

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

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

**MAJURIÊ BOTINI
PRISCILA FRANÇA**

**ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE GLOSAS EM UMA
OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE
DE SANTA CATARINA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**MAJURIÊ BOTINI
PRISCILA FRANÇA**

**ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE GLOSAS EM UMA
OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE
DE SANTA CATARINA**

JOINVILLE, 2013

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

**MAJURIÊ BOTINI
PRISCILA FRANÇA**

**ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE GLOSAS EM UMA
OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE
DE SANTA CATARINA**

**Submetido ao Instituto Federal
de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina
como parte dos requisitos de
obtenção do título de Tecnólogo
em Gestão Hospitalar.**

**Orientadora: Josiane S. Siewert,
Ma.**

JOINVILLE, 2013

BOTINI, Majuriê; FRANÇA, Priscila. Análise Da Incidência de Glosas em uma Operadora de Planos de Saúde da Região Oeste de Santa Catarina./ Botini, Majuriê; França, Priscila. – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2013, 53 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Ensino presencial.

Orientadora: Josiane Steil Siewert

1. Auditoria 2. Glosa 3. Gestão Hospitalar I. Título

**ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE GLOSAS EM UMA
OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE
DE SANTA CATARINA**

**MAJURIÊ BOTINI
PRISCILA FRANÇA**

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, 22 de Novembro de 2013.

Banca Examinadora:

Prof. Josiane Steil Siewert, Mestre.
Orientadora

Prof. Marciele Misiak
Avaliadora

Prof. Débora Rinaldi Nogueira
Avaliadora

DEDICATÓRIA

Dedicamos primeiramente este trabalho à Deus,
pela perseverança que nos tem dado e aos nossos pais,
por todo o apoio e incentivo à busca de novos
conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos professores, em especial à nossa orientadora, que muito contribuíram para a nossa formação. À instituição pesquisada e à todos aqueles que indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

A auditoria de custos tem se constituído uma atividade fundamental para a sobrevivência das organizações de saúde, principalmente tratando-se de Operadoras de Planos de Saúde. Este trabalho possui como tema a Análise da Incidência de Glosas em uma Operadora de Planos de Saúde da Região Oeste de Santa Catarina e visa investigar os motivos glosados a partir dos recursos disponibilizados pela instituição. Para isto, foi realizada uma pesquisa quantitativa, com análise descritiva dos dados, no período de seis meses, sendo de setembro de dois mil e doze a fevereiro de dois mil e treze. Atualmente, a Operadora analisada não possui métodos avançados para a medição da quantidade de glosas e análise de suas causas e consequências, não permitindo uma visão econômica financeira clara do processo. Foram identificados 878 itens glosados, estes separados por motivos de glosa, cujo valor total foi de R\$ 250.517,59. Os resultados apontam que a Operadora de Planos de Saúde analisada possui um índice geral de glosas consideravelmente alto. Pelos tipos de glosas apresentadas, percebe-se a necessidade de capacitação dos prestadores de serviço, pois as glosas estão, em sua maioria, associadas ao preenchimento e encaminhamento incorretos das contas.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria. Gestão Hospitalar.

ABSTRACT

The cost audit has constituted a fundamental activity for the survival of healthcare organizations, especially in the case of operators Health Plans. This work has as its theme the description and analysis of rejections occurred in a Health Plan Provider Situated in the West Region of Santa Catarina . This study aims to investigate the reasons for the rejections of the resources. For this, we performed a quantitative research, with descriptive analysis of the data, within six months, from September two thousand and twelve to February two thousand and thirteen. Currently, the Operator has not analyzed advanced methods for measuring the amount of glosses and analysis of its causes and consequences, not allowing for a clear view of the financial and economic process. We identified 878 items disallowed, they separated for reasons of disallowance, amounting to R \$ 250,517.59. The results show that Provider Health Plan analyzed has an overall glosses considerably high. Presented by the types of glosses, we realized the need of training the service providers, as the glosses are mostly associated with the completion and forwarding of incorrect accounts.

KEYWORDS : Audit . Hospital Management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Ocorrências por Motivos de Glosas.....	39
Tabela 2 – Impacto em Valor por Motivo Glosado.....	40
Tabela 3 – Valores e Ocorrências em Clínicas.....	42
Tabela 4 – Valores das Ocorrências em Hospitais (R\$).....	44
Tabela 5 – Relação Tempo de Serviço VS Ocorrência de Glosas.....	46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Quantidade de Glosas por Motivo na Categoria de Médicos.....	34
Gráfico 2 – Valores Glosados por Motivos na Categoria de Médicos.....	35
Gráfico 3 – Quantidade por Motivos Glosados na Categoria de Laboratórios.....	36
Gráfico 4 – Valores Glosados por Motivos na Categoria de Laboratórios.....	36
Gráfico 5 – Quantidade Glosada por Motivo na Categoria de Clínica.....	37
Gráfico 6 – Valor Glosado por Motivos na Categoria de Clínicas.....	37
Gráfico 7 – Quantidade Glosada por Motivos na Categoria de Hospitais.....	38
Gráfico 8 – Valor Glosado por Motivos na Categoria de Hospitais.....	39
Gráfico 9 – Valor Glosado por Prestador.....	41
Gráfico 10 – Ocorrências e Valores Glosados por Período.....	42
Gráfico 11 – Número de Ocorrências de Glosas em Hospitais..	43
Gráfico 12 – Número de Ocorrências em Laboratórios.....	44
Gráfico 13 – Número de Ocorrências na Categoria de Médicos.....	45
Gráfico 14 – Valor das Ocorrências dos Treze Primeiros Médicos Rankeados (R\$).....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

CFM – Conselho Federal de Medicina

FUNRURAL – Fundo dos Trabalhadores Rurais

IAP's – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IAMSPE – Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual

HSPE – Hospital dos Servidores Públicos

SSAM – Sistema Supletivo de Assistência Médica

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TISS - Troca de Informações de Saúde Suplementar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA	16
1.2 PROBLEMA	16
1.3 OBJETIVO GERAL	16
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1. BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL	18
2.1.1 Sistema Privado de Saúde.....	22
2.1.2 RELAÇÃO ENTRE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇO.....	25
2.2 AUDITORIA.....	25
2.2.1 CONCEITO DE AUDITORIA.....	25
2.2.2 HISTÓRIA DA AUDITORIA	26
2.2.3 AUDITORIA EM CONTAS MÉDICAS	27
2.2.4 AUDITORIAS MÉDICA E DE ENFERMAGEM.....	28
2.2.5 AUDITORIA INTERNA E EXTERNA.....	28
2.3 GLOSAS.....	29
2.3.1 DESCRIÇÃO DE GLOSAS.....	29
3 METODOLOGIA	31
3.1 TIPO DE ESTUDO: PESQUISA QUANTITATIVA EXPLORATÓRIA...	31
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE ESTUDADO.....	31
3.3 COLETA DE DADOS	32
3.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	33
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	33
4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS.....	50

INTRODUÇÃO

As glosas são cobranças de atendimentos em saúde recusadas. Estas tendem a gerar prejuízo aos Prestadores de Serviço os quais emitem a cobrança e retrabalho às Operadoras de Planos de Saúde, que passam a demandar mais tempo para finalizar o pagamento das contas. As glosas são justificadas através de motivos de inconsistências ocorridas em alguma etapa do processo que inicia com a geração da guia física pelo Prestador de Serviços, prossegue com o lançamento da mesma em sistema, e é finalizado com o envio da guia física e de sistema (através do envio via malote e por importação de arquivos eletrônicos) para a Operadora. Por fim, a glosa oficialmente ocorre após a realização de auditorias especializadas, podendo elas ser médicas, de enfermagem ou ainda administrativas.

O tema do presente trabalho é a Análise da Incidência de Glosas de uma Operadora de Planos de Saúde da Região Oeste de Santa Catarina. Esta pesquisa foi desenvolvida com o intuito de analisar as glosas ocorridas em contas médicas de uma Operadora, a fim de levantar as causas do problema que possuíam maior impacto financeiro e sugerir ações que levassem à diminuição do número de glosas existente.

Ao utilizar-se o termo contas médicas, torna-se importante discorrer que o mesmo trata-se de um termo genérico no meio de saúde, referindo-se às cobranças de consultórios médicos, mas também de laboratórios, hospitais e clínicas.

O número de glosas ocorridas em contas médicas depende fundamentalmente da qualidade no relacionamento entre Operadora e Prestadores de Serviço credenciados. A Operadora precisa oferecer treinamentos eficazes em relação ao sistema que irá disponibilizar e também orientação adequada quanto ao preenchimento de guias físicas; atividade que será executada por Prestadores de Serviço e seus encarregados. Estes devem ter cautela e conhecimento ao enviar as informações de cobrança à Operadora, uma vez que essas devem estar em conformidade com as regras estipuladas pela instituição de planos de saúde.

