

GLOSAS EM FATURAMENTO SOBRE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE: IMPACTOS CAUSADOS EM UM HOSPITAL NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ

Stephany da Silva

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

E-mail: stephany.silva523@gmail.com

José Antônio Cescon

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

E-mail: cescon@cescon.adm.br

Nilton Cesar Lima

Universidade Federal de Uberlândia

E-mail: niltoncesar@ufu.br

Vinícius Abílio Martins

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

E-mail: viniciusabilio@gmail.com

Eloisa Lopes Soares Lima

Universidade Federal de Uberlândia

E-mail: eloisalsl2005@gmail.com

Linha Temática: Controladoria no Setor Privado.

RESUMO

Este artigo objetivou analisar as glosas efetuadas entre três operadoras de saúde com maior faturamento hospitalar em um determinado hospital da região oeste do estado do Paraná. O estudo realizado apresenta-se sob a metodologia descritiva e explicativa, por meio de observação, buscando obter uma compreensão aprofundada do fenômeno das glosas sob os processos de faturamento. Como resultado, foi identificado falhas nos procedimentos junto às operadoras, dificultando a cobrança devida, e em muitos casos esses problemas ocasionaram as glosas, ou seja, o bloqueio do recebimento das receitas. Com a presente pesquisa foi possível observar a necessidade de maior envolvimento e interação da alta gestão, quanto a atualização contratual junto às operadoras, bem como a necessidade de capacitação contínua das equipes de faturamento, de modo que a qualidade dos serviços e a receita não sejam impactados. Como estudos futuros, recomenda-se pesquisas empíricas abrangendo hospitais em demais regiões do estado e país, analisando as tabelas e procedimentos das operadoras de planos de saúde em relação à cobertura e nomenclatura dos serviços e as glosas coexistentes.

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

1. INTRODUÇÃO

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

Para alcançar seu objetivo econômico, há na estrutura organizacional de uma prestadora de serviços em saúde um setor denominado de faturamento, o qual é responsável pelo processamento das contas hospitalares do paciente, transformar todo o serviço assistencial, insumos, instalações e equipamentos em receitas (COBAITO, 2016; MAURIZ et al., 2016).

No entanto, por exemplo, no faturamento até que esse atendimento seja efetivamente transformado em receita, se faz necessário o cumprimento de vários protocolos e exigências contratuais para que de fato essa conta possa ser processada. Ou seja, o processamento tramita por inúmeras exigências realizadas por órgãos, como o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Regional de Enfermagem, em atendimento às normativas previstas em resoluções, para que então ocorra o registro seguro do paciente, ao prosseguir por exigências diversas, inclusive as burocráticas e de conotação responsivas, como assinaturas, carimbos, evoluções, prescrições, checagens dentre outras (BERNZ, 2022; RODRIGUES et al., 2018).

Após o cumprimento de todas as exigências para o efetivo faturamento da conta, ela é auditada pelos enfermeiros, com o objetivo de sanar qualquer pendência e garantir ao máximo o recebimento integral dos serviços prestados (SANTOS; ROSA, 2013). Cumprida as exigências e auditado o faturamento, prossegue-se com a efetuação do lançamento dos itens e processamento da conta, realizando o envio para a operadora do plano de saúde, que por sua vez pode pagar integral ou parcial a fatura. Ocorrendo o pagamento parcial tem-se o que é chamado de glosa. O termo glosa na área hospitalar está relacionado ao faturamento não recebido do atendimento ao paciente, quando tal fato ocorre, e o hospital ainda pode questionar e reaver esses valores de fatura, realizando o nomeado recurso de glosa (SOUZA; OLIVEIRA; COLAVOLPE, 2016; TRUZZI et al., 2022; VIGNA; RUIZ; LIMA, 2020).

No entanto presume-se que não é necessário apenas efetuar o recurso de glosa para reaver os valores e aguardar o pagamento pela operadora de saúde, prática essa que a presente pesquisa visa perscrutar evidenciando se tal procedimento incorre por longa data pelo hospital objeto do estudo (Hospital da Região Oeste do estado do Paraná, de identidade preservada). Estudos remontam ao entendimento de que é necessário um acompanhamento efetivo, posterior ao recurso, com notificação de cobrança de valores em aberto, reuniões com as operadoras, negociações contratuais, enfim, devem ocorrer diversos ajustes entre as equipes para de fato melhorar a relação entre prestador do serviço (hospital) e operadora de saúde, conferindo credibilidade ao trabalho realizado (COBAITO, 2016; PRESTES, 2019; SALU, 2018; SOUZA et al., 2018).

Caracterizada a lacuna, em que o presente artigo dirige seu foco na análise dos valores que podem ser recuperados pelas instituições de saúde referentes às glosas faturadas pelas operadoras, denota-se como contribuição da pesquisa a forma estratégica encontrada às mudanças do ambiente de gestão hospitalar.

De acordo com dados da ANS (2022), algumas operadoras de saúde conferem grande parte do faturamento e, no entanto, possuem uma baixa taxa de glosa, outras por sua vez possuem um faturamento menor, porém com uma taxa de glosa elevada. Com isso, analisar as glosas e seus motivos por operadoras de planos de saúde, contribui para melhorar a qualidade

dos recursos praticadas por operadoras de planos de saúde, executar ações com a enfermagem assistencial a qual coopera em corrigir e sanear lacunas nos processos, bem como aprimorar meios para se investir em treinamento com a equipe do faturamento e assim conseguir minimizar a incidência de interveniências nas faturas e ainda reaver os valores em aberto oriundos das glosas.

Diante do exposto, o presente trabalho busca responder a seguinte problematização: Quais são as principais causas das glosas no processo de faturamento hospitalar em relação às operadoras de planos de saúde? Com o propósito de elucidar essa questão de pesquisa, a presente pesquisa busca alcançar o seguinte objetivo: identificar quais ações são necessárias para assegurar a recuperação efetiva dos valores pendentes provenientes de glosas, com base em um estudo abrangente das glosas relacionadas a três das principais operadoras de saúde que apresentam maior volume de faturamento junto ao hospital em análise. De modo complementar, o estudo propõe: i) identificar o faturamento obtido pelo hospital junto às operadoras de saúde no ano de 2022; ii) mensurar o montante de glosa inicial junto às três maiores operadoras (por faturamento); iii) mensurar as glosas aceitas e as glosas pendentes.

