



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Programa de Pós-graduação em Enfermagem

GOLDETE PRISZKULNIK

AUDITORIA E GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: GLOSA NA VISÃO DE UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO

São José do Rio Preto

2024

Goldete Prizskulnik

**AUDITORIA E GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR:
GLOSA NA VISÃO DE UMA OPERADORA DE
PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre.
Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde.
Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Marli de Carvalho Jericó

São José do Rio Preto

2024

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESSE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

Priszkulnik, Goldete

Auditoria e gestão na saúde suplementar: Glosa na visão de uma operadora de planos de saúde de autogestão / Goldete Priszkulnik.

São José do Rio Preto; 2024.

108 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Marli de Carvalho Jericó

1. Auditoria em Saúde; 2. Gestão em Saúde; 3. Saúde Suplementar; 4. Faturamento; 5. Registros Eletrônicos de Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marli de Carvalho Jericó
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Profa. Dra. Martha Regina de Oliveira

Prof. Dr. Marcos Antônio dos Santos

Prof. Dr. (Nome do membro suplente 1)

Prof. Dr. (Nome do membro suplente 2)

São José do Rio Preto, 07/10/2024

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, Júlio e Judith, imigrantes europeus que vieram ao novo continente ainda crianças, acreditando em um novo caminho que seria construído através do estudo e do trabalho e que nunca mediram esforços para que as três filhas pudessem seguir carreira acadêmica. Conseguiram!

Estão comigo sempre em pensamento.

Às minhas queridas irmãs Profa. Dra. Léia Prizskulnik e Profa. Dra. Célia Prizskulnik Koiffmann, hoje professoras aposentadas da USP, que trilharam o caminho da docência e da pesquisa científica. Intelectuais e acadêmicas de renome cujo exemplo sempre procurei seguir.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa. Dra. Marli de Carvalho Jericó, por sua generosidade e competência em me conduzir com tanta propriedade nesse caminho tão acalentado. Fazer uma dissertação de mestrado com mais de quarenta anos de formada é um privilégio e uma alegria.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES por viabilizar minha formação em nível de mestrado.

À Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto que me acolheu em seu Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem.

Aos Professores da Pós-graduação *Stricto Sensu* da FAMERP pelos ensinamentos durante esse percurso.

À Profa. Dra. Martha Regina de Oliveira e Prof. Dr. Marcos Antônio dos Santos por participarem tanto da banca de qualificação quanto da defesa, proporcionando observações importantes para que o trabalho tivesse mais consistência e musculatura para a defesa do mestrado.

Ao Dr. João Paulo dos Reis Neto pela disponibilidade em compartilhar dados anônimos de uma operadora de planos de saúde que foram essenciais para fundamentar essa pesquisa.

Ao Dr. Alexandre Margarido Lourenço, meu primeiro gestor na minha carreira administrativa, acreditou no meu potencial, dando-me oportunidades de estudar essa nova área e me aperfeiçoar no dia a dia do trabalho. Com ele muito aprendi.

Ao Prof. MSc. Anselmo Carrera Maia que acreditou no meu potencial como docente introduzindo-me nesse caminho apaixonante, dando-me a primeira oportunidade de conduzir um curso de auditoria em saúde.

Ao Prof. Dr. André Tadeu Sugawara que me conduz no meu caminho da reabilitação física. Suas palavras de incentivo são um bálsamo para mim. Seu apoio, amizade e torcida nos meus momentos cruciais, para que eu possa perseguir meus sonhos, são fundamentais.

Ao Dr. Gilson Tanaka Shinzato, sua dedicação e profissionalismo são invejáveis. Você é um exemplo de perseverança.

Ao Dayan Sansone pela propriedade na análise estatística e ajuda nos momentos críticos.

A Enfa. Tânia Regina Fávero amiga e companheira de vários cursos na área de auditoria em saúde que juntas ministramos. Aprendi muito de auditoria com ela.

Aos meus amigos de vida, os quais o trabalho administrativo me concedeu e os que convivem comigo desde sempre, meu muito obrigada. A convivência com vocês é uma injeção de ânimo.