No desenvolvimento teórico será apresentado de forma breve o histórico da saúde no Brasil, bem como a descrição do sistema privado de saúde. Será abordada também, como geralmente costuma ocorrer a relação entre Operadora de Planos de Saúde e Prestadores de Serviço, o conceito de glosas, de auditoria e o histórico também desta última citada.

1.1 Justificativa

As glosas de procedimentos geram transtornos financeiros para as Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviço devido ao atraso nos pagamentos e repasse de verbas. Além dos prejuízos financeiros, ocorrem outros agravos, como o desgaste no relacionamento Operadora x Prestador de Serviço e trabalho duplicado para o Prestador, que necessita refazer e reenviar as guias de cobrança.

Tendo em vista a alta incidência de glosas em uma Operadora de Planos de Saúde da Região Oeste de Santa Catarina e a precariedade de análise dos motivos geradores destas, observou-se a necessidade da realização desta pesquisa para identificar, entre os vários motivos de glosas, quais os mais recorrentes e a partir das informações de tipo e número total de glosas por Prestador, traçar um perfil das glosas ocorridas nesta Operadora. Desta forma, será possível planejar ações que visem a diminuição de prejuízos financeiros às instituições de saúde.

1.2 Problema

Quais motivos de glosa são mais incidentes, quais prestadores de serviço recebem maior número de glosas na Operadora de Planos de Saúde da Região Oeste de Santa Catarina e qual o impacto financeiro dos motivos com maior incidência?

1.3 Objetivo Geral

Mapear as glosas ocorridas no período de setembro de 2012 a fevereiro de 2013 em contas médicas de uma Operadora de Planos de Saúde da Região Oeste de Santa Catarina.

1.4 Objetivos Específicos

- Quantificar o número de glosas ocorridas na Operadora analisada;

- Identificar os motivos que geraram glosas referentes às contas médicas da Operadora;
- Verificar o valor glosado por motivos no período analisado.
- Sugerir ações que levem à diminuição da taxa de glosas na Operadora estudada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será apresentado um breve histórico da saúde no Brasil, enfatizando a constituição do sistema privado e a relação direta das Operadoras de Planos de Saúde com seus Prestadores de Serviço credenciados.

2.1 Breve Histórico da Saúde no Brasil

O atual sistema de saúde brasileiro é fruto do embate de diversos atores sociais, dotados de valores políticos e ideológicos opostos. No decorrer das últimas décadas do século XX, estes atores travaram disputas no campo teórico e político-institucional a fim de constituir um sistema de saúde que mais se aproximasse dos seus interesses. As linhas diretivas que fundamentavam tal disputa estavam dispostas nas ideias de dois projetos que se confrontavam: o projeto da reforma sanitária brasileira e o projeto neoliberal. (JÚNIOR, 2005)

Desde a época do império ao início da colonização (1500-1889), ainda não se pensava em um modelo de atenção à saúde. Os recursos eram limitados e os conhecimentos à cerca destes cuidados eram repassados de forma empírica. Não existia interesse por parte do governo colonizador (Portugal) para a aplicação de uma reforma sanitária com foco na atenção de auxílio ao doente.

Com a vinda da família real, criou-se a necessidade de uma reforma sanitária básica que desse o suporte necessário à cidade do Rio de Janeiro – na época capital do Império.

Em meados de 1850, as atividades de saúde pública encontravam-se limitadas à delegação das atribuições sanitárias, às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos e por quase um século se manteve esse controle sanitário mínimo que não gerava o suporte necessário para a capital.

A organização política da época se caracterizava como um regime de governo utilitário e centralizador, incapaz de executar as determinações dos comandos centrais.

Apesar da alta mortalidade, não existiam hospitais públicos, apenas entidades filantrópicas, mantidas por contribuições e auxílios governamentais. Para as pessoas com melhores condições financeiras existia a assistência médica familiar (IYDA, 1994). O hospital que havia até então contava apenas com trabalho voluntário, sendo um depósito de doentes que eram isolados da sociedade com o objetivo de não "contagiá-la". (SCLIAR, 1987)

O início do século XX é caracterizado pelo acometimento de doenças graves como malária, febre amarela e varíola, em consequência do estado caótico que se encontrava o quadro sanitário da cidade do Rio de Janeiro.

Neste período, a sociedade brasileira era dominada por uma economia agro-exportadora, movida pela monocultura cafeeira e exigia do sistema de saúde uma política de saneamento que resultasse na erradicação e controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação.

Com a economia caracterizada e assentada na monocultura do café e com o acúmulo de capital ocasionado pelo comércio exterior, iniciou-se o processo de industrialização no Brasil. Este resultou em uma urbanização crescente e foi acompanhado da utilização de imigrantes advindos da Europa, visto que o setor era muito desenvolvido naquele continente (POLIGNANO, 2006).

Os trabalhadores não possuíam garantias trabalhistas como jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria, muito menos férias. Porém os imigrantes, principalmente os italianos, que acompanharam o movimento operário na Europa e os direitos trabalhistas que lá conquistaram, se mobilizaram e organizaram a luta pelos direitos dos operários.

A partir de 1950 com a reeleição de Vargas, após a Segunda guerra mundial, a área da saúde reflete na construção de um modelo semelhante aos padrões americanos, onde se possui uma atenção maior a construção de grandes hospitais e equipamentos, desamparando a rede básica de atendimento, que seriam os postos de saúde, consultórios e ambulatórios, cujos custos são consideravelmente menores.

Em 1966 o governo unificou todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) num sistema único, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), passando a concentrar

todas as contribuições previdenciárias, incluindo a dos trabalhadores do comércio, da indústria e dos serviços. Foi o INPS que geriu todas as aposentadorias, pensões e assistências médicas dos trabalhadores do país. Com esta unificação, a arrecadação da previdência aumentou tanto que passou a ser quase igual à do orçamento nacional, mas seu perfil é assistencialista e não teve nenhum controle das classes assalariadas (COHN & ELIAS, 1996).

Em 1968 o governo anunciou linhas de financiamento à fundos perdidos para a construção de hospitais particulares, aumentando o número de leitos e atendendo os trabalhadores inscritos na Previdência Social. Neste mesmo período, o governo aumentou o atendimento para trabalhadores rurais através do FUNRURAL (fundo dos trabalhadores rurais), mas que poucos anos mais tarde acabou extinto, permanecendo apenas a sigla (COHN & ELIAS, 1996).

Na década de 70, a Previdência Social teve sua maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e no volume de recursos arrecadados e também o maior orçamento da história, utilizado sem controle pelo governo militar, financiando hospitais particulares, obras faraônicas e permitindo fraudes, porque não havia fiscalização dos serviços médicos executados pela rede privada. Em contrapartida, os diversos serviços de Saúde Pública são obrigados a fechar ou a trabalhar com um mínimo de recursos (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 1992).

Em 1977, num movimento burocrático de unificação da Previdência (INPS), da administração financeira (IAPAS) e da assistência médica (INAMPS) em um único órgão, o governo revelou sua crise no setor da saúde. A criação de todos esses órgãos dificultou ainda mais o controle do orçamento da Previdência, favorecendo o desvio de verbas e a corrupção, já que era praticamente inexistente a fiscalização (BRAGA, 1981).

Na década de 80 surgiram vários projetos que pretendiam estender a cobertura dos serviços de saúde para toda a população, com ênfase na saúde pública. Em todos eles, havia uma ideia de integração da Saúde Pública com a assistência médica individual, e por isso foram combatidos pelos grupos médicos privados e pela própria burocracia do INAMPS, uma vez que esses últimos anos foram também de crescimento para as

indústrias médicas, medicina de grupo e o seu interesse não era o de um sistema público de saúde que funcionasse e sim o de uma assistência médica privatizada onde ela pudesse agir sem maiores escrúpulos (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 1992).

O SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), aprovado em 1987, foi o antecessor dos SUS (Sistema Único de Saúde). O SUDS surgiu sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde. Entretanto estes convênios passaram a ser um forte instrumento político, pelo qual o governo começa a reagir ao assinar o convênio com determinados municípios pelos mais variados motivos políticos (COHN & ELIAS, 1996).

A principal vitória da reforma sanitária brasileira foi a criação do SUS, que tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e o controle social, através das Lei 8080/90 e Lei 8142/90 (BRASIL, 1998).

No entanto, apesar do SUS em sua constituição legal apresentar princípios e diretrizes de garantia da saúde como direito de cidadania, contraditoriamente a sua implementação ficou sob responsabilidade do governo de orientação neoliberal. Desta forma, esse sistema é fruto de uma grande contradição, um projeto com requintes socialistas, legalmente constituído e com origem de implantação por um governo neoliberal. Tal situação levou à conformação de um sistema sem predominância absoluta de modelo (JÚNIOR, 2005).

A Carta Magna de 1988 garante a saúde como direito de todos e um dever do Estado, tendo os usuários acesso igualitário e universal às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. As instituições privadas têm sua participação de forma a complementar os serviços do SUS. Seus princípios básicos são a descentralização, com delegação de poderes para os níveis estatal e municipal, tendo o atendimento integral com maior enfoque para atividades preventivas (COHN & ELIAS, 1996).