O estudo se justifica na medida em que se busca identificar os motivos que levam as glosas do faturamento por parte das operadoras de plano de saúde e por evidenciar o impacto dos valores de faturamento não convertidos em receitas efetivas pela incidência de glosas. Do ponto de vista acadêmico, o estudo se propõe em despertar os gestores a lidar sobre um assunto que tem sido enfrentado recorrente nas entidades de saúde (hospitais).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Entidade Hospitalar

Os hospitais, denominado na era mesopotâmica como “centros de cura” surgiram inicialmente com o foco na religiosidade e posteriormente difundiu-se com as guerras, porém, sempre na essência da beneficência e caridade, cumprindo diversas funções durante sua história milenar, seja em asilos para os pobres, albergues para peregrinos, hospícios para idosos e marginalizados e doentes agudos e crônicos. Nesta época, não havia rotinas médicas e nem um pensamento administrativo, tornando-se apenas um local de cura. Com o avanço dos estudos médicos e as necessidades provocadas pelas guerras, criou-se os hospitais militares, que buscavam a cura das pessoas, com disciplina e organização (RIVA; CESANA, 2013; SHEINGOLD; HAHN, 2014).

Considerando o presente século XXI, é possível admitir que os hospitais ainda mantêm o objetivo da cura, mas sob um olhar administrativo e empresarial para torná-los viáveis e sustentáveis, visto que a organização hospitalar se apresenta como entidade complexa (BERNZ, 2022; BRIZOLA, 2010).

Para o Ministério da Saúde (1977), o hospital é parte integrante de uma organização médico-social, cuja função essencial é prestar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob qualquer plano de assistência, inclusive domiciliar, constituindo-se também como um centro de educação, capacitação de recursos humanos, recursos e pesquisas em saúde, bem como a orientação de pacientes, encarregando-se da supervisão e orientação dos estabelecimentos de saúde tecnicamente vinculados a ela.

No hospital objeto de estudo os recursos financeiros que o mantêm vêm por três vias: i) SUS; ii) operadoras de planos de saúde privados (essas, controladas pela Agência Nacional de Saúde); e iii) de forma particular, ou seja, o cliente de saúde paga diretamente ao hospital pelo serviço recebido. Diante da globalização, as empresas têm que buscar a maior qualidade de serviço possível. Algumas ferramentas para esse sucesso já estão espalhadas pelo mundo como a internet, a tecnologia da informação e a gestão de processos (BRIZOLA, 2010; MAURIZ et al., 2012).

2.2 Operadoras de Plano de Saúde

Como o setor público de saúde não comporta a quantidade de pessoas que precisam utilizar o recurso de forma qualitativa, existe a saúde suplementar, que representa um importante pilar de sustentação do Sistema Nacional de Saúde e é indispensável para o Estado (TRUZZI et al., 2022).

A Saúde Suplementar surgiu no país na década de 1960, com o crescimento econômico do Brasil e o avanço do trabalho formal, quando as empresas começaram a oferecer planos de assistência médica aos colaboradores (BRIZOLA, 2010; MAURIZ et al., 2012). Entretanto, a atividade só foi regulamentada em 1998, por meio da Lei n. 9.656, que regulamenta os Planos de Saúde e as empresas deste ramo, que são as Operadoras. A partir da criação da lei foram estabelecidos os principais requisitos e diretrizes para o melhor funcionamento deste segmento, bem como, dentre outras Resoluções Normativas regulamentadas pela ANS (2022), para estipular as regras para celebração dos contratos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde, regras de reajustes e onde estipulam prazos máximos de atendimento aos beneficiários, de modo que, tais medidas foram necessárias para garantir a proteção dos direitos do consumidor e coibir possíveis práticas abusivas por parte das operadoras (BRAZIL, 1998; ANS, 2022).

Nesse aspecto, considerando o hospital objeto de estudo da presente pesquisa, dada a sua área de atuação (abrangendo inclusive a tríplice fronteira: Brasil, Argentina e Paraguai), estão contratualizadas mais de quarenta e sete operadoras e seguradoras de saúde, cada uma com sua peculiaridade de atendimento e regras contratuais, de maneira que, além das normatizações trazidas pelas agências reguladoras e as que estão vigentes na Lei Lei n. 9.656, há ainda os procedimentos inerentes a cada operadora.

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

No modelo de faturamento *fee for service*, os valores praticados para os mesmos tipos de procedimento variam amplamente entre diferentes prestadores e pagadores. Os valores de materiais e medicamentos praticados nessas instituições são baseados nas revistas Simpro (é uma revista Paulista, responsável por informar tabela de valores de materiais vigentes na área da saúde) e Brasíndice (essa, por sua vez, publica valores em medicamentos). Ou seja, tais fontes orientam o valor de compra mínimo mais um percentual sobre os materiais/medicamentos. As revistas são utilizadas por muitos hospitais pois, chegam a possibilitar uma margem de até 200% sobre o valor de custo de aquisição do produto, nada rentável para as operadoras, porém os hospitais só podem cobrar das operadoras os itens publicados.

Quanto aos itens que são descontinuados a cobrança torna-se inviável, para essa situação o hospital tem duas opções: negociar os itens descontinuados com as operadoras (prática inexecutável, tendo em vista o lapso temporal da compra, entrega, estocagem, cadastro e utilização do item na conta hospitalar), ou optar pela compra somente dos itens constantes das tabelas nas referidas revistas, absorvendo o risco de quando o material/medicamento vier a ser utilizado, não estiver mais vigente, uma vez que as atualizações das publicações ocorrem duas vezes ao mês. Desta forma, se não houver negociação antecipada ou quando o item

utilizado já não estiver nas publicações, o hospital terá que absorver o custo destes itens utilizados pelos pacientes (ANS, 2022; BERNZ, 2022; BRIZOLA, 2010; MAURIZ, 2012).

