar se estão assinadas e a numeração das páginas);
g) Prescrições Médicas (verificar se estão assinadas e ordenar por data, ordem crescente);
h) Registro Nutricional;
i) Registros de Fisioterapia;
j) Ficha de Internação;
k) Resumo de Emergência;
l) Lacres Cirúrgicos;
m) Termos de consentimentos;
n) Após a montagem, verificar se todas as folhas são do mesmo paciente;
o) Entregar o prontuário para a Enfermagem verificar;
p) Após a Enfermagem devolver o prontuário para a Escriturária, este deverá ser protocolado para o SAME.
q) Em caso de necessidade de solicitação de prontuários de internações anteriores, os mesmos devem ser solicitados ao SAME.

6) Digitação de gastos;
Após a separação da conta do prontuário, os gastos são digitados na função "Execução de Prescrição Médica". Após abrir a função, digita-se o atendimento do paciente e na pasta "Barras", passa-se o leitor de código de barras nos gastos apresentados na folha de gastos.
Verifica se as folhas de gastos pertencem ao paciente da conta, se o setor a ser digitado está correto e coloca-se a data do gasto.

7) Envio de documentação para a Central de Autorizações;
Faz-se o registro na Autorização Convênio, com o histórico do envio (registra-se o que esta sendo enviado) e na função Protocolo Documento, que registra o envio das guias.

8) Protocolo de contas para o Faturamento;
Todo documento que entra e sai do setor precisa ser protocolado.



Faz-se o registro na Gestão de Pendência da Conta Paciente, informando na Rastreabilidade e Pendência; e o registro no Protocolo Documento: que registra o momento em que as contas foram para o Faturamento.

9) Recebimento de Protocolo:
As guias chegam para a Escriturária através da Central de Autorizações e da Recepção.
a) Verifica-se se todas as guias do protocolo pertencem ao setor (se não pertence, encaminhar ao setor responsável imediatamente);
b) Verifica-se se os atendimentos das guias recebidas estão na Gestão de Pendências: se sim, é porque a conta já foi conferida e esta aguardando na pasta dos convênios. Se não está, é porque este paciente ainda está internado ou a conta está em processo de fechamento. As guias não registradas serão arquivadas na pasta de cada convênio para ser anexada à conta no momento do fechamento da mesma.
c) Recebe os protocolos na função "Protocolo Documento".

10) Registro da conta conferida na Gestão de Pendências da Conta Paciente:
Após receber a guia e esta consta registrada na Gestão de Pendência da Conta Paciente, faz-se o "Recebimento" desta guia, "Fechamento" da pendência e a conferência dos itens autorizados.
Se ainda ficou faltando algum item, abre-se uma nova pendência e altera-se a atual para que tudo fique registrado no histórico.

11) Prorrogações:
As prorrogações devem ser verificadas diariamente na conferência do prontuário.
Todas as manhãs emite-se o relatório CATE730 para verificar e identificar os pacientes que ainda não possuem senha e quantas diárias estão registradas em sistema.

No caso de necessidade de prorrogação, conforme rotina de cada convênio, deve ser solicitado ao médico o preenchimento das seguintes informações: quantidade de diárias solicitadas, justificativa para manter o paciente internado, assinatura e carimbo médico.

12) Procedimentos e Exames:
As guias de exames, quando prescrito pelo médico, são impressas automaticamente. Caso o exame não necessite de autorização e não necessite encaminhar a solicitação médica junto à conta paciente, a guia não será impressa.
Todos os procedimentos cirúrgicos necessitam ser solicitados em guia do convênio pelo médico assistente, com código do procedimento, descrição e justificativa. Estas guias devem ser protocoladas e encaminhadas para a Central de Autorizações.
As regras com as informações de necessidade de autorizações estão dispostas nas Fichas Técnicas dos Convênios.

13) Pré-faturas:
Diariamente os Escriturários recebem um Comunicado Interno do Tasy com as contas que necessitam ser separas para o Faturamento.
O processo de envio das contas é igual ao fechamento da conta após o paciente receber alta, sempre contemplando um determinado período, conforme tiver separado a conta paciente.
Cada convênio possui uma rotina específica e esta já é contemplada no Comunicado Interno.

14) Informações Gerais:
a) Conta Particular: Quando o paciente Particular recebe alta hospitalar, a conta deve ser fechada imediatamente. O Hospital tem uma hora para apresentar o valor ao paciente.
b) Autorizações: enquanto o paciente permanecer internado, a escriturária do setor é responsável em solicitar todas as autorizações à Central de Autorizações pertinentes ao seu tratamento.





c) Transferências: as transferências devem ser solicitadas pelo médico assistente em guia (ou receituário) com as seguintes informações: tipo de ambulância, destino, motivo, entre outras informações, conforme necessidade de cada convênio. A solicitação deve ser encaminhada para a Central de Autorizações e informada que o paciente esta no aguardo.
d) Guias encaminhadas para autorização: devem estar devidamente preenchidas com a Unidade de internação que pertence, etiqueta do paciente, senha de internação preenchida, código e descrição do procedimento, assinatura e carimbo médico.

**2.3.2.2 Rotina de verificação da conta pelo Faturamento**

Após a conta ser verificada pela escriturária, esta é 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 (verificado valores e lançamentos).
Os valores faltantes são lançados em conta, assim como são conferidos os valores zerados de exames e procedimentos.
A conferência de lançamentos e valores de materiais e medicamentos é feita pela Auditoria Interna de Contas.
O Faturamento verifica procedimentos, exames e materiais especiais, assim como a necessidade de guias, autorizações e demais documentações burocráticas.

**2.3.2.3 Rotina da auditoria interna de contas**

Após a verificação do setor de Faturamento, 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.

Ou seja, verificarão a compatibilidade entre o que está sendo cobrado e o que está prescrito e evoluído em descrição cirúrgica, anotações de enfermagem e procedimentos realizados, se todos os itens prescritos pelo médico foram lançados na conta paciente e executados pela enfermagem do setor.

Se for constatada inconsistência na conta hospitalar, esta deverá ser encaminhada ao setor responsável para que seja feita uma nova análise e justificativa da pendência existente, devendo ser devolvida ao setor de auditoria num prazo de 48 horas. O setor de Auditoria Interna de Contas também consiste eventuais falhas das unidades de internação e realiza treinamentos para que as falhas sejam minimizadas.

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. Ou seja, verificam se tudo o que esta lançado na conta paciente, realmente foi prescrito. É o processo inverso dos auditores internos. Caso haja inconsistências relacionadas à utilização de materiais, medicamentos e taxas hospitalares, estas são verificadas entre auditoria interna e externa e se necessário se faz o ajuste imediatamente.

### 2.3.2.4 Rotina de autorizações

Todo paciente que dá entrada no hospital através da Emergência, é de responsabilidade do hospital solicitar as



autorizações aos convênios, tanto da internação como do procedimento cirúrgico.