A todos os professores e alunos dos cursos e treinamentos que realizei como aluna e ministrei como docente no decorrer da minha carreira administrativa. Tanto aprendi, como ensinei. Uma troca mais que saudável.

A todos os auditores com os quais convivi nesse tempo todo de percurso de auditoria médica, com os quais negocie e/ou discordei, mas com quem sempre aprendi na lida diária os difíceis caminhos dessa área de atuação.

Aos diretores sonhadores da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica – SBAM. Hoje a Auditoria Médica é uma Área de Atuação Médica reconhecida junto ao

Conselho Federal de Medicina. Podemos com orgulho ostentar nossa proficiência na área, após validação feita pela Associação Médica Brasileira. Sonho acalentado que foi concretizado.

Meus agradecimentos vão para todos que, direta ou indiretamente, me ajudaram a realizar essa pesquisa.

EPÍGRAFE

É prova de alta cultura dizer as coisas mais profundas, do modo mais simples.

Ralph Waldo Emerson

1803-1882

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS	ii
EPÍGRAFE	v
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	x
RESUMO.....	xi
ABSTRACT	xii
RESUMEN	xiii
1.INTRODUÇÃO	1
1.2 Justificativa da pesquisa	19
2.OBJETIVO	24
2.1 Objetivo Geral	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3.MÉTODO.....	25
3.1Tipo de pesquisa	25
3.2 Local de pesquisa.....	25
3.3 População da pesquisa.....	26
3.4 Preceitos éticos e legais	27
3.5 Procedimentos de coleta de dados	27
3.6 Tratamento e análise dos dados	28
3.RESULTADOS.....	30
5.DISSCUSSÃO	46
6.CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES	75
Apêndice A: Análise estatística	75
MATERIAL SUPLEMENTAR	77
Material Suplementar 2: Porcentagem de queda no número de vidas nas unidades da federação ao longo dos anos de 2018 e 2022	77
Material Suplementar 3: Valores apresentados, valor glosados, porcentagem do valor glosado e o valor médio de glosa por Unidade da federação nos 5 anos.....	78
Material Suplementar 4: Teste de Wilcoxon para os valores de glosa média de glosa e porcentagem de dinheiro glosado em cada Unidade da Federação nos cinco anos de análise.....	80
Material Suplementar 5: Teste de Análise de Variância (ANOVA) para os valores de glosa média em cada Unidade da federação separados pelas regiões do país nos cinco anos de análise	81
Material Suplementar 6: Teste de Análise de Variância (ANOVA) para os valores de glosa média em cada Unidade da Federação ao longo dos cinco anos de análise.	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição da taxa de glosa em uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024.....	31
Figura 2. Distribuição do valor médio glosado em uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024	32
Figura 3. Diagrama de caixa dos valores glosados em uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024	32
Figura 4. Distribuição de beneficiários de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024.....	33
Figura 5. Distribuição de beneficiários por unidade da federação de uma Operadora de Autogestão em Saúde, no início e fim do período de análise. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024	34
Figura 6. Distribuição da Glosa per capita de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024	35
Figura 7. Valor total glosado por esfera de atendimento de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024	36
Figura 8. Glosa média por esfera de atendimento de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024	36
Figura 9. Valor apresentado segundo distribuição por Unidade da Federação de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024	37
Figura 10. Valor glosado segundo distribuição por Unidade da Federação de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024	38
Figura 11. Valor da glosa média distribuída por Unidade da Federação de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024	39

Figura 12. Taxa de glosa segundo Unidade da Federação de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 202440

Figura 13. Glosa média por unidade da federação em cada região do país de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 202441

Figura 14. Mediana dos valores glosados nas UF por ano em Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 202442

Figura 15. Valor glosado por motivo de glosa em Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024.....43