Então, por que não cobrar diretamente do paciente? Entende-se, dentre os autores anteriormente citados, que a maioria dos contratos com as operadoras de planos de saúde, não permite a cobrança particular de itens que não são contratualizados. Contudo, percebe-se na literatura que o maior impacto desses itens só ocorre no faturamento (após a saída do paciente da unidade hospitalar), e, somente durante o envio da conta hospitalar para a operadora que é possível identificar que esse item foi descontinuado, sendo excluído da conta, uma vez que se deve cobrar pelo item que de fato foi utilizado pelo paciente. Logo, observa-se que não é realizada a substituição do item, e mesmo que a operadora não barre o envio da conta, ela incorre na possibilidade do não pagamento na sua totalidade daquilo que é devido, e sim da glosa (ANS, 2022; BERNZ, 2022; BRIZOLA, 2010; MAURIZ, 2012).

Observa-se que há uma tendência das operadoras para mudança desse tipo de remuneração, com a alegação de repasse e inclusive na redução das glosas. Partindo do *fee for service* para a diária global, onde constitui de valores estabelecidos por dias de permanência do paciente a partir da estimativa de seus custos, ou seja, correspondente ao número de diárias, são definidos valores diferenciados segundo a complexidade do hospital e da clínica (médica, cirúrgica, UTI, etc). Esse modelo compreende as diárias, os materiais de consumo, os medicamentos, os serviços de enfermagem, a utilização de equipamentos, exames, honorários médicos e taxas diversas, e inclusive os medicamentos de alto custo, órtese e próteses permanecem sendo cobrados via conta aberta (BERNZ, 2022).

2.3 Faturamento Hospitalar

O setor de faturamento é complexo e abrange, direta ou indiretamente, todos os setores do hospital. Representa a soma dos valores das faturas emitidas em determinado período de tempo comercial (BALZAN, 2000). Ainda para o autor, o faturamento é o setor responsável pelo apontamento e cobrança financeira de todas as despesas realizadas pelos pacientes, inclusive na relação com os diversos compradores de serviços. Seu estudo auxilia no entendimento das diárias e taxas hospitalares cobradas, materiais e medicamentos utilizados, específica suas quantidades e as valoriza monetariamente, conforme as tabelas acordadas.

A partir da entrada do paciente ao hospital, inicia o faturamento. Cada atendimento e procedimento devem ser relatados no prontuário do paciente. O prontuário não é eletrônico, exige-se a impressão das evoluções, prescrições com assinatura e carimbo dos responsáveis. Por isto, os profissionais que prestam assistência são os responsáveis pela construção do prontuário. Os assistentes administrativos dos blocos são responsáveis pela montagem e checagem de todas as evoluções, com assinaturas do responsável, e encaminhamento ao setor de faturamento (BALZAN, 2000; BERNZ, 2022; BRIZOLA, 2010).

Quando há gargalos no processo, além de moroso, também demanda pessoas, tornando-o lento e caro, excesso de burocracia, evoluções médicas incompletas, como falta de assinatura e/ou dados, e demora na entrega do prontuário do setor de faturamento, é uma das possíveis causas que geram atraso ou glosas (BALZAN, 2000; BERNZ, 2022; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2020). Em Oliveira e Oliveira (2019), foi possível notar tais apontamentos acerca do faturamento, durante sua pesquisa experimental observada em um hospital de grande porte de Belo Horizonte-MG. Nesse sentido, conjectura-se que, devido ao grande fluxo de pacientes e de procedimentos que cada médico deve realizar, onde é passível falhas nas impressões de documentos, internet instável, problemas com assinatura digital, entre outros, e todos esses incorrem em custos, muitas vezes, não notados e que implica no faturamento junto às operadoras.

Os prontuários, enquanto o paciente estiver internado, fica sob a tutela da equipe administrativa, que efetua o recolhimento diariamente dos documentos que compõem os

registros. Entretanto, durante a internação, é suscetível a não notificação integral das evoluções ao registro do paciente, devido ao volume e contingente a serem assistidos, sendo necessário, por exemplo, reimpressões ou o refazimento de documentos, para fins de cobrança, tornando o processo de montagem do prontuário lento (BALZAN, 2000; BERNZ, 2022; BRIZOLA, 2010; SALU, 2018).

O faturamento deve ser encarado não apenas como um departamento, mas como um processo, um ciclo de início e fim de atividades, de modo que, seja percebido entre todos os elos envolventes do hospital, como um setor imprescindível para seu funcionamento e sua auto sustentabilidade financeira. Assim, se a equipe do faturamento e a auditoria de contas médicas não empenharem parte do seu tempo para melhorar as condições de trabalho, a vulnerabilidade quanto a continuidade do hospital passa a ser provável, onde a gestão do faturamento, deve ser notado quanto a sua rotina, procedimentos e melhorias SALU (2018).

De modo complementar, estudos encontrados em Mauriz et al., (2012), demonstraram que o faturamento deve instituir fortemente objetivos setoriais comuns a todos os seus colaboradores internos para evitar a evasão de receitas. Pois pode não somente causar a diminuição de recursos financeiros e econômicos, como também, dependendo do tempo e da perda do quantitativo financeiro, colocar a instituição em situação frágil ou inviável financeiramente. Logo, concebe-se que, o gestor de cada área precisa separar uma parte do seu tempo para melhorar alguma coisa do processo, se aproximando das demais áreas e aproveitando todo o tipo de ajuda que se puder dar. Os hospitais ainda estão “engatinhando” na integração dos controles de integração dos processos assistenciais e da retaguarda administrativa e assistencial.