De acordo com o CONSU Nº 13 de 3 de novembro de 1998, todo atendimento prestado ao paciente em caráter de urgência/emergência, obrigatoriamente o convênio deve cobrir os procedimentos realizados nas primeiras doze horas. Desta forma, logo após a entrada do paciente na instituição, a recepção faz o cadastro do paciente no sistema informatizado, o médico assistente preenche uma guia de internação com o procedimento principal e o paciente é encaminhado imediatamente ao Centro Cirúrgico.

Esta guia é entregue à Central de Autorizações em horário comercial, ou à Recepção fora do horário comercial, que fará a conferência da guia e a solicitação da autorização da internação e do procedimento principal junto ao convênio.

Como o procedimento cirúrgico ocorreu em caráter de emergência, somente após a cirurgia o médico preencherá o pedido dos materiais especiais utilizados durante o procedimento. Esta solicitação também será encaminhada ao convênio, para inclusão na mesma senha de autorização da internação.

Importante ressaltar que as guias devem estar totalmente preenchidas e assinadas, anexas ao Termo de Consentimento e exames que comprovem a necessidade da realização da cirurgia e/ou do uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, evitando desta forma futura glosa dos convênios.

Segue o gráfico que descreve o fluxo de processos:

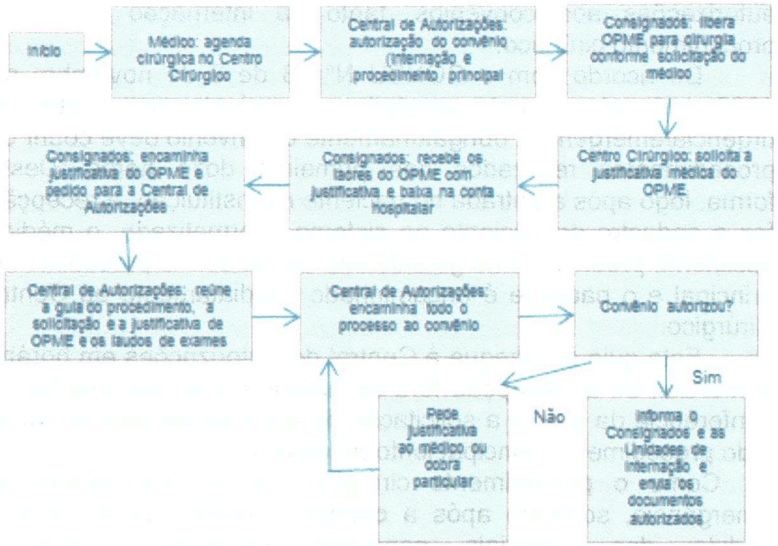


FIGURA 7 – Ciclo dos Processos administrativos da Central de Autorizações
Fonte: Primária, 2013

### 2.3.2.5 Rotina de faturamento – Envio das contas

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).

No momento deste envio, algumas consistências são feitas pelo sistema informatizado do próprio convênio: carteirinhas válidas, carências, procedimentos lançados, datas de autorizações, entre outros.

Ocorrendo qualquer inconsistência neste momento, a conta é encaminhada ao setor de origem para adequação ou



para o Setor de Convênios verificarem as parametrizações e ajustar a conta.

Segue o gráfico que representa o fluxo de processos administrativos de faturamento:

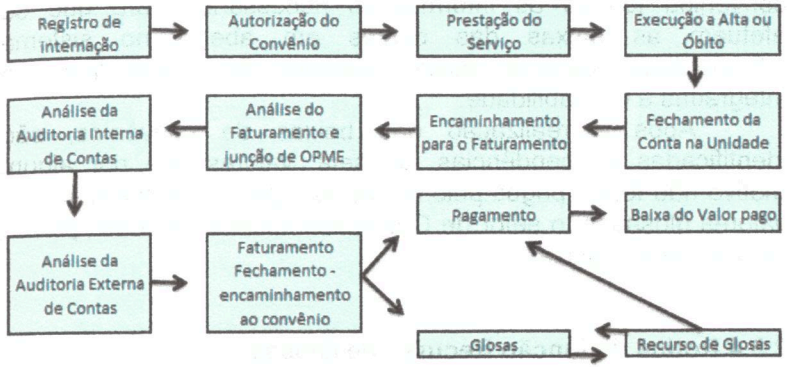


FIGURA 8 – Ciclo de Serviços administrativos de Faturamento do Hospital Privado de Joinville
Fonte: Primária, 2013

No contrato com o convênio é estipulado um tempo máximo para pagamento destas contas ao hospital. O prazo de pagamento é um controle realizado pelo setor Financeiro, especificamente pela função Contas a Receber.

O Contas a Receber emite relatórios semanais através do sistema operacional que trazem a posição contábil diária. São apresentados através de uma planilha do Excel, todos os valores "em aberto", ou seja, que não foram pagos pelo convênio e seus devidos vencimentos.

### 2.3.3 Rotina da função Contas a Receber

Através das informações dos faturamentos, via sistema informatizado, é feita a geração dos títulos a receber, que

passam assim a constar como valores a serem recebidos nos seus respectivos vencimentos.

Através da emissão diária dos extratos bancários, é feito o acompanhamento dos valores pagos ao hospital, que em conjunto com os demonstrativos de pagamentos enviados pelos convênios têm-se as informações necessárias para que se efetuem as baixas das contas em aberto no sistema informatizado, gerando assim relatórios de baixas que são integradas à Contabilidade.

Após a realização das baixas de convênios, são identificadas as pendências, ou seja, valores que por algum motivo não foram pagos pelo convênio. Após a identificação dos valores glosados, o setor de Convênios inicia o processo para o recurso destas glosas.

### 2.3.4 Rotina da função Recurso de Glosas

Cada convênio possui um contrato onde se estipulam as regras operacionais e de cobrança.

No hospital pesquisado, utiliza-se 6 (seis) tabelas distintas, algumas compartilhadas por mais de um convênio: AMB (Associação Médica Brasileira) edição 92 – utilizada por 3 (três) convênios, CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) 3ª edição – utilizada por 2 (dois) convênios e CBHPM 4º edição – utilizada por 27 convênios, TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, TSHM Tabela própria de valores utilizada por 3 (dois) convênios e tabela SUS – Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – utilizada para 1 (um) convênio.

Os contratos seguem as normas da ANS – Agência Nacional de Saúde, que estipula cláusulas mínimas para serem seguidas. Todas as negociações são formalizadas nos contratos ou através de aditivos e adendos que ficam de posse do Setor de Convênios – responsável pelas negociações.



Estes contratos estipulam datas base para reajustes, no qual os valores são revistos e faz com que não fiquem desatualizados. Todo reajuste também é formalizado em aditivo contratual após a negociação e este então, é parametrizado no sistema operacional do prestador e do convênio.