2.1.1 Sistema Privado de Saúde no Brasil

O Sistema Privado de Saúde tem por origem a iniciativa estatal com a criação das caixas e assistência e congêneres estatais no ano de 1940, como exemplo a CASSI, no Banco do Brasil e dos grandes sistemas de previdência fechada destinados ao funcionalismo público e que proviam serviços de saúde, tais como o HSPE (Hospital dos Servidores Públicos no Rio de Janeiro) e o IAMSPE (Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual em S. Paulo 21). A primeira empresa privada tem sua criação no ano de 1957, em São Paulo, estado que até os dias atuais possui o maior número delas. A grande expansão do setor ocorre na década de 1980, acompanhando o desenvolvimento industrial e econômico do País e a consolidação do empresariamento da saúde se dá nos anos 1990 (BRASIL, 2002).

Segundo Polignano, (2006) “O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privativista durante quinze anos, tendo recebido neste período um grande volume de recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu, desenvolveu e “engordou”.

Segundo Constituição Federal (1988), esta estabelecido que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e possibilita suas instituições de participarem de forma suplementar ao SUS, porém impede o envolvimento de empresas ou capitais estrangeiros. A regulamentação do setor privado pelo Estado apenas ocorreu em 1998 com a criação da Lei 9656 que obriga a prover cobertura mínima de procedimentos nos planos a serem comercializados e dá outras providências para proteger os consumidores. (BAHIA, 1999)

Em 2000, com a criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) através da Lei 9961 a fundamentação na legislação para a regulação do setor se completa, tendo como principais finalidades estabelecer regras para defesa do interesse público na assistência suplementar em saúde, regular as ações das Operadoras de qualquer natureza e cooperar para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Apesar do relevante avanço apresentado pela regulação aplicada, é

importante ressaltar que ela permite o exclusivo tratamento da expectativa dos consumidores, portanto tem-se desconsiderado a existência do SUS, se contrapondo a tradição dos sistemas de bem estar social que inspiraram a seção saúde da Constituição. (BAHIA, 2006)

O Sistema Supletivo de Assistência Médica possui diversas modalidades de natureza distinta, descritas de certa forma como: com fins lucrativos e sem fins lucrativos. Dentre as principais com fins lucrativos, os planos de saúde, seguros saúde e planos odontológicos, já as sem fins lucrativos, a autogestão, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas e planos de entidades filantrópicas. (MEDICI, 1989)

Essas modalidades socializadas pela iniciativa privada têm função de fazer frente aos riscos em saúde, essencialmente se um usuário necessitar de assistência médica. Entende-se que sem estas, na maioria das situações, os indivíduos não teriam como arcar com suas despesas. O objetivo principal do SSAM portanto é o lucro, por mais que possua segmentos não lucrativos, esta divisão se encontra ainda formalizada, pois sabe-se que na realidade as relações concretas operacionais tratam de procedimentos típicos de um modelo lucrativo. (MEDICI, 1989)

O SSAM tem seu financiamento caracterizado através de dois modos: desembolso direto, ou seja, o pagamento realizado pelo próprio adquirente do plano, ou no abatimento do imposto devido, através de renúncia fiscal, no qual é integral para pessoa física e um montante de 95% para pessoa jurídica. Atualmente 25% da população do Brasil é coberta pelo SSAM (Sistema Supletivo de Assistência Médica), portanto devemos considerar como um suplemento ao SUS. (BAHIA, 2006)

Dentre as variações de planos comercializados, atualmente estão padronizados em dois tipos: individuais ou familiares, custeados por desembolso direto e atualmente são responsáveis por apenas 20% de todos os planos existentes no mercado e coletivos, cujo vínculo é estabelecido por empresas ou associações profissionais, este modelo representa 80% dos planos comercializados, são custeados integralmente pelas empresas ou coparticipação de algum percentual estabelecido ao uso dos empregados e os associativos no qual tem seu valor rateado entre os participantes.

“O modelo de gestão do SSAM é bastante diversificado, ele é definido a partir de premissas como o tipo de modalidade (medicina de grupo ou seguro saúde), o porte da Operadora (pequeno, médio e grande) e a abrangência territorial (local, regional ou nacional). No entanto, excluindo-se o seguro saúde (pelas peculiaridades do setor securitário), se pode identificar um núcleo comum na gestão das diferentes modalidades, integrado principalmente pela remuneração por tabelas de procedimentos padronizadas, a necessidade de autorização para procedimentos diagnósticos e terapêuticos e o pagamento por procedimento realizado ou pacotes destes. Disto, resulta um modelo de gestão que permite à Operadora, exercer enorme poder na fixação dos preços de seus produtos comercializados, prever e controlar seus gastos. Uma marca profunda da gestão do SSAM é a prevalência da lógica financeira na operação dos planos, ou seja, é o setor financeiro quem imprime a racionalidade para o funcionamento da Operadora.”(BAHIA, 2006)

A rede de abrangência do SSAM é definida por rede própria e rede credenciada ou contratada. A rede própria, geralmente é menor que a contratada e se caracteriza por ambulatorios e hospitais secundários. Entretanto a rede credenciada possui uma diversidade nos tipos de prestadores de serviço, os quais recebem pelos procedimentos mediante autorização ou consentimento da Operadora. Esta rede deve manter um grupo formado por ambulatorios, serviços de diagnóstico e terapêutica, hospitais de média e alta complexidade assistencial, os quais normalmente são de natureza filantrópica, se tornando hospitais reconhecidos nacionalmente, com tecnologias de ponta e responsabilidade social. Todavia, a maioria destes hospitais possuem apenas o título de filantropia, pois não presta serviços ao SUS e quando o fazem, não prestam os serviços da forma devida. (BAHIA, 2006)

Se amplia no século XX e continuamente até o dias atuais os sistemas privados de saúde, porém destinados apenas a uma parcela restrita da população, relativo as características sociais e financeiras, pois é direcionada apenas aos trabalhadores e classes sociais média e alta. Uma grande porção da sociedade ainda depende e convive com sistemas nacionais de saúde e na maior parte estão conformados com a relação publico/privado que até hoje existe.

2.1.2 Relação entre Operadora de Planos de Saúde e Prestadores de Serviço

As características do sistema de saúde brasileiro, estabelecidas pelas mudanças no cenário macroeconômico e social da saúde, certamente se constituem em um pano de fundo, onde Operadoras e Prestadores de Serviços de Saúde deverão travar, lado a lado e em conjunto, uma grande batalha. É muito provável que se esteja no limiar de enfrentamento dos grandes desafios: encontrar formas de relacionamento que garantam o foco na saúde e não na doença, a qualidade da assistência ditada pela prática da boa medicina, os custos compatíveis, a satisfação dos usuários e a lucratividade necessária ao desenvolvimento e crescimento do setor. (SILVA,2003)

2.2 AUDITORIA

2.2.1 Conceito de Auditoria

Segundo Motta et.al, (2009) “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.”

Em saúde, a auditoria se caracteriza como atividade da área médica, de enfermagem e administrativa que possui como finalidade analisar e controlar as contas, ou seja, as guias apresentadas pelos prestadores de serviço, corrigindo falhas ou perdas, a fim de redefinir os padrões técnicos e permitir o equilíbrio das finanças e da qualidade envolvida no processo desde o serviço prestado até o pagamento dos custos gerados.

Conforme Franco & Marra(2000), “A auditoria compreende o exame de documentos, registros e livros, inspeções e obtenção de informações internas e externas relacionadas com o patrimônio, objetivando mensurar a exatidão desses registros e das Demonstrações Contábeis deles decorrentes. Os exames são efetuados de acordo com as normas de auditoria usualmente aceitas para obter elementos de convicção, com o objetivo de comprovar se os registros contábeis foram executados de acordo

com os Princípios de Contabilidade Geralmente Aceitos” e se as Demonstrações Contábeis deles decorrentes refletem adequadamente a situação econômico-financeira do patrimônio, os resultados do período administrativo examinado.

O Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM Nº 1.973, de 14 de julho de 2011) não reconhece a Auditoria Médica como especialidade ou área de atuação, apesar das Resoluções e dos artigos do Código de Ética Médica dedicados a disciplinar esta atividade.

Com o relevante crescimento das empresas constituídas sob a forma de sociedade anônima e conseqüente aumento do mercado e capitais, a auditoria tem experimentado uma importante expansão nos meios econômicos, financeiros e dos negócios em geral, tendo em vista sua importância como elemento de investigação da exatidão dos atos e fatos contábeis.

2.2.2 História da Auditoria

A auditoria surgiu já na antiguidade, conforme Boynton et.al (1995):

“A auditoria começa em época tão remota quanto à contabilidade. Sempre que o avanço da civilização tinha implicado que a propriedade de um homem fosse confiada, em maior ou menor extensão, a outra, a desejabilidade da necessidade de verificação da fidelidade do último, tornou-se clara”.