2.4 Glosas Hospitalares

Para Rodrigues, Perroca e Jericó (2004), a caracterização do conceito de glosas refere-se à supressão total ou parcial de uma quantia averbada num escrito ou numa conta, ou ainda pelo cancelamento, recusa parcial, total de um orçamento ou conta verba, decorrente de registros ilegais ou indevidos. Os autores ainda definem as glosas hospitalares como o não pagamento por parte das operadoras de plano de saúde do valor da fatura apresentada pelo prestador, e esse não pagamento, ou glosa, pode ser total ou parcial. No Quadro 1, apresenta-se os tipos de glosas.

Quadro 1: Tipos de glosas

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

	contratuais e as boas práticas médicas.	
--	---	--

Fonte: adaptado de Rodrigues, Perroca e Jericó (2004).

As principais causas de glosas estão relacionadas aos registros nos prontuários dos pacientes, envolvendo também medicamentos e materiais utilizados, letra pouco legível ou mesmo ilegível, rasuras, falta de checagem na prescrição médica e de enfermagem, anotações pouco específicas, falta de registro ou registros incompletos, entre outros aspectos, (RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2020).

Ressalta-se, aqui os indicadores da Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados), que tem sido uma ótima ferramenta para observar o comportamento das operadoras no Brasil, em que de janeiro a novembro de 2022 contra o mesmo período do ano anterior, apontaram uma glosa saindo de um percentual de 3,63 da receita líquida dos hospitais Anahp para 4,51. Já o prazo médio de recebimento, no mesmo período, saiu de 68 para 76 dias (ANAHP, 2023). O que ocorre na prática, é a dinâmica de um sistema em que são glosadas, em muitos casos, contas em um volume tão grande que desequilibram a relação entre as operadoras e hospitais, impactando no fluxo de caixa dos prestadores.

3. METODOLOGIA

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

Assim, a pesquisa proposta segue uma abordagem metodológica de natureza observacional, com características semelhantes a um estudo de caso, porém, enfatizando a perspectiva da pesquisação. A fim de alcançar os objetivos estabelecidos, foram realizadas observações sistemáticas e detalhadas do contexto em estudo, com ênfase nas práticas e processos relacionados à ocorrência de glosas no faturamento, no referido ambiente hospitalar, em relação às operadoras de planos de saúde.

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

As informações foram obtidas através do banco de dados do sistema utilizado para efetuar os recursos de glosas na instituição, cujos dados analisados são do período de janeiro a dezembro de 2022, classificando as glosas como administrativas e técnicas. Ademais, os dados coletados em documentos relacionados ao faturamento, como registros de contas hospitalares, protocolos e regulamentos pertinentes, serviram como fontes complementares de informações para análise e triangulação dos dados observacionais.

Dessa maneira, a análise dos dados configurou-se sob as abordagens qualitativa e quantitativa, envolvendo a categorização dos dados coletados, a fim de identificar padrões, tendências e relações significativas relacionadas às causas e implicações das glosas no faturamento hospitalar. Trata-se também, de uma pesquisa descritiva e explicativa, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento (KAUARK; MANHÃES e MEDEIROS, 2010).

Sob o ponto de vista das abordagens empregadas, para as análises de cunho quantitativo empregou-se a estatística descritiva explicativa (FIELD, 2013), onde foram calculadas sobre a amostra a média aritmética como forma comparativa.

Para Prodanov e Freitas (2013), na abordagem qualitativa a pesquisa tem o ambiente como fonte direta dos dados. Os dados coletados nessas pesquisas são descritivos, retratando o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada. Preocupa-se muito mais com o processo do que com o produto. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (FIELD, 2013; PRODANOV; FREITAS, 2013).

Observou-se a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), como elemento de gestão estratégica na coleta e análise dos dados, face ao hospital objeto deste estudo. Os valores constantes nas análises foram indexados por um índice (não informado), a fim de que não possam ser relacionados e/ou identificados com os números reais do hospital.

4. RESULTADOS

O hospital possui convênios/acordos com 47 (quarenta e sete) operadoras de planos de saúde, além de um plano de saúde próprio. Assim, para as análises foram consideradas as 3 (três) maiores operadoras de planos de saúde junto ao hospital (em faturamento). Salienta-se que, por questões de preservação e atendimento à LGPD, as operadoras receberam tratamento neste estudo como operadora A, B e C. Nestas três operadoras não está a do próprio hospital, uma vez que junto a esta operadora de plano de saúde não há glosas.

Inicialmente na Tabela 1, apresenta-se o faturamento mensal do hospital em 2022 junto às operadoras de planos de saúde e particulares.

Tabela 1 - Faturamento mensal 2022

Mês	Operadora A	Operadora B	Operadora C	Operadora Própria	Outras Operadoras	Particular	Sistema Único de Saúde	Faturamento Total
jan/22	2.360.759,52	2.104.389,55	864.656,95	6.668.279,34	4.381.747,67	2.214.259,60	4.510.023,18	23.104.115,81
fev/22	2.023.535,17	2.400.071,59	1.125.244,24	6.396.525,56	3.073.115,36	2.546.404,40	3.099.159,71	20.664.056,04
mar/22	2.644.627,74	3.265.710,12	952.790,77	6.888.004,50	4.380.085,58	2.016.910,04	3.052.796,83	23.200.925,59
abr/22	3.588.280,92	2.252.465,36	910.628,51	8.050.911,26	4.430.729,72	3.241.614,13	3.122.273,83	25.596.903,74
mai/22	3.007.915,67	1.180.526,22	640.919,68	7.966.759,80	3.384.135,76	1.410.554,35	3.059.529,89	20.650.341,36
jun/22	4.426.988,36	2.580.775,52	1.023.604,12	10.589.451,41	3.549.375,08	1.936.480,40	3.297.358,25	27.404.033,15
jul/22	2.412.494,47	1.651.162,38	1.146.133,84	8.926.333,09	3.203.797,97	2.578.816,43	3.013.491,68	22.932.229,86
ago/22	2.742.795,18	1.757.067,00	819.363,71	7.559.284,21	3.503.754,79	1.712.403,20	3.247.595,27	21.342.263,36
set/22	3.184.747,97	1.939.571,69	917.696,30	10.699.671,83	3.824.662,75	2.318.546,89	2.555.481,14	25.440.378,58
out/22	2.547.864,56	1.684.269,38	876.018,46	6.785.319,58	4.718.200,32	2.501.753,89	3.154.762,28	22.268.188,48
nov/22	4.309.003,60	1.237.529,30	1.006.084,03	7.685.061,64	6.394.709,09	1.918.796,68	2.863.973,04	25.415.157,37
dez/22	3.161.593,91	1.391.139,56	755.654,17	9.290.875,90	6.814.491,50	1.787.401,32	2.782.855,91	25.984.012,27
Total	36.410.607,07	23.444.677,69	11.038.794,77	97.506.478,12	51.658.805,60	26.183.941,34	37.759.301,02	284.002.605,61
Média	3.034.217,26	1.953.723,14	919.899,56	8.125.539,84	4.304.900,47	2.181.995,11	3.146.608,42	23.666.883,80