Esta formalização é necessária para que ambos, prestador e convênio, não deixem de parametrizar seus sistemas e que, caso haja glosas, exista formas de justificativa nos recursos.

Após o Contas a Receber identificar os pagamentos recebidos pelo banco, através do saldo bancário é possível identificar a qual convênio pertence. Identificando o convênio, em sua maioria, disponibiliza um extrato do demonstrativo de pagamento em seu site ou repassa-o através de e-mail. Através deste demonstrativo de pagamento é realizada a baixa dos valores pagos pelos convênios.

As baixas devem ser referentes ao valor exato da conta paciente, caso contrário, gerará uma diferença de valores que será chamada de Glosa.

O pagamento a maior, como é identificado, se refere ao pagamento realizado pelo convênio cujo valor pago é maior que o valor cobrado. Esta situação raramente acontece e quando identificado, é entrado em contato com o convênio para verificar o motivo. Geralmente trata-se de pagamento de honorários médicos não cobrados em conta hospitalar e sim pela clínica que o médico pertence. Nestes casos, os valores são imediatamente repassados aos médicos através da criação de uma conta hospitalar complementar.

O pagamento a menor, como é identifica, se refere ao pagamento realizado pelo convênio cujo valor pago é menor que o valor cobrado. Esta situação ocorre com frequência e é conhecida como Glosa.

A Glosa pode ser correta ou incorreta. A glosa correta refere-se a erros cometidos pelo próprio hospital, sejam estes técnicos ou administrativos. Ao analisar o histórico da conta, entende-se que devido a erros na parametrização, desconhecimento do processo ou desatenção, acaba-se encaminhando cobranças incorretas ao convênio. Porém, como

pode-se identificar nas análises apresentadas no próximo capítulo, a glosa correta representou 0,44% do faturamento do ano de 2012.

Já a glosa incorreta refere-se a cobrança correta realizada pelo hospital, porém, por algum motivo, não foi paga pelo convênio. Os motivos da glosa incorreta são os mais variados: falta de autorização ou autorização fora do prazo, cobranças indevidas, divergência entre as tabelas, atendimento de beneficiários em carência ou que não pertencem mais ao plano, entre outros.

As glosas incorretas tem maior evidência, pois representam 3,29%.

Diariamente o setor emite um relatório (CATE 696) dos Retornos baixados que geraram diferença entre o valor cobrado e o valor pago. Retorno é entendido como a baixa de um pagamento dentro do sistema operacional Tasy.

Identificando os convênios que geraram diferença entre valor pago e valor cobrado, é buscado junto ao convênio os relatórios com os motivos que geraram as glosas.

Tendo os motivos em mãos, o retorno é aberto por paciente e identificado todas as glosas geradas em cada conta individualmente. Cada motivo é recursado após a identificação da glosa correta ou incorreta, levando em consideração todas as negociações com cada convênio.

Todas as glosas, independente do motivo, são identificadas dentro do sistema operacional. Se corretas, será emitido relatório (CATE 043) para baixa financeira no início de cada mês. Se incorretas, além da justificativa dentro do sistema operacional, também se buscam subsídios como laudos, contratos e demais comprovações, para encaminhar ao convênio e solicitar a revisão da glosa para pagamento.

Após o retorno todo recursado, pode ser impresso um relatório que traga todos os motivos das glosas incorretas a serem encaminhadas, assim como este relatório pode ser gerado em excel, xml ou conforme a preferência de cada convênio.



### 2.3.5 Análise dos Dados

Atualmente o hospital pesquisado trabalha com 36 (trinta e seis) convênios e 06 (seis) tabelas de valores, citadas anteriormente.

Através de relatório emitido no sistema informatizado do hospital, verificou-se que, no ano de 2012, dos 36 convênios, 18 efetuaram pagamentos menores que os cobrados. Tais pagamentos a menor, denominados de "glosas", são gerados devido a erros gerados tanto pelo hospital quanto pelo convênio.

Diante do estipulado em contrato referente aos prazos para pagamento e para recurso das glosas, verificou-se que no período estudado o hospital encaminhou todos os recursos dentro do prazo limite. Tal agilidade se justifica mediante ao impacto das glosas no fluxo de caixa da instituição, ou seja, quanto mais rápido as contas forem recursadas e encaminhadas aos convênios, mais rápido serão liquidadas.

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

a) CATE 866 – Valores de Glosas
b) CATE 043 – Recursos de Glosas
c) CATE 696 – Retornos sem Análise
d) Tasy Rel – Atendimento de Pacientes

Através destes relatórios foi possível identificar a quantidade de atendimentos realizados pela instituição no período estudado (por tipo de por caráter de atendimento), além da identificação dos valores glosados (conforme recursos realizados) por convênio e por motivos, separando as glosas corretas das glosas incorretas. Foi possível identificar ainda qual o percentual de recebimentos das glosas recursadas (glosas incorretas).

Além destes relatórios, utilizou-se ainda a ferramenta do Tasy: Indicadores de Gestão – Resultado Hospital, onde obtemos o total faturado pelo hospital no período estudado.

Através do relatório Tasy Rel – Atendimento de Pacientes, verificou-se que 351.240 (trezentos e cinquenta e um mil duzentos e quarenta) atendimentos foram realizados no Hospital Privado de Joinville durante o ano de 2012, representando uma média mensal de 29.270 atendimentos.

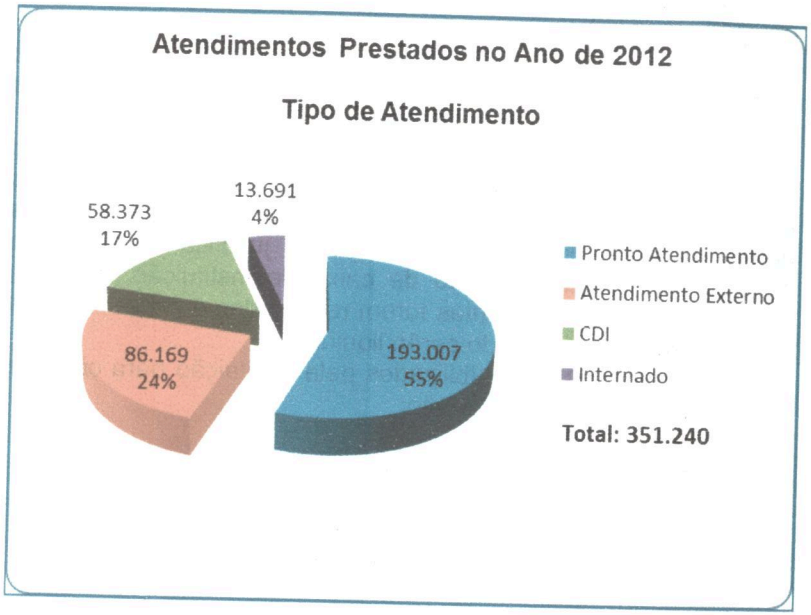


FIGURA 9 – Atendimentos Prestados no Ano de 2012 por Tipo de Atendimento.
Fonte: Primária, 2013.