A prática de auditoria, originária da contabilidade entre os séculos XV e XVI na Itália, foi introduzida na área da saúde no século XX como ferramenta de verificação da qualidade da assistência, por intermédio da análise de registros em prontuários e que era realizada historicamente por médicos. No Brasil, a auditoria clínica surgiu de modo incipiente na década de setenta do século passado e era conduzida por médicos e enfermeiros (Pinto & Melo, 2010).

A atividade de auditoria, principalmente no setor contábil, é antiga. O termo auditor tem origem na expressão latina *auditor*, que significa "que ou aquele que ouve". No entanto, o termo auditoria foi usado pelos ingleses para designar a tecnologia contábil da revisão (*auditing*), com o propósito de fazer balanço, tendo sido, posteriormente, introduzida em outras áreas, como instrumento de gestão (Santos e Barcellos, 2009).

Uma das ferramentas de qualidade mais eficientes para monitorar um sistema de gestão é a auditoria, pois, quando bem aplicada, diagnostica não conformidades no serviço avaliado, sendo executada por profissionais capacitados que apresentam, além do conhecimento técnico-científico, atributos pessoais como imparcialidade, prudência e diplomacia, por meio de pareceres embasados por leis, portarias e resoluções (Noronha e Salles, 2004).

2.2.3 Auditoria em contas médicas

Pelo termo contas médicas, podemos considerar como sendo qualquer cobrança realizada por prestadores de serviço, sejam eles, laboratórios, clínicas, consultórios particulares ou hospitais. A auditoria destas contas, é adotada como ferramenta de controle e regulação da utilização dos serviços de saúde e, especialmente na área privada, tem dirigido o seu foco para o controle dos custos da assistência prestada.

Dentre as auditorias que fazem parte de uma Operadora de Planos de Saúde, atualmente existe a auditoria concorrente, esta é realizada diretamente nos estabelecimentos dos prestadores de serviço, ou seja, a Operadora disponibiliza um auditor próprio para atuar, geralmente, dentro de hospitais e é uma função estabelecida como mais difícil e delicada, por isso tem sido relegada a um segundo plano. Poucos a fazem com equilíbrio, empenho e seriedade, normalmente enfermeiros se dedicam à esta atividade representando as Operadoras de Planos de Saúde e poucos hospitais fazem uso de auditores internos, quando os possuem, no acompanhamento de internações ou procedimentos. Em geral, todo o processo de auditoria é realizado pós serviço prestado: é feita diretamente a análise documental, mediante os procedimentos, materiais, medicamentos, taxas e OPMES apresentados na conta.

2.2.4 Auditorias médica e de enfermagem

As auditorias médica e de enfermagem possuem a função de orientação, pacificação, economicidade e eficiência, porém, considerando sempre o respeito ao que foi estabelecido em contrato entre as partes envolvidas, ou seja: Usuário x Plano de Saúde x Prestadores de Serviços. Estas auditorias, também possuem a função de mantenedoras do equilíbrio no sistema, garantindo acima de tudo, o direito à saúde aos envolvidos, garantindo a qualidade dos serviços prestados.

2.2.5 Auditoria Interna e Externa

Define-se como auditoria externa, aquela a qual não possui seus auditores na situação de ligação direta à estrutura organizacional da empresa detentora do produto ou serviço comercializado auditado. Attie (1992, p. 37) classifica como “primordial” a independência na realização dos trabalhos de auditoria.

Já por auditoria interna, costuma-se ser empregada a característica de ligação direta entre o auditor e a estrutura organizacional detentora do produto ou serviço comercializado a ser auditado. Porém, é fundamental salientar que a independência do auditor, neste caso, é mais restrita do que na auditoria externa.

2.2.6 Auditoria Operacional Interna

A Auditoria Operacional Interna, em Operadoras de Planos de Saúde, é aquela a qual revisa os processos internos da organização. Neste caso, busca-se averiguar se as condições de operações internas estão adequadas às regras pré-estabelecidas para o pagamento dos itens de contas médicas.

Cada vez com maior frequência, tem sido a necessidade de implantação de uma Auditoria Operacional Interna que identifique possibilidades de melhoria no controle das contas recebidas, visto que a auditoria preventiva, à longo prazo, muito mais tem à contribuir em termos financeiros, do que a auditoria

corretiva onde o trabalho de análise tende sempre à ser muito intenso e desgastante.

2.3 GLOSAS

2.3.1 Descrição de glosas

Glosa, em serviços de saúde, significa cancelamento ou recusa, parcial ou total, de itens de uma cobrança realizada. Glosa, portanto, no ambiente privado é a recusa parcial ou total de uma fatura que é realizada pelas Operadora de Planos de Saúde, ao considerar sua cobrança indevida, devido à não conformidades com regras pré-definidas ou omissão de informações nas fichas de atendimento ou pedidos de pagamento. Porém, as Operadoras têm estreitado cada vez mais as exigências para o encaminhamento destas faturas, com imposições um tanto severas, por vezes, com o intuito de se esquivar do pagamento do profissional que efetivamente prestou o serviço, o que resulta em lucro para a organização.

Segundo RODRIGUES et al., (2004)
“Glosa significa cancelamento ou recusa, parcial ou total, de orçamento, conta, verba por serem considerados ilegais ou indevidos, ou seja, refere-se aos itens que o auditor da operadora (plano de saúde) não considera cabível para pagamento. 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 (instituição hospitalar), ou ainda, falha no momento da análise da conta do prestador. As glosas técnicas estão vinculadas à apresentação dos valores de serviços e medicamentos utilizados e não aos procedimentos”.

As glosas ou correções são aplicadas quando qualquer situação gerar dúvidas em relação às regras e práticas adotadas pela instituição de saúde. Quando elas ocorrem, observa-se conflito na relação entre a Operadora de planos de saúde e os prestador de serviços. Quando as instituições de cuidado de saúde têm os valores dos serviços prestados glosados pelas operadoras de

planos de saúde, elas podem lançar mão de recursos, denominados recursos de glosas, a fim de recuperar suas perdas econômicas (RODRIGUES et al., 2004).

3 METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de uma pesquisa quantitativa exploratória, utilizando-se o levantamento de dados como procedimento metodológico. A partir da metodologia apresentada, esta pesquisa se propõe a compreender quais as dificuldades existentes relacionadas às glosas no setor privado de saúde e como os princípios e ferramentas de auditoria contribuíram para os resultados da organização, bem como, para o relacionamento entre Prestadores de Serviço e a Operadora de Planos de Saúde estudada. Essa investigação se concentra na análise de motivos geradores de glosas, bem como quais foram as contribuições proporcionadas para a gestão eficaz das contas médicas.

3.1 Tipo de Estudo: Pesquisa Quantitativa Exploratória

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

A pesquisa quantitativa possui caráter objetivo, e neste caso, coletou, quantificou e tratou os dados obtidos, apresentando os resultados através de tabelas e gráficos.

O estudo exploratório têm como finalidade o desenvolvimento de idéias e o esclarecimento destas, permitindo a modificação de conceitos tradicionalmente estabelecidos, com vista na elaboração de hipóteses pesquisáveis em estudos posteriores. (GIL, 1992)

A pesquisa quantitativa normalmente se mostra apropriada quando existe a possibilidade de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma população. Esse tipo de pesquisa usa medidas numéricas para testar estudos científicos e hipóteses, ou busca padrões numéricos relacionados a conceitos cotidianos. (Dias, 1999)

3.2 Caracterização do Ambiente Estudado

A Operadora de Planos de Saúde da Região Oeste de Santa Catarina escolhida para a realização deste trabalho, foi criada em 1992, funcionando em sua origem como uma seccional de uma Federação de Planos de Saúde de grande porte conhecida no mercado. Devido ao grande potencial, a Operadora passou de filial para uma singular independente no sistema. Originalmente, a seccional iniciou com o gerenciamento de 46 cooperados, hoje possuindo mais de 100 e mais de 20 mil clientes, além de ampla estrutura de atendimento e uma filial, incorporada no ano de 2000.

A Operadora estudada é uma cooperativa de trabalho médico, cuja atividade fim é a gestão de planos de saúde, com o objetivo primordial de oferecer assistência médica de alto padrão, dentro do regime de livre escolha, onde o cliente escolhe o profissional dentre aqueles que são credenciados à Instituição.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril, maio e junho de 2013 durante o estágio curricular do curso de graduação em Gestão Hospitalar e o desenvolvimento e armazenamento das informações coletadas ocorreu por meio de planilhas de EXCEL. Os dados coletados foram: O total de motivos de glosas incidentes durante o período de seis meses na Operadora estudada; estes referindo-se à quatro categorias de prestadores de serviço: médicos (com consultório próprio ou adquirintes de cotas em hospitais e clínicas), laboratórios, clínicas e hospitais, ao todo, sendo elencados doze motivos de glosas.