Fonte: dados da pesquisa 2023.

Complementando a Tabela 1, apresenta-se na Tabela 2 o percentual de participação em relação à receita total.

Tabela 2 - Percentual de participação nas receitas

Mês	Operadora A	Operadora B	Operadora C	Operadora própria	Outras Operadoras	Particular	Sistema Único de Saúde	Total
jan/22	10,22%	9,11%	3,74%	28,86%	18,97%	9,58%	19,52%	100,00%

fev/22	9,79%	11,61%	5,45%	30,95%	14,87%	12,32%	15,00%	100,00%
mar/22	11,40%	14,08%	4,11%	29,69%	18,88%	8,69%	13,16%	100,00%
abr/22	14,02%	8,80%	3,56%	31,45%	17,31%	12,66%	12,20%	100,00%
mai/22	14,57%	5,72%	3,10%	38,58%	16,39%	6,83%	14,82%	100,00%
jun/22	16,15%	9,42%	3,74%	38,64%	12,95%	7,07%	12,03%	100,00%
jul/22	10,52%	7,20%	5,00%	38,92%	13,97%	11,25%	13,14%	100,00%
ago/22	12,85%	8,23%	3,84%	35,42%	16,42%	8,02%	15,22%	100,00%
set/22	12,52%	7,62%	3,61%	42,06%	15,03%	9,11%	10,04%	100,00%
out/22	11,44%	7,56%	3,93%	30,47%	21,19%	11,23%	14,17%	100,00%
nov/22	16,95%	4,87%	3,96%	30,24%	25,16%	7,55%	11,27%	100,00%
dez/22	12,17%	5,35%	2,91%	35,76%	26,23%	6,88%	10,71%	100,00%
TOTAL	12,82%	8,26%	3,89%	34,33%	18,19%	9,22%	13,30%	100,00%
Média	12,82%	8,26%	3,89%	34,33%	18,19%	9,22%	13,30%	100,00%

Fonte: dados da pesquisa 2023.

Percebe-se que, a soma das três operadoras objeto de estudo representa 1/4 do faturamento do hospital. Ainda, todas as operadoras de planos de saúde representam pouco mais de 2/3 (77,48%) do total de faturamento do hospital, reforçando a importância de acompanhamento destes faturamentos.

Para compreender melhor o impacto destas três operadoras de plano de saúde junto ao hospital, apresenta-se na Tabela 3, o número de faturas emitidas por operadora, bem como a média de valor mensal destas faturas.

Tabela 3 - Número de faturas e valor médio/fatura por operadora

Período	Operadora A		Operadora B		Operadora C	
	Faturas	Valor Médio	Faturas	Valor Médio	Faturas	Valor Médio
jan/22	4.086	577,77	358	5.884,76	996	868,13
fev/22	5.725	353,44	778	3.086,51	2.509	448,45
mar/22	4.907	538,97	593	5.508,96	1.652	576,61
abr/22	4.604	779,32	703	3.203,16	1.439	632,91
mai/22	4.970	605,17	562	2.102,08	791	810,47
jun/22	6.373	694,63	772	3.344,71	2.459	416,30
jul/22	4.938	488,56	538	3.071,36	1.812	632,52
ago/22	4.352	630,18	677	2.596,14	1.735	472,20
set/22	5.483	580,86	750	2.586,10	1.504	610,33
out/22	4.210	605,25	607	2.773,83	1.624	539,55
nov/22	6.084	708,25	566	2.184,90	1.667	603,60
dez/22	6.148	514,28	671	2.073,85	1.144	660,77
TOTAL	61.880		7.573		19.331	
MÉDIA	5.157	589,72	631	3.201,36	1.611	605,99

Fonte: dados da pesquisa 2023.

Percebe-se que embora a operadora A, tenha um volume expressivo de faturas (atendimentos), o valor médio é semelhante ao da operadora C, próximo a R\$ 600,00, no entanto a operadora B, que possui o menor número de faturas em relação a operadora C, e principalmente em relação a operadora A, é a que possui o maior valor médios por fatura em R\$ 3.200,00, valor este superior a 5 vezes as médias das operadoras A e C.

Esta discrepância é decorrente de que os atendimentos ambulatoriais da operadora B são realizados em hospital próprio e somente os casos mais graves e as internações eletivas são realizadas no hospital objeto do estudo.

Em relação às glosas praticadas pelas operadoras de saúde sobre as faturas emitidas pelo hospital, apresenta-se na Tabela 4 o montante glosado, bem como o percentual representativo desta glosa em relação ao faturamento sobre a operadora de plano de saúde.