Nota-se o predomínio de atendimentos realizados no Pronto Atendimento, representando 55% do total de atendimentos, seguido dos Atendimentos Externos, Centro de Diagnóstico por Imagem e por último os atendimentos de Internação, foco deste estudo.



Confirmando este dado, o gráfico a seguir demonstra que do total de pacientes atendidos durante o período estudado, 57% entraram na instituição em caráter de Urgência/Emergência e 43% tiveram seus atendimentos programados.

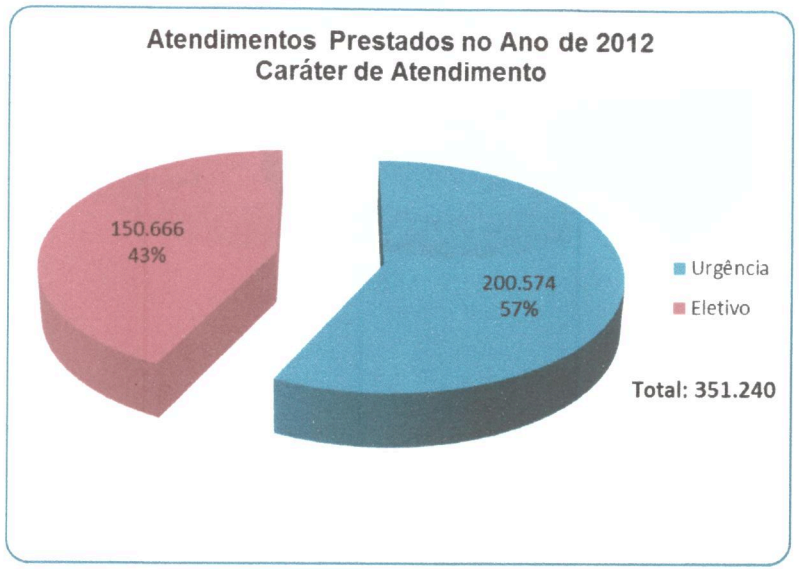


FIGURA 10 – Atendimentos Prestados no Ano de 2012 por Caráter de Atendimento.
Fonte: Primária, 2013.

Conforme ilustrado a seguir, apesar da baixa representatividade em números de atendimentos, as internações representam o maior faturamento da instituição, fato então que justifica a relevância do presente estudo.

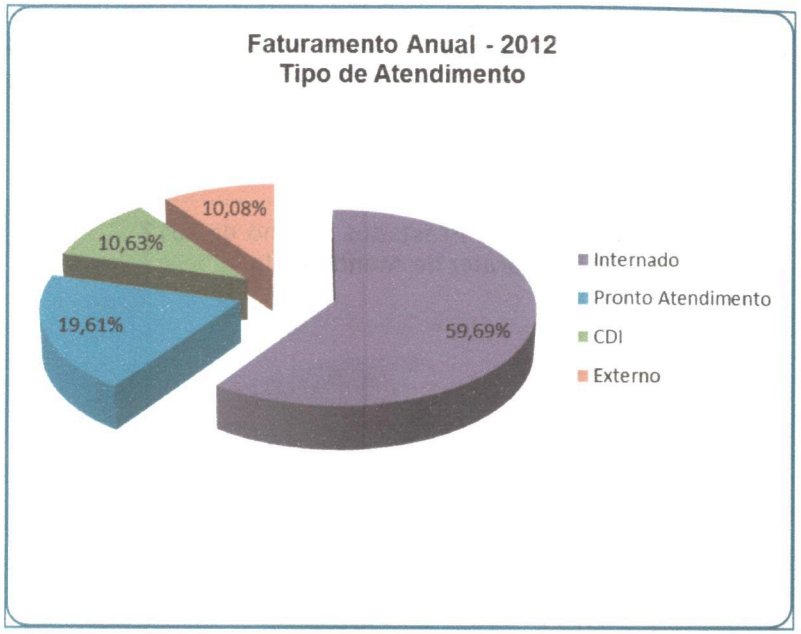


FIGURA 11 – Faturamento Anual (2012) por Tipo de Atendimento
Fonte: Primária, 2013.

De um total de 14.004 (quatorze mil e quatro) cirurgias realizadas no ano de 2012, observa-se o predomínio de atendimentos programados, representando 81%. Pacientes cirúrgicos que deram entrada na instituição em caráter de Urgência/Emergência representaram 19%.



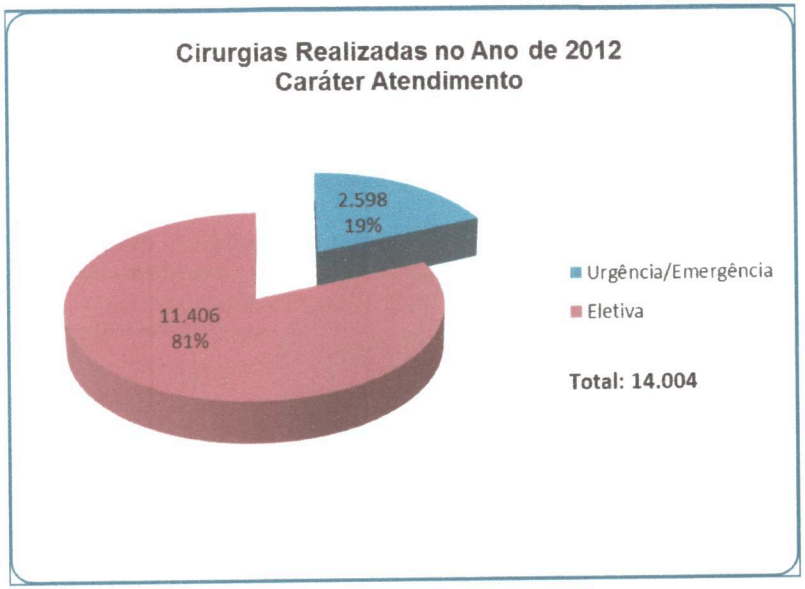


FIGURA 12 – Cirurgias realizadas no ano de 2012, por caráter de atendimento
Fonte: Primária, 2013.

Porém, apesar do predomínio de cirurgias Eletivas, estas representam minoria das glosas ocorridas no Hospital no período estudado, visto que a realização de procedimentos eletivos ocorre somente mediante prévia autorização do convênio. Deste modo, as glosas procedentes de Internações, representadas no gráfico a seguir, referem-se predominantemente a Internações ocorridas em caráter de Urgência/Emergência. Por este motivo a delimitação deste trabalho no estudo dos principais motivos geradores destas glosas, que serão elencados na sequência.