3.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios definidos para a inclusão dos prestadores de serviço nesta análise de glosas foram a inclusão contratual anterior ao mês de março de 2013 e a ausência de exclusão contratual anterior ao mês de setembro de 2012; uma vez que a pesquisa foi realizada no período de setembro de 2012 à fevereiro de 2013.

Visando preservar a identidade dos prestadores de serviço credenciados à Operadora, os hospitais foram nomeados por Hx (H1; H2; H3;...), as clínicas por Cx (C1; C2; C3;...), os laboratórios por Lx (L1; L2; L3;...) e os consultórios médicos de Mx (M1; M2; M3;...).

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, visando a identificação, registro e estudo dos fatores e variáveis influenciadores no processo de glosa. Segundo Antonio Carlos Gil (1989), “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou ainda o estabelecimento de relações entre as variáveis, sendo uma de suas características mais significativas a utilização de técnicas padronizadas para a coleta de dados. As pesquisas descritivas são aquelas realizadas por pesquisadores preocupados com a atuação prática.”

4 Resultados e Análise dos Dados

Neste tópico será apresentada a análise dos resultados obtidos a partir da pesquisa realizada. Participaram desta análise, as quatro categorias de prestadores de serviço credenciados à Operadora: médicos, clínicas, hospitais e laboratórios. Esta análise foi alicerçada através da construção de gráficos e tabelas contendo números absolutos, porcentagem e valores de cada motivo de glosa.

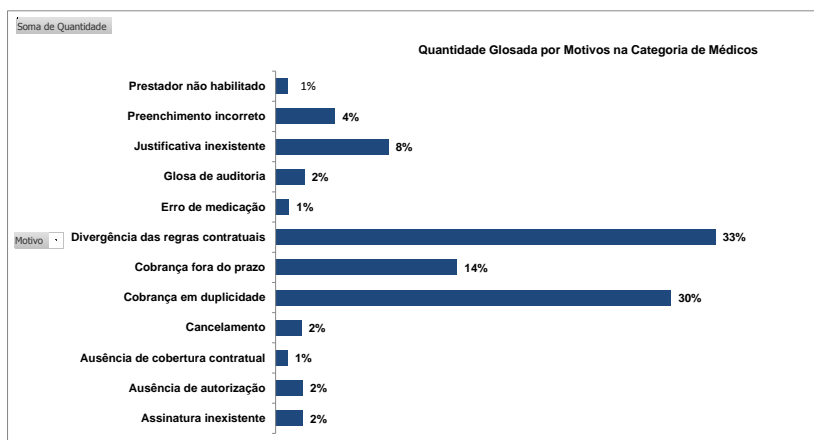


Gráfico 7 – Quantidade de Glosas por Motivo na Categoria de Médicos.
Fonte: Primária, 2013.

A partir da base de dados analisada, concluiu-se que os motivos com maior incidência de glosas na categoria de médicos, foram os de divergência das regras contratuais estabelecidas e Cobranças em duplicidade.

Como divergência das regras contratuais, podemos citar a cobrança de materiais já inclusos em pacotes acordados e cobrados e guias enviadas com divergência do padrão TISS (Troca de Informações de Saúde Suplementar) estabelecido.

Inferimos a partir disto, que, existem dificuldades na interpretação de informações relativas ao sistema utilizado pelos prestadores de serviço e/ou treinamentos insuficientes para o uso do mesmo, bem como, desconhecimento parcial por parte dos prestadores de regras utilizadas pela Operadora para realizar o pagamento dos atendimentos realizados.

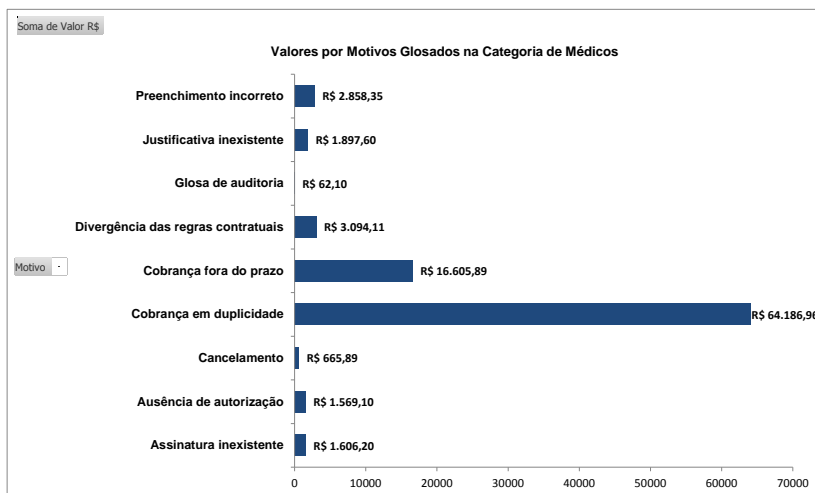


Gráfico 8 – Valores Glosados por Motivos na Categoria de Médicos. Fonte: Primária, 2013.

Não proporcional aos motivos com maior incidência de glosa, são os valores gerados pelas glosas nesta categoria. Apesar de o motivo Divergência de Regras Contratuais ser o segundo motivo mais glosado, este não representa o segundo motivo com maior impacto financeiro, uma vez que os motivos que mais impactaram a Operadora são os de Cobranças em Duplicidade e Cobranças Fora do Prazo de apresentação de contas.

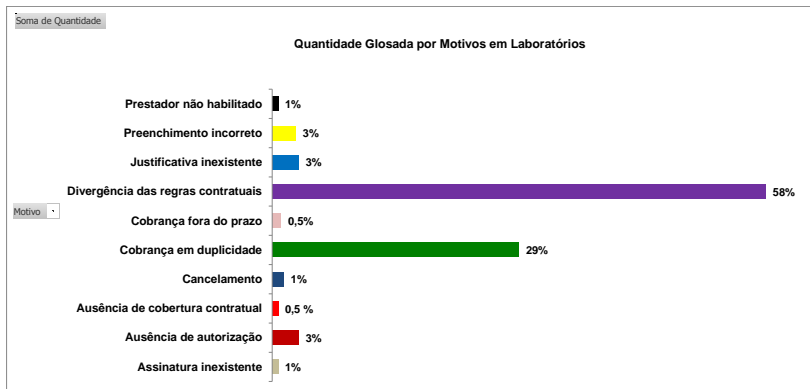


Gráfico 9 – Quantidade por Motivos Glosados na Categoria de Laboratórios. Fonte: Primária, 2013.

Do total de 287 glosas ocorridas na categoria de laboratórios, 249 delas originaram-se de cobranças em duplicidade e com divergência das regras contratuais, segundo as parametrizações cadastradas no sistema da Operadora.

Percebe-se que na categoria de laboratórios também são encontradas dificuldades de interpretação de informações relativas ao sistema utilizado pelos Prestadores de Serviço e/ou treinamentos insuficientes para o uso do mesmo, bem como, desconhecimento por parte dos Prestadores, de regras utilizadas pela Operadora para realizar o pagamento dos atendimentos.

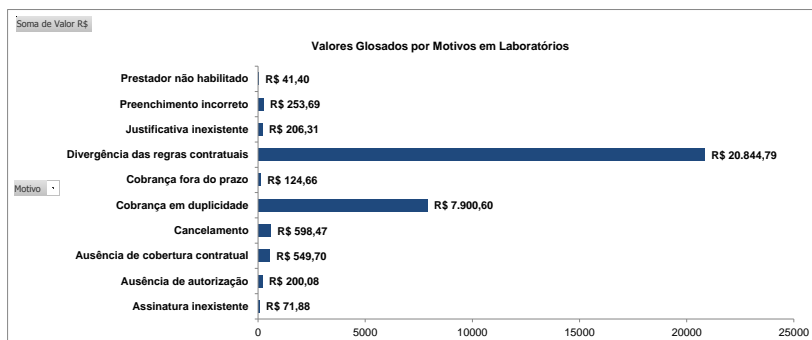


Gráfico 10 – Valores Glosados por Motivos na Categoria de Laboratórios. Fonte: Primária, 2013.

Diretamente proporcional aos motivos com maior incidência de glosa, são os valores apresentados por estes nesta categoria também. Cobranças em Duplicidade e Divergência das Regras Contratuais representam cerca de 93 % do total do valor glosado nesta categoria.

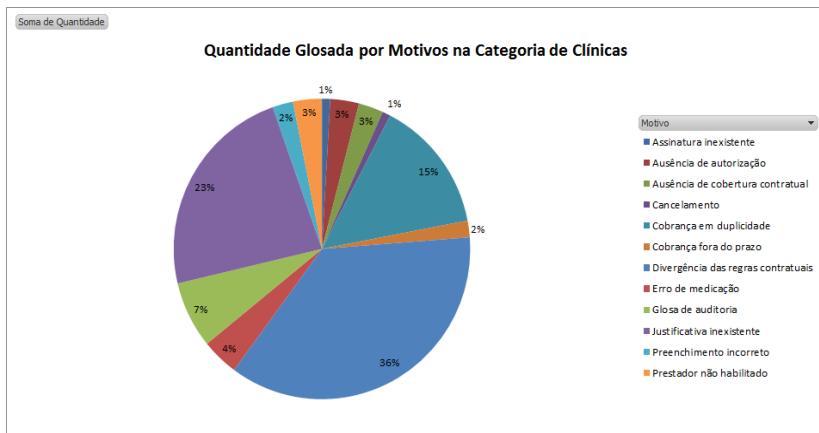


Gráfico 11 – Quantidade Glosada por Motivo na Categoria de Clínica.
Fonte: Primária, 2013.