Figura 16. Taxa de glosa da Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024 45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição do valor dos Protocolos de Entrega de Guias (PEGs) apresentados e glosados de uma Operadora de Autogestão em Saúde, segundo o período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024.....	30
Tabela 2. Valor glosado por motivo estabelecido em Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024	43
Tabela 3. Principais motivos para glosa em Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Planos de Saúde
AMB 90	Associação Médica Brasileira, versão 1990
ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CH	Coeficiente de Honorários
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
FAMERP	Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto
HM	Honorários Médicos
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IN	Instrução Normativa
MP	Medida provisória
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OPS	Operadora de Planos de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PEG	Protocolo de Entrega de Guia
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RN	Resolução Normativa
RWD	<i>Real Word Data</i>
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SP	São Paulo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TISS	Troca de Informações na Saúde Suplementar
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VBHC	<i>Value-Based Health Care</i>

RESUMO

PRISZKULNIK, G. Auditoria e gestão em saúde suplementar: Glosa na visão de uma operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2024.

Introdução: As glosas efetuadas pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPSs) e/ou recebidas pelos prestadores de saúde, trazem no seu escopo a percepção instintiva de processos administrativos de não conformidades, aprofundando a relação de desconfiança tão presente entre os partícipes da saúde suplementar. **Objetivo:** Analisar o perfil das glosas em uma Operadora de Planos de Saúde na modalidade autogestão. **Método:** Trata-se de estudo transversal, de campo, quantitativo, descritivo e analítico, com correlação entre variáveis em uma Operadora de médio porte de abrangência nacional. Utilizou-se dados secundários oriundos do sistema operacional e de faturamento da Operadora de Planos de Saúde em estudo. A população consistiu em registros de glosa, os quais foram analisados conforme Tabela de domínio do padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar, no período de 2018 a 2022. O projeto foi submetido à autorização da Operadora de Planos de Saúde e atende a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** No período de 2018 a 2022 houve redução de 38,60% do quantitativo de beneficiários. A taxa média de glosa foi de 10%/ano, o valor médio/glosa/ano de R\$ 550,00, o valor glosa médio *per capita*/ano de R\$ 932,15. As glosas totalizaram R\$184.850.874,10, com altos valores financeiros relacionados às internações e a glosas administrativas – cerca de R\$80,69 milhões. O motivo TISS de glosas mais frequente e de maior valor foi o código 1705 relacionado a valor diferente entre o contratado e o apresentado. Não houve diferença significativa entre os valores e taxas de glosas relacionadas às regiões brasileiras. **Conclusão:** O presente estudo evidencia a necessidade de levantamentos dos motivos de glosa dentro das OPSs para que possam ser avaliados, qualificados e quantificados. Ações de melhoria são imperativas, sob pena de termos os índices de glosas exacerbados que poderiam em um primeiro momento terem seus motivos sanados, proporcionando um faturamento médico hospitalar que possa refletir a realidade da assistência sem necessidade de correções e/ou acertos futuros, proporcionando uma garantia da receita e uma certeza do pagamento realizado.

Descritores: Auditoria em Saúde; Gestão em Saúde; Saúde Suplementar; Faturamento; Indicadores de Saúde; Registros Eletrônicos de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Glosses issued by Health Plan Operators (OPs) and/or received by healthcare providers bring with them the instinctive perception of administrative processes of non-compliance, deepening the relationship of distrust so present between the participants in supplementary healthcare. **Objective:** To analyze the gloss profile of a self-managed health plan operator. **Method:** This is a cross-sectional, field, quantitative, descriptive and analytical study, with correlation between variables in a medium-sized nationwide operator. Secondary data was used from the operational and billing system of the Health Plan Operator under study. The population comprised chargeback records, which were analyzed according to the Supplementary Health Information Exchange Standard Domain Table, from 2018 to 2022. The project was submitted for authorization by the Health Plan Operator and complies with Resolution 510/16 of the National Health Council. Data were submitted to descriptive and inferential statistical analysis. **Results:** There was a 38.60% reduction in the number of beneficiaries in the period from 2018 to 2022; that is, the average gloss rate was 10%/year, the average value/gloss/year was R\$550.00, the average gloss value per capita/year was R\$932.15. Glosses totaled R\$184,850,874.10, with high financial amounts related to hospitalizations and administrative glosses - around R\$80.69 million. The most frequent and highest value TISS reason for denials was code 1705, related to a different value between the contracted amount and the amount presented. There was no significant difference between the amounts and rates of glosses related to the Brazilian regions. **Conclusion:** This study points out to the need for a survey of the reasons for denials within PHOs so that they can be assessed, qualified and quantified. Actions for improvement are imperative; otherwise we will see a multiplication of chargeback rates that could have been resolved in the first instance. Moreover, providing hospital medical billing that can reflect the reality of care without the need for future corrections and/or adjustments, providing a guarantee of revenue and certainty of payment.