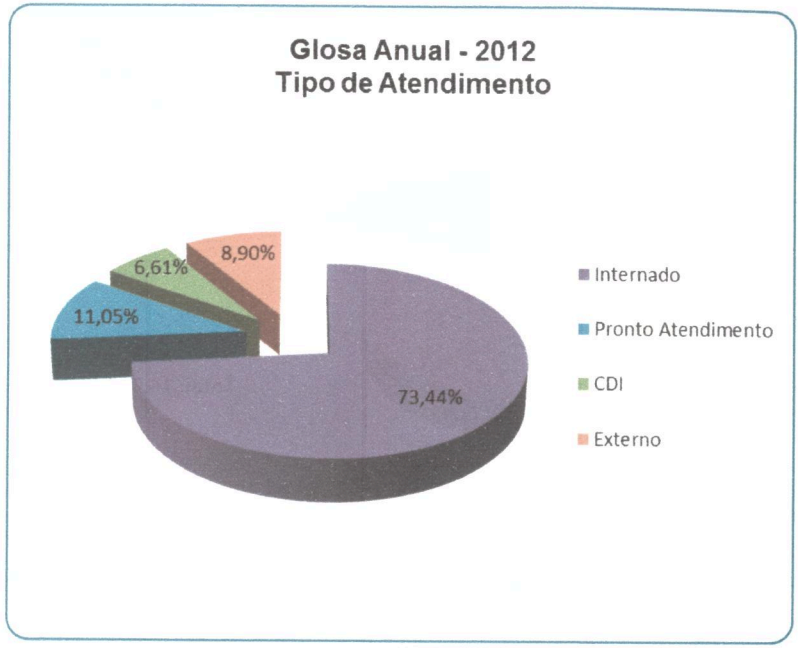


FIGURA 13 – Glosa Anual (2012) por Tipo de Atendimento
Fonte: Primária, 2013.

No primeiro dia útil de cada mês, o setor de Convênios emite o relatório de glosas (CATE 866) do mês anterior. Através deste relatório é possível separar, através dos filtros selecionados, as glosas corretas e incorretas e quantifica-las, ou seja, se o Hospital efetuou cobranças indevidas ou se o convênio está efetuando o pagamento a menor indevidamente.

A seguir, é necessário analisar o relatório (CATE 043), que demonstra os principais motivos de glosas, ou seja, por meio deste relatório consegue-se definir quais os motivos geradores destas glosas.



A identificação de uma glosa ocorre através de extrato de pagamento disponibilizado pelos convênios, onde são identificadas as contas com pagamento menor que o cobrado pelo hospital. Além deste extrato, os convênios disponibilizam ainda Demonstrativos de Glosas, através do qual é possível identificar o motivo pelo qual o pagamento não foi realizado em sua totalidade.

Neste trabalho, foi realizado o levantamento das glosas geradas durante o ano de 2012.

A partir dos relatórios disponibilizados, foi possível verificar que, dos 351.240 atendimentos realizados no período estudado, 16.273 contas possuíram glosas (somando todos os convênios), entre glosas corretas e incorretas. Ou seja, as contas glosadas no período variaram em torno de 4,63% de todos os atendimentos.

Vários são os motivos pelos quais as glosas podem ser geradas, o que faz com que vários departamentos, administrativos e técnicos, estejam envolvidos no processo de recurso desta glosa.

A figura 14 demonstra, em valor e não em quantidade, os principais motivos geradores de glosas corretas referentes aos atendimentos de emergência.

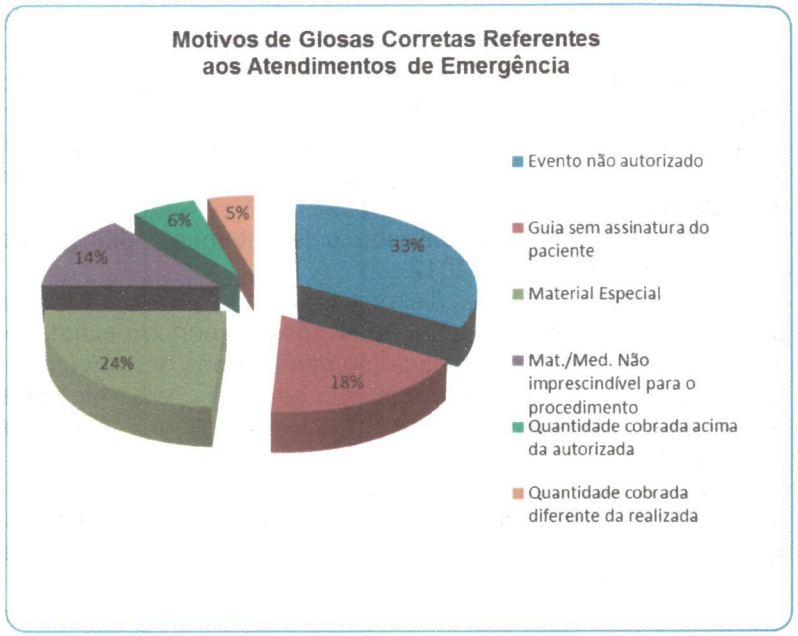


FIGURA 14 – Motivos de glosas corretas referentes aos atendimentos de emergência
Fonte: Primária, 2013.

Glosa Correta são aquelas geradas por erro de cobrança do Hospital, e que após analisados os demonstrativos de glosas encaminhados pelos convênios, verifica-se o erro na cobrança, resultando em perda financeira para o hospital.

Dos motivos relacionados como glosa correta, o "*Evento não autorizado*" refere-se a procedimentos realizados sem a devida autorização do convênio. Tal glosa pode ocorrer, por exemplo, por falta de preenchimento da guia de solicitação do procedimento por parte do médico assistente ou pelo preenchimento da guia em atraso (a maioria dos convênios trabalha com um prazo de 24 horas após a realização do procedimento para solicitar a autorização) e que



consequentemente não foi encaminhada ao convênio em tempo hábil para autorização. Outro fator gerador desta glosa é a falta de laudo que comprove a realização do procedimento ou ainda a falta de justificativa médica detalhada, que comprove a necessidade da realização do mesmo.

Com relação a "*Guia sem assinatura do paciente*", considerando que o procedimento foi realizado em caráter de urgência/emergência, onde paciente é encaminhado imediatamente ao centro cirúrgico, cabe ao seu representante legal proceder com toda a documentação necessária para encaminhamento ao convênio, sendo de responsabilidade da Recepção certificar-se que tudo está devidamente preenchido e assinado.