Tabela 4 - Glosas iniciais praticadas por operadora

Glosas	Operadora A		Operadora B		Operadora C		Glosa Total	
	Valores	% s/fatura	Valores	% s/fatura	Valores	% s/fatura	Valores	% s/fatura
jan/22	70.510,61	2,99%	4.044,40	0,19%	227.718,16	26,34%	302.273,16	2,53%
fev/22	20.757,78	1,03%	6.911,81	0,29%	137.149,60	12,19%	164.819,18	1,48%
mar/22	30.693,67	1,16%	7.673,21	0,23%	195.761,02	20,55%	234.127,90	1,77%
abr/22	326.600,53	9,10%	3.471,41	0,15%	76.871,18	8,44%	406.943,12	2,82%
mai/22	33.915,36	1,13%	4.504,44	0,38%	93.424,85	14,58%	131.844,65	1,37%
jun/22	1.499,86	0,03%	19.928,58	0,77%	101.384,46	9,90%	122.812,90	0,91%
jul/22	21.560,94	0,89%	3.588,68	0,22%	87.718,99	7,65%	112.868,62	1,03%
ago/22	1.598,95	0,06%	1.094,58	0,06%	138.770,05	16,94%	141.463,58	1,34%
set/22	71.529,42	2,25%	10.414,49	0,54%	82.504,72	8,99%	164.448,62	1,35%
out/22	27.163,68	1,07%	46.798,85	2,78%	101.451,82	11,58%	175.414,34	1,42%
nov/22	76.649,34	1,78%	3.626,20	0,29%	86.152,82	8,56%	166.428,36	1,12%
dez/22	31.114,87	0,98%	157.993,08	11,36%	117.644,58	15,57%	306.752,53	2,21%
TOTAL	713.595,01		270.049,72		1.446.552,24		2.430.196,97	1,63%
MÉDIA	59.466,25	1,96%	22.504,14	1,15%	120.546,02	13,10%	202.516,41	1,63%

Fonte: dados da pesquisa 2022.

Analisando a Tabela 4, percebe-se que a operadora C que possui o menor faturamento, possui o maior índice de glosas, seguida das demais. Dos valores glosados pelas operadoras constatou-se junto ao setor responsável pelo faturamento, que na operadora C, a maior incidência é nas glosas técnicas de: materiais e medicamentos, prescrição, falta de justificativa técnica, excesso e administrativa (valoração acima do negociado). Isto se deve ao fato de que na gestão do convênio, quando foi negociado um material descontinuado com a operadora, foi acordado um termo aditivo onde encontra-se parametrizado o código em sistema, porém, identificou-se a criação em mais de um código para o mesmo material, o qual não havia parametrização, ocasionando glosa do material. Este representou um dos maiores problemas identificados na pesquisa, que origina a maior incidência de glosas.

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

Já para a operadora B, os maiores ofensores foram no mês de outubro, com uma glosa de curativo, cobrado a maior, logo após a mudança do contrato para tabela própria, cujo mês de dezembro inseriu-se uma cobrança envolvendo duzentas quimioterapias em uma conta, quando o correto seriam apenas duas sessões.

Após a operadora efetuar a glosa, é realizada uma análise pelo hospital, onde verifica-se as glosas aceitas, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Glosas aceitas pelo hospital

Convênios Glosas	Operadora A	Operadora B	Operadora C	Glosa Total Aceita
jan/22	9.469,43	195,97	1.040,26	10.705,66
fev/22	16.491,96	650,14	13.426,79	30.568,88
mar/22	2.388,95	428,16	16.584,28	19.401,38

abr/22	3.505,02	2,32	10.753,15	14.260,49
mai/22	1.704,24	278,83	17.966,11	19.949,18
jun/22	749,93	7.787,40	11.183,39	19.720,72
jul/22	0,78	11,41	8.306,38	8.318,57
ago/22	799,48	152,24	21.336,10	22.287,82
set/22	327,98	248,52	17.660,35	18.236,86
out/22	45,37	21.080,26	9.639,84	30.765,47
nov/22	799,25	1.139,83	8.463,25	10.402,33
dez/22	1.686,55	78.184,80	6.360,25	86.231,60
TOTAL	37.968,94	110.159,88	142.720,14	290.848,96
MÉDIA	3.164,08	9.179,99	11.893,35	24.237,41

Fonte: dados da pesquisa 2023.

Embora as glosas possuam impacto nas receitas efetivas do hospital, estas glosas devem ser vistas dentro da instituição como oportunidade de melhoria, uma vez que, aceito a glosa efetuada pela operadora pelo motivo de falha na cobrança, conforme identificado no estudo, de quantidade indevida ou material e medicamento não vigente nas revistas Simpro/Brasíndice (utilizada como base para reembolso/pagamento).

Observou-se, portanto, que há vários fatores que impactam diretamente a qualidade da cobrança. Um dos motivos do impacto desta falta de qualidade na geração das faturas, se deve ao fato de que há uma alta rotatividade de colaboradores na equipe assistencial e administrativa, o que prejudica a qualidade dos serviços financeiros/administrativos, não havendo inclusive, nenhum tipo de capacitação continuada ou preventiva com os colaboradores, tendo em vista que as atualizações da saúde suplementar são constantes.

Outro fator identificado no estudo, é que a auditoria de enfermagem (responsável por validar as informações), infelizmente não é presente em todos os setores do hospital, deixando de orientar, disciplinar, racionalizar e identificar as deficiências existentes nos registros hospitalares, interferindo diretamente nos gastos e glosas desnecessários, principalmente nos setores mais críticos do hospital.

Considerando que a operadora C foi a maior ofensora nas glosas do hospital, foi iniciada uma ação efetiva de cobrança e correção em diversos processos. Identificou-se que a realização de reuniões entre as equipes, o que acabavam não surtindo efeito, e para suplementar e efetivar a ação, foram necessários o envolvimento e a participação da diretoria hospitalar, sendo na negociação ações contendo o encerramento do contrato e a exigência do refazimento por um novo, com cláusulas que possibilitasse a cobrança após o recurso de glosa, bem como estipulando prazos para as partes, e que o processo só seria encerrado após o consenso das partes. No entanto, após a renovação contratual, observou-se que as cláusulas não estavam sendo seguidas pela operadora, sendo necessária uma nova notificação de encerramento, condicionando a suspensão de cancelamento somente após o recebimento dos valores acumulados condicionando o fluxo de cobrança conforme pressupõe o contrato.