Na categoria de clínicas, os motivos mais glosados foram os de justificativa inexistente e divergência das regras contratuais. Em mais uma categoria, o conhecimento acerca do método de avaliação utilizado no pagamento dos atendimentos pela Operadora, mostrou-se insuficiente por parte dos Prestadores de Serviço.

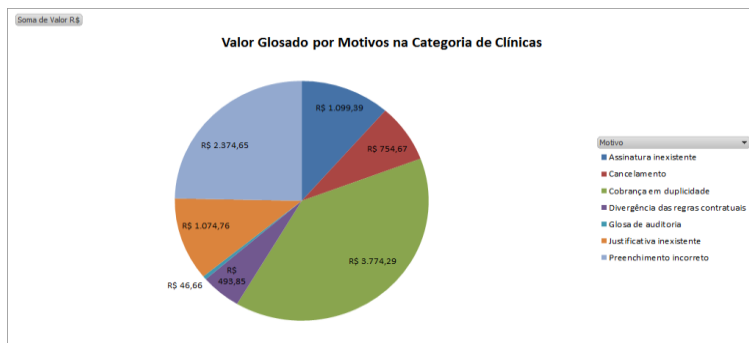


Gráfico 12 – Valor Glosado por Motivos na Categoria de Clínicas.
Fonte: Primária, 2013.

Cobranças em Duplicidade e Preenchimento Incorreto de guias físicas e de sistema constituíram os motivos de glosa com maior impacto financeiro na categoria de clínicas. Esta realidade reflete a baixa qualidade no relacionamento entre Operadora e Prestadores de Serviço que não estão conseguindo executar suas funções de acordo com as exigências da Operadora de Planos de Saúde estudada.

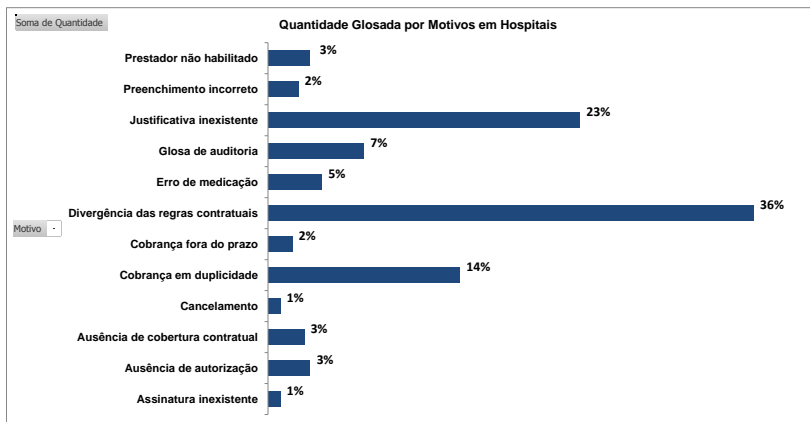


Gráfico 7 – Quantidade Glosada por Motivos na Categoria de Hospitais.
Fonte: Primária, 2013.

A partir da análise da categoria de hospitais, foi possível identificar que os motivos Divergência das Regras Contratuais e Justificativa Inexistente foram os mais glosados no período analisado.

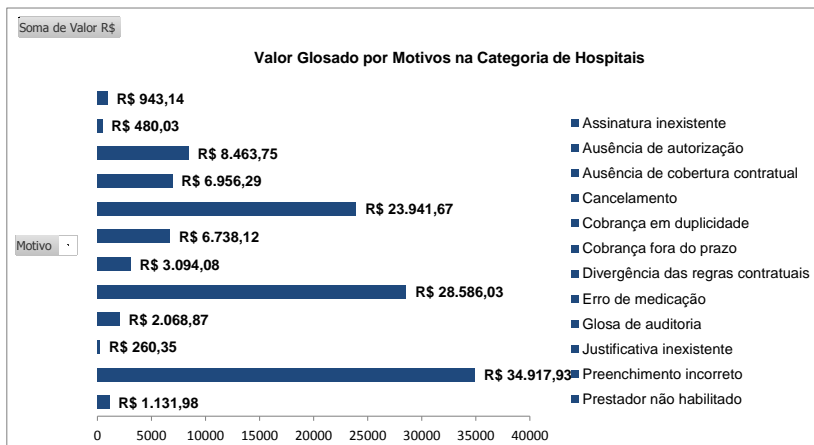


Gráfico 8 – Valores Glosados por Motivos na Categoria de Hospitais. Fonte: Primária, 2013.

Na categoria de hospitais, os motivos com maior quantidade absoluta glosada, não representam o maior impacto financeiro para a Operadora. Neste caso, os erros com maior impacto no processo são os relacionados à ausência de autorização para a realização dos exames/procedimentos e cobranças em duplicidade de contas.

É possível depreender, a partir dessas conclusões, que ambos os motivos tem de ser analisados mais à fundo e trabalhados para a melhoria na relação Prestador x Operadora. Porém, os motivos com maior impacto financeiro devem receber prioridade no desenvolvimento de ações de melhoria.

Ocorrências por Motivos de Glosas

Motivo	Nº de ocorrências
Cobrança indevida	293
Cobrança em duplicidade	259
Prazo	119
Sem justificativa	57
Preenchimento incorreto	39
Assinatura	19
Sem autorização	18
Cancelamento	15
Cadastro	12
Incompatível com o procedimento	12
Erro de auditoria	9
Erro de medicação	9
Sem cobertura	8
Prestador não habilitado	7
Sistema	2
Total geral	878

Tabela 3 – Ocorrências por Motivos de Glosas.
Fonte: Primária.

Através da análise realizada, foi possível identificar que mais de 80 % das glosas ocorridas na Operadora no período de setembro de 2012 à fevereiro de 2013, deveram-se à cobranças com divergência das regras contratuais por parte dos prestadores, bem como cobranças em duplicidade; contas fora do prazo de apresentação estabelecido em contrato firmado entre as partes e à ausência de justificativa para cobranças divergentes do padrão estabelecido.

Podemos inferir que os quatro motivos identificados como sendo os mais glosados, são dependentes da qualidade do relacionamento entre Operadora e prestadores de serviço, uma vez que os treinamentos e a comunicação estabelecidos no processo possuem a capacidade de alterar significativamente o número destes dados.

De acordo ainda com o Ministério da Saúde (2005), “a glosa só deve ser sugerida quando não ficar comprovada a realização total ou parcial do serviço ou não for possível comprovar a entrega e/ou recebimento do bem ou material, do medicamento ou de outras aquisições.”

Impacto em Valor por Motivo Glosado

Motivo	Valor R\$
Cobrança em duplicidade	104.447,88
Sem autorização	36.687,11
Cobrança indevida	30.329,29
Erro de medicação	23.941,67
Prazo	19.824,63
Sem justificativa	7.748,70
Erro de auditoria	6.760,82
Preenchimento incorreto	5.966,72
Cancelamento	4.064,90
Cadastro	3.938,98
Assinatura	3.909,45
Incompatível com o procedimento	1.590,85
Sem cobertura	810,05
Prestador não habilitado	473,54
Sistema	23,00
Total geral	250.517,59

Tabela 4 – Impacto em Valor por Motivo Glosado
Fonte: Primária, 2013.

Também foi possível verificar que, dentre os R\$ 250.517,59 glosados no período R\$ 215.224,00 tiveram como causa a Duplicidade de Cobrança, a Ausência de Autorização para os itens cobrados, Cobranças Indevidas (divergentes das parametrizações implementadas no sistema da Operadora), erro em códigos de medicações cobradas, seguido pelo descumprimento de prazos contratuais previamente estabelecidos.

Diretamente proporcional à maior incidência do motivo Duplicidade de Cobrança, é o valor glosado que ocupa o 1º lugar no ranking de motivos analisados.

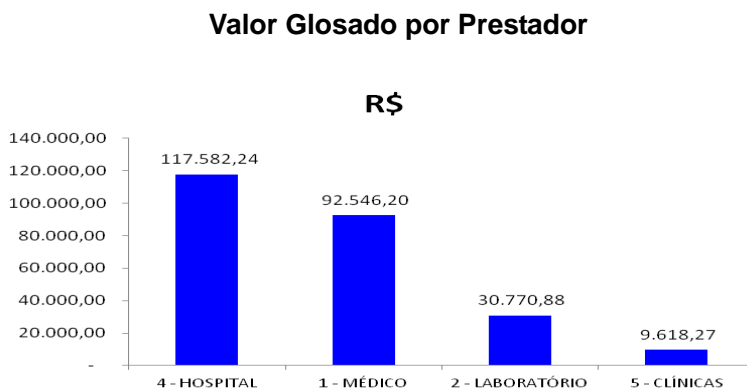


Gráfico 9 – Valor Glosado por Prestador. Fonte: Primária, 2013.