A glosa de "*Material especial*" refere-se à órteses, próteses e materiais especiais (OPME) utilizados durante o procedimento cirúrgico, além dos autorizados. Neste caso, são necessárias a Solicitação de OPME e laudos de exames que comprovem o uso do OPME. A justificativa médica é descrita no prontuário e fica de posse do hospital. Se glosado, o recurso é encaminhado juntamente com a descrição cirúrgica e consequentemente a justificativa necessária para o pagamento dos materiais especiais utilizados.

Nos contratos firmados entre hospital e convênio, este sempre determina as coberturas contratuais, ou seja, determina quais materiais e/ou medicamentos têm cobertura ou não, padronizando a utilização de certos insumos hospitalares. Porém, ocorre que, em certos procedimentos o médico utiliza algum material e/ou medicamento similar e que não consta no manual do convênio (geralmente material de maior valor). Nestes casos, o convênio glosa com a justificativa de *Material/Medicamento não imprescindível para o procedimento.* Exemplo: o convênio autoriza a utilização de um material no valor X, porém o médico utiliza outro com valor 2X. Neste caso ocorre a glosa, visto que poderia ter sido utilizado o de valor X.

Representando 6%, a glosa recebida com a justificativa de *Quantidade cobrada acima da autorizada* refere-se a procedimentos realizados além dos autorizados, ou seja,

procedimentos realizados e cujas guias não foram encaminhadas ao convênio para a devida autorização. Considerando o prazo dos convênios de 24 horas após o procedimento para providenciar as devidas autorizações, esta glosa não prevê recurso, sendo então considerada pelo hospital como glosa correta.

Por fim, a glosa referente à *Quantidade cobrada diferente da realizada* refere-se a procedimentos cobrados além dos realizados. Tal glosa ocorre, por exemplo, quando o paciente realiza um determinado procedimento, mas não foi encaminhada ao convênio a guia para autorização e o laudo que comprove a realização do mesmo; ou ainda, procedimentos cancelados e cobrados indevidamente. Exemplo: o paciente realiza cinco exames de tomografia, mas são enviados ao convênio apenas quatro laudos. Logo, no entendimento do convênio, foi cobrado mais que o realizado.

Atualmente o indicador para glosas corretas do Hospital Privado de Joinville considera como meta aceitável o percentual 0,5%.

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

Meta do indicador: ≤ 0,5%

Através deste indicador podemos observar que as glosas corretas representaram no período estudado apenas 0,44% do montante faturado no mesmo período, ou seja, estão dentro do limite aceitável.

Ainda através do indicador individualizado, ou seja, separado por convênio, é possível identificar qual o convênio que mais apresentou glosas no ano de 2012 se comparado com o faturamento do mesmo neste período.



Glosas Corretas no Período 1º/01/2012 à 31/12/2012
Por Convênio

| Convênio | % de Glosas sobre o Faturamento |
|---|---|
| AG | 1,37% |
| AS | 1,66% |
| BR | 0,20% |
| CP | 0,29% |
| CS | 1,40% |
| CR | 0,81% |
| EM | 5,55% |
| GP | 0,60% |
| MD | 0,20% |
| PT | 0,10% |
| SA | 2,74% |
| SU | 0,41% |
| US | 0,69% |
| UN | 0,28% |
| **Total** | **0,44%** |

Fonte: Primária, 2013.

O gráfico a seguir demonstra, em valor e não em quantidade, os principais motivos geradores de glosas Incorretas referentes aos atendimentos de emergência.

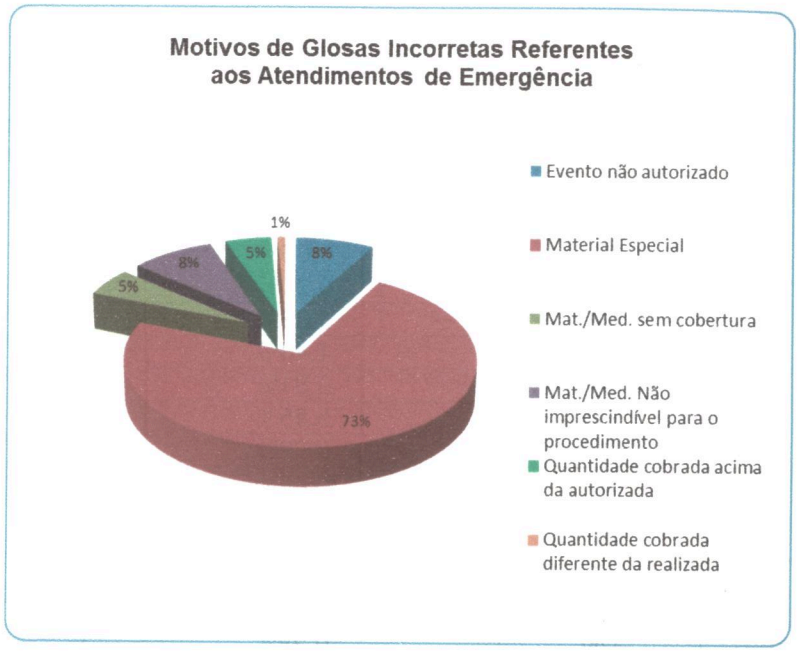


FIGURA 15 – Motivos de glosas incorretas referentes aos atendimentos de emergência
Fonte: Primária, 2013.

Glosa Incorreta é o erro no pagamento do convênio. Ou seja, são cobranças realizadas pelo Hospital que o convênio considerou como indevidas, porém, são recursadas e justificadas como cobranças devidas.

Nota-se que as justificativas dos convênios para as glosas são praticamente os mesmos, tanto nas glosas corretas como nas incorretas, porém neste caso com destaque para a glosa de "*Material especial*", representando 73% das glosas incorretas. Esta é referente ao uso de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) durante o procedimento cirúrgico, além dos autorizados.



Além dos motivos elencados anteriormente, os *Materiais/Medicamentos sem cobertura* referem-se a itens utilizados sem cobertura contratual do convênio. Exemplos são medicamentos de alto custo e/ou considerados de higiene (fralda, hidratantes, etc.) ou ainda considerados EPI (Equipamento de Proteção Individual), como luvas, máscaras, etc.

Atualmente o indicador para glosas corretas do Hospital Privado de Joinville considera como meta aceitável o percentual 4,0%.

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

Meta do indicador: ≤ 4,0%

Através deste indicador podemos observar que as glosas incorretas representaram no período estudado 3,29% do montante faturado no mesmo período, ou seja, assim como as glosas corretas, estas também se encontraram dentro do limite aceitável.

Assim, considerando que os 3,73% das glosas geradas no período estudado representam 100% das glosas e que apenas 0,44% são consideradas corretas, ou seja, por erro de cobrança do Hospital, o maior índice de glosa no ano de 2012 é resultado de falha ou erro do convênio.

Ainda através deste indicador é possível identificar qual o convênio que mais apresentou glosas no ano de 2012 se comparado com o faturamento do mesmo neste período.