Nesse aspecto, verificou-se que a operadora C apresenta-se como piloto das ações monitoradas no exercício das glosas do hospital, adequando ao devido fluxo de cobrança. Porém, constatou-se que, o alcance das ações nesse nível, só foi possível em virtude de tempo despendido em reuniões e atenção do gestor envolvendo as diretorias e as equipes administrativas, fortalecendo o relacionamento com a operadora e conseqüentemente a desconstrução da ideia de que a operadora é um “oponente” quando na realidade é uma relação de parceria e pode ser melhorada, bem como treinamentos constantes de atualização com as equipes para melhoria no processo de cobrança e recurso. Com isso, foram recuperados pela equipe de negociação em glosas no hospital, os valores em aberto de janeiro a maio de 2022, os demais meses observados, seguem em consenso.

Considerando o mês de abril de 2023, último período perscrutado nesta pesquisa, observou-se que os valores pendentes glosados (a receber), apresentavam-se ainda elevados e representativos em relação ao faturamento do hospital, conforme se apresenta na Tabela 6.

Tabela 6 - Valores pendentes a glosar em abril de 2023

Mês	Operadora A	Operadora B	Operadora C	Soma	% sobre o Faturamento Total
jan/22	54.036,82	1.470,23	66.501,94	122.008,99	0,53%
fev/22	4.018,82	1.185,51	36.313,01	41.517,34	0,20%
mar/22	24.889,41	2.335,55	65.016,72	92.241,68	0,40%
abr/22	163.326,01	903,67	22.555,24	186.784,92	0,73%
mai/22	28.498,33	0,00	24.779,45	53.277,78	0,26%
jun/22	239.805,20	1.156,73	63.932,12	304.894,05	1,11%
jul/22	14.057,75	2.990,53	62.078,78	79.127,06	0,35%
ago/22	24.698,12	804,72	104.849,68	130.352,52	0,61%
set/22	59.607,85	8.150,89	58.753,93	126.512,67	0,50%
out/22	22.636,40	22.121,14	88.151,03	132.908,57	0,60%
nov/22	63.874,42	1.917,94	71.180,29	136.972,65	0,54%
dez/22	24.523,60	2.933,44	89.765,43	117.222,47	0,45%
TOTAL	713.595,01	45.970,35	753.877,62	1.513.442,98	0,53%
MÉDIA	59.466,25	3.830,86	62.823,14	126.120,25	0,52%

Fonte: dados da pesquisa 2023.

Embora em termos percentuais (há uma média pouco superior a meio por cento, 0,52%), considerando somente as três principais operadoras, este número chega próximo a 1,00% do valor total faturado pelo hospital no ano. Em termos da entidade hospitalar, isto é representativo, uma vez que, essas entidades via de regra estão recorrentemente em dificuldades financeiras, tendo que buscar sempre ajuda aos órgãos da gestão pública para equilibrar suas contas.

Considerando o porquê de um número e valores tão elevados de glosas praticadas pelos planos de saúde, em análise documental, foi possível destacar alguns motivos, envolvendo todas as demais operadoras, como forma de evidenciar as maiores ocorrências, conforme apresentado na Tabela 7. Por questões de não divulgação dos nomes das demais operadoras estas serão representadas por letras, sequências as das operadoras A, B e C.

Tabela 7 - Principais motivos de glosas junto às operadoras

Mês	Operadoras	Exemplos de motivos de glosa
jan/22	D	dobra indevida de intensivista.
	A	valor de procedimentos cobrados superior ao da tabela negociada.
fev/22	C e E	diversas cobranças de materiais e medicamentos, com valores superiores a tabela negociada.
mar/22	C	cobrança em quantidade incorreta e valor de mat./med. acima da tabela.
	H	lançamento em conta de diversos medicamentos incompatíveis com o relatório técnico.
	G	exame de imagem eletivo com senha posterior à realização.
abr/22	C	cobrança indevida da seringa Medrad com valor de Simpro R\$ 431,55, negociado com a operadora por R\$ 110,00.
	F	procedimento incorreto gerando dobra indevida.
	A	valor cobrado superior a tabela negociada.
mai/22	C	cobrança da seringa Medrad com valor de Simpro e órteses, próteses e materiais especiais (OPME) cobrado em conta.

	E	OPME cobrado em conta e a operadora pagou direto para o fornecedor.
	H	valor apresentado a maior.
jun/22	B	valor apresentado a maior após o reajuste.
jul/22	C	cobrança da seringa Medrad com valor de Simpro e cobrança de taxa indevida.
ago/22	C	OPME cobrado em conta, sendo que a operadora pagou direto ao fornecedor.
	L	valores em exames de laboratório superiores ao negociado.
set/22	C	cobrança em quantidade incorreta e valor de mat./med. acima da tabela.
	G	valor superior a tabela contratada, operadora com tabela própria.
	J	valor superior a tabela contratada em exames de laboratório e dobra indevida em procedimentos.
out/22	I	sem reajuste, mantido os valores de 2021, porém o sistema estava parametrizado com reajuste em 2022.
	B	após negociação do novo contrato, não finalizada vigência das regras em materiais e medicamentos negociados, sendo enviado à operadora os valores de Simpro e Brasíndice.
nov/22	C	materiais e medicamentos sem justificativa técnica e excesso.
	D	valor superior a tabela contratualizada e operadora com tabela própria.
	J	valor superior a tabela, sendo no sistema Tasy a cobrança duas vezes a tabela de HM.
dez/22	K	foi cobrado em conta diversos medicamentos genéricos que não há precificação na tabela Simpro/Brasíndice, e a operadora pagou tabela plena sem o acréscimo de 38%.
	C	materiais e medicamentos sem justificativa técnica e excesso, e os demais recursos sendo ainda analisados.

Fonte: dados da pesquisa 2023.