Considerando-se o valor total glosado, percebe-se que, mais de duzentos mil reais glosados concentram-se nas categorias de hospitais e consultórios médicos.

É aceitável que em um aspecto geral, os maiores valores totais glosados concentrem-se na categoria de hospitais e médicos, visto que os hospitais são os prestadores de serviço com maior porte por unidade credenciada, possuindo uma demanda grande de atendimentos, o que resulta em um maior valor pago e em uma probabilidade também de maior valor glosado, comparativamente às demais categorias. A categoria de médicos constitui-se dentre as quatro categorias analisadas, a com maior número de cooperados credenciados, ultrapassando

90 prestadores de serviço, que somados, resultam em uma potencial probabilidade maior de glosas para a categoria.

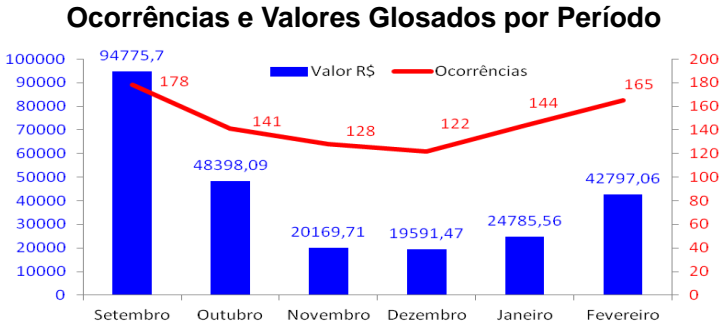


Gráfico 10 – Ocorrências e Valores Glosados por Período.
Fonte: Primária, 2013.

Dentre os seis meses analisados, podemos depreender que há diminuição de glosas nos meses finais e iniciais do ano.

Esta redução deve-se à diminuição do valor total processado de contas médicas, que tende à ser menor nestes meses, uma vez que considerável parte dos prestadores de serviço (principalmente executantes de procedimentos eletivos) e beneficiários dos planos de saúde comercializados pela Operadora encontram-se de férias e a população da região oeste catarinense, estatisticamente, tende à migrar para o litoral catarinense.

Valores e Ocorrências em Clínicas (R\$)

Clínica	Ocorrências	Valor R\$
C12	23	5.206,77
C13	5	545,28
C6	5	342,95
C8	5	508,65
C3	4	367,77
C10	3	988,66
C9	3	301,87
C1	3	133,39
C14	2	408,00
C15	1	73,60
C2	1	115,00
C4	1	103,50
C5	1	115,00
C7	1	334,23
C11	1	73,60

Tabela 3 – Valores e Ocorrências em Clínicas. Fonte: Primária, 2013.

Dentre as 15 clínicas mais glosadas no período, as que apresentaram glosas com maior impacto financeiro para a instituição foram a clínica C12, seguida pela clínica C10 e C13.

Podemos depreender ainda, que, não diretamente proporcional ao número de glosas (com relação às clínicas C10 e C13) foi o valor glosado pela clínica C12 e que devido à estas glosas com maior impacto financeiro, torna-se necessária uma análise melhor aprofundada sobre o caso da mesma, na Operadora. Entre os possíveis motivos podem estar erro no sistema, maior demanda desta clínica em relação as outras clínicas e/ ou alta rotatividade de funcionários, entre outros.

Número de Ocorrências de Glosas em Hospitais

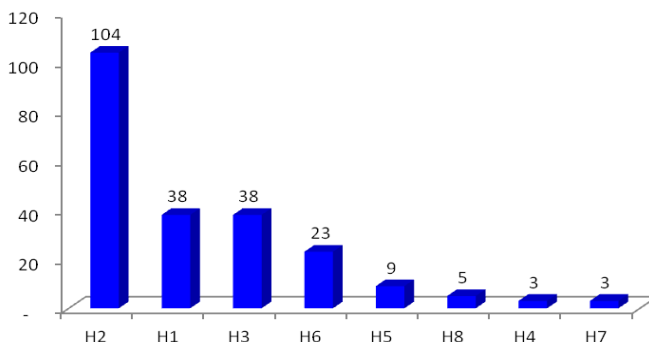


Gráfico 11 – Número de Ocorrências de Glosas em Hospitais.
Fonte: Primária, 2013.

A partir da análise da categoria de hospitais, tornou-se evidente a concentração de mais de 90% do total de glosas da categoria, em três hospitais, dos sete credenciados na Operadora. Das 223 glosas ocorridas nesta categoria, 104 ocorreram em apenas um hospital, que possui neste caso, disparadamente, o maior impacto financeiro da categoria, conforme tabela seguinte.

Valores das Ocorrências em Hospitais (R\$)

Hospital	Ocorrências	VALOR R\$
H2	104	100.792,63
H1	38	6.869,14
H3	38	6.058,39
H6	23	1.262,49
H5	9	1.212,02
H8	5	188,54
H4	3	100,00
H7	3	1.099,03
Total geral	223	117.582,24

Tabela 4 – Valores das Ocorrências em Hospitais (R\$). Fonte: Primária, 2013.

Diretamente proporcional ao maior número de glosas apresentado nestes três hospitais citados anteriormente, é o valor glosado apresentado. Os hospitais H2, H1 e H3 representam mais de noventa e cinco por cento das glosas da categoria, enquanto o hospital H2, representa mais de quarenta por cento do total glosado, somando-se todas as categorias analisadas.

Percebe-se a necessidade de maior investigação junto ao prestador H2 para a identificação dos reais motivos, em sua origem, para a apresentação deste alto número e valor de glosas. Algumas inferências podem ser feitas, tais como: despreparo do corpo administrativo e médico no preenchimento dos documentos ou deficiências no sistema do hospital ou da Operadora. No entanto, apenas um estudo mais aprofundado da instituição é que poderá elucidar este fato.

Número de Ocorrências em Laboratórios

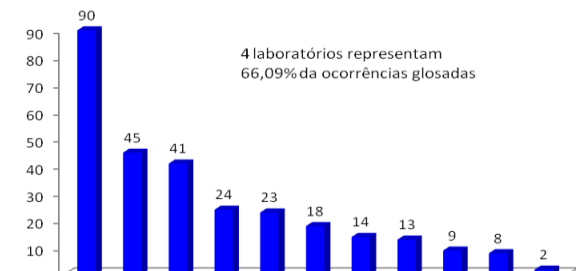


Gráfico 12 – Número de Ocorrências em Laboratórios. Fonte: Primária, 2013

A partir dos resultados oriundos da análise da categoria de laboratórios, concluiu-se que mais de 66% das glosas realizadas estão presentes em quatro laboratórios, sendo que mais de 30% destas, ocorreram em apenas um laboratório.

Desta forma, sugere-se também que seja realizado um estudo mais detalhado à cerca das deficiências causadoras destas glosas.

Número de Ocorrências na Categoria de Médicos

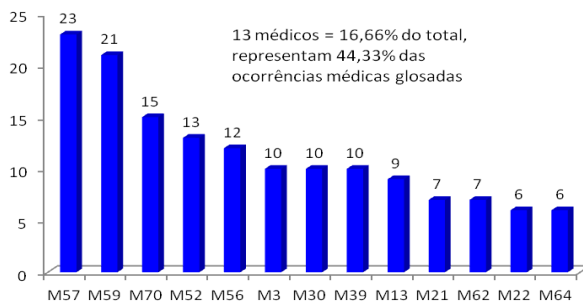


Gráfico 13 – Número de Ocorrências na Categoria de Médicos. Fonte: Primária, 2013.

Das 309 glosas ocorridas na categoria de médicos, dentre os 78 médicos que receberam glosas, mais de cem delas concentraram-se em apenas treze médicos da categoria. Devido à uma maior quantidade de Prestadores de serviço nesta categoria, a probabilidade da ocorrência de glosas é maior.

Valor das Ocorrências dos Treze Primeiros Médicos Ranqueados (R\$)

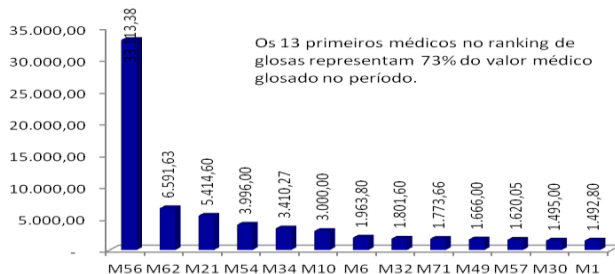


Gráfico 14 – Valor das Ocorrências dos Treze Primeiros Médicos Ranqueados (R\$) Fonte: Primária, 2013.