Glosas Incorretas no Período 1º/01/2012 à 31/12/2012
Por Convênio

| Convênio | % de Glosas sobre o Faturamento |
|---|---|
| AG | 3,23% |
| AS | 3,07% |
| BR | 5,21% |
| CP | 2,50% |
| CS | 8,83% |
| CR | 2,70% |
| GP | 15,96% |
| MD | 1,03% |
| PT | 1,67% |
| SA | 0,32% |
| SU | 2,30% |
| US | 3,15% |
| **Total** | **3,29%** |

Fonte: Primária, 2013.

Porém, apesar das glosas encontrarem-se dentro dos limites aceitáveis no período estudado, do montante de contas glosadas 20% foram pagos até o momento do presente estudo, após o encaminhamento dos recursos, gerando um débito de 80% a receber, ou seja, que ainda não houve pagamento. Isto acontece devido aos convênios não estarem preparados para análise e pagamento das glosas. No hospital pesquisado, por exemplo, o convênio com uma representatividade de 30% dos atendimentos gerados, possui um único funcionário para analisar todos os recursos encaminhados pelos prestadores do Sul do Brasil.



### 2.3.6 Sugestões de Melhorias

A partir da identificação dos principais motivos de glosas geradas a partir das contas hospitalares dos pacientes originários do setor de emergência que utilizaram de procedimentos cirúrgicos no ano de 2012, neste capítulo serão identificados os possíveis procedimentos equivocados no fluxo de documentos que podem ter contribuído para a ocorrência destas glosas, identificando as variáveis com potencial de melhoria.

Entre os motivos de glosas citados anteriormente, verificou-se que os itens com maior incidência de glosas, tanto corretas como incorretas, são *Evento Não Autorizado*, representando 33% das glosas corretas e 8% das incorretas, e *Material Especial*, com 24% das glosas geradas por erro de cobrança do hospital e 73% das glosas resultantes de erro de pagamento dos convênios.

A glosa referente à *Evento Não Autorizado* pode ocorrer, por exemplo, por falta de preenchimento da guia de solicitação do procedimento por parte do médico assistente ou pelo envio da guia para o convênio em prazo superior ao estipulado (24 horas após a realização do procedimento).

Com relação aos *Materiais especiais,* tais glosas podem ocorrer devido à ausência da Solicitação de OPME que deve ser preenchida pelo médico assistente logo após a realização do procedimento, e/ou laudos de exames que comprovem a necessidade e o uso do OPME.

Nota-se que em ambos os casos, uma das causas geradoras destas glosas é a ausência da guia de solicitação em tempo hábil para solicitar a autorização do convênio, seja do procedimento ou dos materiais especiais utilizados.

Na figura 7 apresentada anteriormente com o fluxo dos processos da Central de Autorizações, observa-se que são realizadas duas autorizações referente ao procedimento do mesmo paciente: a primeira para autorização da internação e do procedimento principal, e posteriormente é encaminhada ao

convênio a solicitação e a justificativa dos materiais utilizados para a inclusão na mesma senha de autorização.

No fluxo atual, cabe à escriturária da Unidade onde o paciente está internado solicitar ao médico a guia de solicitação do procedimento. Por sua vez, a solicitação e justificativa dos materiais utilizados no procedimento são de responsabilidade do setor de Consignados solicitar ao médico logo após o término da cirurgia.

Neste sentido, nota-se que ambas as solicitações são feitas após o procedimento realizado, porém por pessoas diferentes e em momentos diferentes. Ou seja, devido ao grande volume de procedimentos realizados pela instituição, pode ocorrer de uma das solicitações não ser preenchida em tempo hábil, resultando então nas glosas.

Desta forma, sugere-se que, para as cirurgias onde houver a necessidade da utilização de materiais especiais, as devidas autorizações sejam solicitadas ao convênio uma única vez, centralizando em uma pessoa a responsabilidade de solicitar ao médico a guia de solicitação do procedimento principal e a solicitação e justificativa do uso do material especial. Neste sentido, sugere-se a contratação de uma escriturária específica para o Centro Cirúrgico.

Segue o gráfico que demonstra o fluxo sugerido.



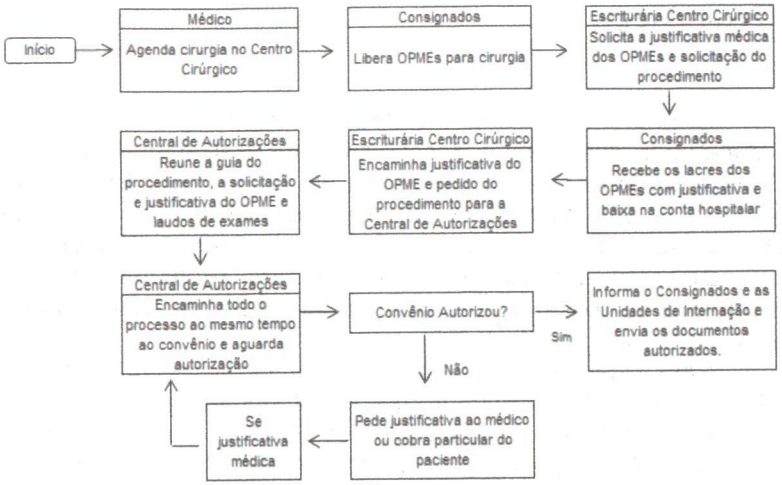


FIGURA 16 – Ciclo de Serviços administrativos do Hospital Privado de Joinville
Fonte: Primária, 2013

Neste fluxo observa-se que as solicitações são feitas após o término do procedimento, pois só assim o médico terá conhecimento dos materiais utilizados, e a Central de Autorizações reúne toda a documentação e encaminha todo o processo ao mesmo tempo para o convênio.

Desta forma, o risco de faltar solicitação ou justificativa médica seria minimizado, pois o trabalho estaria centralizado.

Da mesma forma, apesar de não se caracterizar o objetivo principal do presente estudo, tal fluxo também evitaria retrabalho do setor responsável pelas autorizações.

## 3 CONCLUSÃO

O presente estudo, intitulado "Análise do Processo de Faturamento das Contas Hospitalares dos Pacientes Cirúrgicos Originários do Setor de Emergência em um Hospital Privado de Joinville – SC" teve como objetivo identificar, por meio da observação e descrição dos fluxos de documentos, os possíveis procedimentos equivocados que podem contribuir para a ocorrência de glosas e identificar as variáveis com potencial de melhoria do fluxo de documentos.

Para alcançar os objetivos, o trabalho foi estruturado em três capítulos. O primeiro trouxe a introdução da pesquisa, a relevância do estudo, a descrição dos objetivos e a definição do problema. No segundo capítulo foram expostos os principais conceitos que sustentaram o desenvolvimento do estudo, a metodologia utilizada na pesquisa e a apresentação e análise dos resultados encontrados.