Observa-se que a operadora C é mais frequente/presente em situações que geram glosa por parte das demais operadoras de planos de saúde, ainda segundo a equipe que acompanha o processo de faturamento, boa parte das glosas são por falta de controle/atenção no processo como um todo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, nas operadoras em estudo, os maiores índices apresentados foram para as glosas técnicas. Observa-se também que após maio/22 quando foi implantada auditoria para a operadora C, houve uma redução significativa das glosas, porém no final do ano apresentou um aumento significativo.

Vale ressaltar também a forma de auditoria realizada entre as três operadoras, sendo que as operadoras A e B se assemelham, pelo fato de que o prontuário ou conta só é enviado após várias correções, um mesmo prontuário pode ir e voltar mais de três vezes no mês para auditoria, o que acaba refletindo nos valores glosados, razão pela qual são estas as operadoras que apresentaram menor índice de glosa.

Em contrapartida, observou-se durante a pesquisa, a existência de um alto índice de glosas em determinados serviços, aos quais merecem a atenção dos gestores, sinalizando onde trabalhar aspectos que estão acarretando perdas financeiras, como forma de prevenção de prejuízos maiores, bem como conhecer quais são as unidades que necessitam de educação continuada, compreendido como uma ação já apresentada eficaz, porém, cabendo ser empregada continuamente.

Diante da pesquisa podemos observar que o empenho realizado na operadora C, trouxe resultado positivo na recuperação de valores em aberto, porém foram diversos meses de negociação e diversos ajustes em processos administrativos e de auditoria, para uma das quarenta e sete operadoras de saúde, a qual serve de modelo na instituição.

Para estudos futuros, recomenda-se uma análise das tabelas e procedimentos das operadoras de planos de saúde em relação aos serviços (nomenclatura/cobertura) por elas cobertos, no sentido de facilitar a emissão das faturas de reembolso ao hospital.

REFERÊNCIAS

- ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. *Sistema de Indicadores Hospitalares*, 2023. Disponível em: <<https://www.anahp.com.br/indicadores-hospitalares>>. Acesso em: 07/05/2023.
- ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar. *Indicadores de glosas*. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/ptbr/assuntos/noticias/sobre-ans/indicadores-de-glosa-em-novo-formato>>. Acesso em: 18/02/2023.
- BALZAN, M. V. O perfil dos recursos humanos do setor de faturamento e seu desempenho na auditoria de contas de serviços médico-hospitalares. *Dissertação*. Mestrado em Administração. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4716/1200000513.pdf?sequene=1>>. Acesso em: 08/05/2023.
- BERNZ, I. M. Os caminhos para a implantação de novos modelos de remuneração baseado em valor da saúde suplementar brasileira: uma percepção dos gestores das operadoras de saúde. 2022. 90 p. *Mestrado Profissional* — Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2022.
- BRASIL. Casa Civil. *Lei nº 9.656*, de 3 de junho de 1998. Planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em: 11/03/2023.
- BRASIL. *Conceitos e Definições em saúde*. 1977. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 01/03/2023.
- BRIZOLA, J. B. Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o sistema único de saúde. 2010. 84 p. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.
- COBAITO, F. C. Faturamento hospitalar sob a lente da qualidade total. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 5, n. 1, p. 52-61, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v5i1.167>
- COSTA, E. P. S. R.; ARRAIS, A. R. Faturamento hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao fee-for-service. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 31, p. 170-180, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800025>
- FIELD, A. P. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. 4. ed. London U. K.: SAGE Publications Ltd., 2013.
- KAUARK, F.; MANHÃES, F.C.; MEDEIROS, C.H. *Metodologia da pesquisa: guia prático*. Itabuna. Ed. Via Litterarum, 2010.
- MAURIZ, C. *et al.* Faturamento hospitalar: um passo a mais. *Revista Inova Ação*, v. 1, n. 1, p. 38-44, 2012.
- OLIVEIRA, R. L.; OLIVEIRA, E. M. N. Auditoria médica em hospital geral de médio porte: análise das glosas hospitalares. *Revista de Administração em Saúde*, v. 20, n. 78, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.78.206>

- PRESTES, A. Manual do gestor hospitalar. *In: PRESTES, A. et al. (org.). Manual do gestor hospitalar*. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2019.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- RIVA, M. A.; CESANA, G. The charity and the care: the origin and the evolution of hospitals. *European Journal of Internal Medicine*, v. 24, n. 1, p. 1-4, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2012.11.002>
- RODRIGUES, J. A. R. M. *et al.* Out-of-pocket payments in hospital bills: a challenge to management. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 5, p. 2511-2518, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0667>
- RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 11, n. 4, p. 210-214, 2004.
- SALU, E. J. *Gestão do faturamento e auditoria de contas hospitalares*. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.
- SANTOS, M. P.; ROSA, C. D. P. Auditoria de contas hospitalares: análise dos principais motivos de glosas em uma instituição privada. *Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba*, v. 15, n.4, p. 125-132, 2013.
- SHEINGOLD, B. H.; HAHN, J. A. The history of healthcare quality: the first 100 years 1860–1960. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, v. 1, p. 18-22, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2014.05.002>
- SOUZA, E. N. C. *et al.* Processo de auditoria de contas em um hospital público: mapeamento das glosas técnicas em cirurgias ortopédicas. *Revista de Administração em Saúde*, v. 18, n. 73, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.73.145>
- SOUZA, M. S. M.; OLIVEIRA, F. S. G.; COLAVOLPE, V. C. Registro de enfermagem: desafio para as instituições hospitalares na redução de glosas. *Revista Atualiza Saúde*, v. 3, n. 3, p. 84-91, 2016.
- TRUZZI, I. G. C. *et al.* A influência dos registros do prontuário como um dos fatores associados à glosa técnica hospitalar. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, v. 26, p. 1-9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.39425>
- VIGNA, C. P.; RUIZ, P. B. O.; LIMA, A. F. C. Disallowance analysis through the audit of accounts performed by nurses: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, suppl 5, e20190826, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0826>