Considerando o maior impacto financeiro, dos treze primeiros médicos do ranking de maiores valores glosados, M56 e M62 somados apresentaram valores superiores à quarenta por cento do total glosado na categoria, o que indica a grande necessidade de um estudo detalhado à cerca dos motivos originários destas glosas.

Relação Tempo de Serviço VS Ocorrência de Glosas

Período	Nº Ocorrências	Nº Prestadores	% Ocorrências	% Prestadores	Proporcional Ocorrência x Prestador	Eficiência %
< de 1 ano	62	14	7%	12%	103	40,0%
De 1 a 5 anos	181	24	21%	20%	177	-2,2%
De 6 a 10 anos	260	28	30%	24%	207	-25,9%
> de 10 anos	375	53	43%	45%	391	4,1%
TOTAL	878	119	100%	100%	878	0,0%

Tabela 5 – Relação Tempo de Serviço VS Ocorrência de Glosas. Fonte: Primária, 2013.

Medindo a eficiência apresentada pelo grupo de Prestadores de Serviço credenciados à Operadora ao longo de seu tempo de contrato com a mesma, podemos depreender que, os Prestadores pertencentes ao grupo de contratos com tempo inferior à um ano, obtiveram 40 % mais eficiência com relação à média de glosas apresentada por cada Prestador. Já os Prestadores credenciados com tempo de contrato estabelecido

entre seis à dez anos, apresentaram o pior resultado da análise, alcançando eficiência de – 25,9 %.

É possível concluir que os Prestadores de Serviço mais recentes (com tempo de contrato inferior à um ano) e mais antigos (com tempo de contrato superior à dez anos) apresentaram, respectivamente, a melhor eficiência dentre as faixas temporais analisadas. Inferimos que, ao início do credenciamento na realização dos serviços e após dado período do recebimento de um número elevado de glosas, os Prestadores de Serviço tendem à estar mais atentos às regras de pagamento estipuladas pela Operadora. No início de seus contratos é provável que um acompanhamento e treinamento adequado lhes seja oferecido, o que justifica o bom desempenho verificado. E após dez anos, os Prestadores de Serviço encontram-se melhor adaptados à filosofia de pagamento da Operadora e buscam sempre averiguar as situações mais atuais de regras estabelecidas. Porém, se faz necessária uma análise mais aprofundada, a fim de elucidar os fatos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dias atuais, a auditoria em contas médicas tornou-se fundamental para a saúde financeira das Operadoras de Planos de Saúde. Baseando-se por esta visão, nota-se que devido a necessidade de vigilância de cobranças, o relacionamento entre Prestadores de Serviço e Operadora acaba por ser relegado à um segundo plano, visto que a prioridade é fazer jus à princípios burocráticos previamente estabelecidos em contrato; fator consideravelmente relacionado com o aumento do índice de glosas.

Cobranças realizadas com divergência das regras contratuais; cobranças em duplicidade, fora do prazo estabelecido para a apresentação das contas e com ausência de justificativa representaram os motivos mais glosados no período analisado.

Cobranças em duplicidade, sem autorização, indevidas por meio de interpretações divergentes das regras contratuais (Operadora x prestador) e erros de medicações constituíram os motivos glosados com maior impacto financeiro para a Operadora, no período analisado, sendo que a categoria de hospitais foi economicamente mais impactante que as demais, devido à grande demanda de atendimentos.

As glosas podem gerar prejuízos econômicos significativos para Prestadores de Serviço, ocasionando desequilíbrio em seus faturamentos. Já para a Operadora de Planos de Saúde, apesar do inicial aparente lucro, a glosa pode representar retrabalho na finalização das contas rerepresentadas após justificativa de glosa, demandando um número maior de funcionários e horas trabalhadas, além do desgaste gerado na relação Operadora x Prestador de Serviço.

No período de seis meses analisado, a produção total da Operadora de Planos de Saúde foi de R\$ 6.403.499,78. Deste total faturado, R\$ 250.517,59 foram glosados, remetendo à taxa de 3,9 % de glosa para o período.

Para alcançar a diminuição das glosas verificadas, torna-se necessária a implantação de um programa de educação

continuada aos Prestadores e auditorias internas periódicas. Para iniciar este trabalho, que deve ser individualizado, a Operadora poderá apresentar aos Prestadores os motivos glosados com maior frequência e/ou ainda os motivos de glosa que mais impactaram financeiramente, oferecendo assim, uma oportunidade de diálogo mais ampliada que vise o esclarecimento de ambas as partes na busca por resultados comuns com maior eficiência.

Conclui-se que a proposta inicial deste trabalho foi alcançada, analisando números e motivos de glosa ocorridos no período determinado, obtendo um diagnóstico situacional da Operadora estudada e recomendando ações de melhoria no processamento das contas. Sugerimos ainda, que, a análise realizada seja mais profunda e ampliada, traçando planos de ações para a diminuição do atual número existente de glosas na Operadora estudada.

REFERÊNCIAS

ATTIE, William. **Auditoria:** Conceitos e Aplicações. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1992.393 p.

BAHIA, Ligia. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado:** Seguros e Planos de Saúde no Brasil. *Tese Apresentada para a Obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública*. Dezembro, 1999.

BAHIA, Ligia; LUIZ, Ronir Raggio; SALM, Cláudio; COSTA, Kale P.L., CAVALCANTI, Maria de Lourdes T.. **O mercado de planos e seguros de saúde o Brasil:** uma abordagem exploratória sobre a extratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; (11) 4: 951-966.

BARCELLOS, Valéria Figueiredo; SANTOS, Letícia Costa. **Auditoria em saúde:** uma ferramenta de gestão: (Especialização em Gestão e Auditoria em Saúde) – UNIEURO. Brasília, DF, 2009. 8 f. Artigo.

BOYNTON, William C.; JOHNSON, Raymond N.; KELL, Walter G. **Auditoria:** Tradução Autorizada. 7ª ed. (idioma inglês de Moden Auditing). São Paulo: Atlas, 1995.

BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA, Sérgio Góes. **Saúde e Previdência** – Estudos de Política Social. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar: Regulação & Saúde: estrutura, evolução e

perspectivas de assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CARM). Resolução n. 1.973, de 14 de julho de 2011.

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil:** Políticas e Organizações de Serviços. São Paulo, Cortez Editora, 1996.

DIAS, Cláudia. **Grupo focal:** técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Nov, 1999.

FRANCO, Hilário; MARRA, Ernesto. Auditoria Contábil. Normas de Auditoria, 4. ed. São Paulo: Atlas. 2001.

GIL, Antonio Carlos. Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 1989. 206p.

Gil, Antonio Carlos. Como Elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública:** a cidadania negada. São Paulo, Editora da UNESP, 1994.

JÚNIOR, J. P. Bispo; MESSIAS, K. L. Maia. **Sistemas de serviços de saúde:** Principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. Rev.Saúde, 2005.

MEDICI, A. C.. **O setor privado prestador de serviços no Brasil:** dimensão, estrutura e financiamento. Rio de Janeiro, 1989.

MOTTA, Ana Leticia Carnevalli; LEÃO, Edmilson; ZAGATTO, José Roberto. **Auditoria Médica no Sistema Privado:**

Abordagem prática para Organizações de Saúde. São Paulo, 2009

NORONHA F. M.; SALLES, D. M. T. *A ferramenta auditoria aplicada à odontologia*. CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO, 2004. Disponível em <<http://www.convibra.com.br/2004/pdf/130.pdf>> Acesso em: 10 out. 2013.

PAIM, J.S & TEIXEIRA, M. G. L. C., 1992. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do SUS. Informe epidemiológico do SUS, 5:27-57.

PINTO, K.A.; MELO, C.M.M.. A prática da enfermagem em auditoria em saúde. rev. esc. Enferm. USP, São Paulo, v.44, n.3, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 23 outubro 2013.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: Uma pequena revisão, 2006. Disponível em <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>. Acesso em 26/10/2013.

RODRIGUES, Vanessa A., PERROCA, Márcia G., JERICÓ, Marli C.. Glosas Hospitalares: importância das anotações de enfermagem Hospital. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Arq. Ciência Saúde 2004 out-dez;11(4)210-4. Disponível em <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAARUUAB/glosas-hospitalares#>> Acesso em: 10 nov. 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. História das Políticas de Saúde no Brasil. Centro de Formação dos Trabalhadores de Saúde. Roteiro e direção: Renato Tapajós. Tapiri Video produções, 1992.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social**: a trajetória da Saúde Pública, Porto Alegre, L&PM Editores, 1987.

SILVA, Alceu Alves. **Relação Entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços** : Um Novo Relacionamento Estratégico. Porto Alegre, 2003.

UNIMED. Site institucional. Disponível em <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_scao=49094> Acesso em: 17 de novembro de 2013.