Nos dias atuais, diante de um cenário de crescente aumento no número de operadoras de planos de saúde e no número de usuários que buscam assistência privada à saúde, as glosas e seu impacto econômico-financeiro têm representado um motivo de preocupação entre as instituições particulares prestadoras de serviços em saúde.

A ocorrência de glosas está condicionada a vários fatores que variam entre o não preenchimento ou preenchimento incorreto de uma guia, ausência de assinatura médica ou do paciente, falta de autorização por parte dos convênios para a realização de determinado procedimento, divergência entre os valores cobrados pelo prestador de serviços e os valores constantes na tabela do convênio, entre outros.

Ao reconhecer uma glosa, o hospital tem um prazo de 60 dias para recorrer da decisão do convênio. Este, por sua vez, tem um novo prazo de pagamento (conforme contrato com cada convênio) para avaliar o recurso e retornar ao prestador em forma de pagamento do recurso ou não. Por isso, identificar essas glosas com agilidade é essencial, visto que tais glosas



representam dinheiro parado para a instituição. Porém, mais do que recuperar os valores glosados, é preciso buscar formas de evitar as glosas.

Baseado nessa visão e no que foi apresentado no decorrer do trabalho, nota-se a importância de trabalhar na identificação da origem das glosas. Mensurar os valores glosados e os principais motivos geradores das glosas é fundamental para identificar possíveis procedimentos equivocados no fluxo de documentos e criar meios de intervenção do processo de trabalho buscando atenuar o número de glosas.

Para o desenvolvimento do estudo, foi necessário seguir uma sequência de descrição do fluxo de documentos praticado atualmente pelos setores envolvidos no processo de faturamento das contas hospitalares dos pacientes originários do setor de Emergência e que utilizam de procedimentos cirúrgicos durante o ano de 2012; analisar os valores glosados e os principais motivos de recurso de glosa, para posteriormente estudar os possíveis procedimentos equivocados e identificar as variáveis com potencial de melhoria no fluxo de documentos.

Para isto foi necessária a emissão dos relatórios CATE 866 e CATE 043 que apontaram os valores glosados no período estudado e os motivos de glosas, respectivamente. Foi utilizada ainda a função Indicadores de Gestão – Resultado Hospital, que apresentou o faturamento do hospital no mesmo período, para compará-lo ao índice de glosas.

Por meio dos dados apresentados, observou-se que no período estudado o índice de glosas foi de 3,73% destes, 0,44% representaram glosas corretas e 3,29% representaram glosas incorretas. Ou seja, as glosas estiveram dentro da meta estipulada pelos indicadores de recurso de glosas, que são 0,5% e 4,0% para glosas corretas e incorretas, respectivamente.

Assim, considerando que os 3,73% das glosas geradas no período estudado representam 100% das glosas e que apenas 0,44% são consideradas corretas, ou seja, por erro de cobrança do Hospital, o maior índice de glosas geradas no ano de 2012 foi resultado de falha ou erro do convênio.

Entre os motivos de glosas citados anteriormente, verificou-se que os itens com maior incidência de glosas, tanto corretas como incorretas, são *Evento Não Autorizado*, representando 33% das glosas corretas e 8% das incorretas, e *Material Especial*, com 24% das glosas geradas por erro de cobrança do hospital e 73% das glosas resultantes de erro de pagamento dos convênios.

Em ambos os casos, uma das causas geradoras destas glosas é a ausência da guia de solicitação, seja do procedimento ou dos materiais especiais utilizados em tempo hábil.

Conclui-se que a proposta inicial deste trabalho foi alcançada com a identificação, por meio da observação e avaliação do fluxo de documentos, dos possíveis procedimentos equivocados que podem contribuir para a ocorrência de glosas. Neste sentido, foi possível ainda sugerir uma nova formulação do atual fluxo de documentos, visando à melhoria do processo e consequentemente a diminuição das glosas.

Contudo, ressalta-se que a importância da conscientização e comprometimento de todos os envolvidos, é preciso que se tenha noção da importância e das implicações decorrentes do não preenchimento ou do preenchimento incorreto de toda documentação referente ao atendimento prestado ao paciente.
É imprescindível ainda a parametrização e atualização constante do sistema informatizado, adequando-o para todo o processo de atendimento, desde o registro da admissão do paciente até o processo de envio das faturas aos convênios. Além de treinamentos sempre que necessário com todos os envolvidos, informando e orientando sobre a conduta a ser adotada para cada convênio.

Sugere-se ainda um estudo mais aprofundado sobre o impacto destas glosas no fluxo de caixa da instituição, sendo esta uma importante ferramenta para a elaboração do planejamento estratégico e gestão hospitalar.

## REFERÊNCIAS


Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor
Acesso em: 27 jun. 2013

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

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO-9001:2000**. Rio de Janeiro, 2000. 21 p.

Boletim IOB, Ano XXXVII, 4º 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., 3. trim. 1993. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>.
Acesso em: 19 mai. 2013

BRASIL. Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, jun., 3. trim., 1998. Disponível em:
< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 19 mai. 2013

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, out., 4. Trim. 1988. Disponível em
http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf
Acesso em 27 jun. 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS. **Manual de Glosas do Sistema de Auditoria**. Brasília, 2004, 50 p.

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: 24 mai. 2013

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica - Res. (1614/2001).** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1614_2001.htm>. Acesso em: 19 mai. 2013

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Aprova atividades de Enfermeiro Auditor.** Disponível em: < http://site.portalcofen.gov.br/node/4303>. Acesso em: 19 mai. 2013

COUTO, Renato Camargos; PEDROSA, Tania Moreira Grillo. **Hospital**: Acreditação e Gestão em Saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 377p.

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

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

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



FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

INNOCENZO, Maria et al. **Indicadores, Auditorias e Certificações**: Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2010, 208 p.

LIMA, Erika. **Faturmedica**: Rotinas Administrativas em Faturamento Médico-Hospitalar à Operadoras de Planos de Saúde. 1 ed. Copyright: 2010. 198p.

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

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

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

MOTTA, Ana Leticia C.; LEÃO, Edmilson; ZAGATTO, José Roberto. **Auditoria Médica no Sistema Privado:** Abordagem Prática para Organizações de Saúde. 1 ed. São Paulo: Iátria, 2009. 220p.

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

SAUDI – Sistema de Auditoria de Contas Médicas. **Glossário SAUDI**. Disponível em: <http://www.saudi.com.br/doku.php?id=saudi:glossario> Acesso em: 23 mai. 2013.

SIG – Sistema Integrado de Gestão. Hospital Privado de Joinville. Joinville, 2013.

TASY. Sistema de Gestão em Saúde. Hospital Privado de Joinville. Joinville, 2013.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez & Autores Associados, 1988.