Keywords: Health Auditing; Health Management; Supplementary Health; Billing; Health Indicators; Electronic Health Records.

RESUMEN

Introducción: Las desestimaciones realizadas por los Operadores de Planes de Salud (OPS) y/o recibidas por los prestadores de servicios de salud, traen en su alcance la percepción intuitiva de procesos administrativos de no conformidad, profundizando la relación de desconfianza tan presente entre los participantes de la salud complementaria. **Objetivo:** Analizar el perfil de bajas en un Operador de Plan de Salud en la modalidad de autogestión. **Método:** Se trata de un estudio transversal, de campo, cuantitativo, descriptivo y analítico, con correlación entre variables en un operador mediano con cobertura nacional. Se utilizaron datos secundarios del sistema operativo y de facturación del Operador del Plan de Salud en estudio. La población estuvo conformada por registros de brillo, los cuales fueron analizados según la Tabla de Dominios del estándar de Intercambio de Información Suplementaria en Salud, de 2018 a 2022. El proyecto fue presentado para autorización del Operador del Plan de Salud y cumple con la resolución 510/16 del Servicio Nacional de Salud. Consejo. Los datos fueron sometidos a análisis estadístico descriptivo e inferencial. **Resultados:** En el período de 2018 a 2022 hubo una reducción del 38,60% en el número de beneficiarios, en el cual la tasa promedio de desestimación fue del 10%/año, el valor promedio/desestimación/año fue de R\$ 550,00, el valor de desestimación promedio per cápita/año de R\$ 932,15. Las inhabilitaciones totalizaron R\$ 184.850.874,10, con elevados valores financieros relacionados con hospitalizaciones y inhabilitaciones administrativas – alrededor de R\$ 80,69 millones. El motivo de desestimación TISS más frecuente y de mayor valor fue el código 1705 relacionado con un valor diferente entre el valor contratado y el presentado. No hubo diferencia significativa entre los valores y tasas de desestimaciones relacionadas con las regiones brasileñas. **Conclusión:** El presente estudio destaca la necesidad de relevar los motivos de desestimación dentro de la OPS para que puedan ser evaluados, calificados y cuantificados. Las acciones de mejora son imperativas, so pena de ver multiplicadas las tasas de desestimaciones que inicialmente podrían tener subsanados sus motivos. Sobre todo, brindar una facturación médica hospitalaria que pueda reflejar la realidad de la atención sin necesidad de futuras correcciones y/o ajustes, brindando garantía de ingresos y certeza del pago realizado.

Descriptores: Auditoría de Salud; Gestión de la Salud; Salud Suplementaria; Facturación; Indicadores de Salud; Registros Médicos Electrónicos.

1. INTRODUÇÃO

O Interesse pelo Mestrado na linha de Auditoria e Gestão em Saúde

A discussão a respeito de glosa em um primeiro momento pode parecer primária, simples ou praticamente insignificante, quando nos deparamos com os comentadores de *LinkedIn* que só colocam a “culpa” nas Operadoras de Planos de Saúde (OPSs) imputando-lhes única e exclusivamente essa mazela e ainda relacionando a glosa como uma forma de postergar ou simplesmente não realizar o pagamento devido por serviço efetivamente realizado. Falar é fácil, sempre. Não estamos falando nesta dissertação de formas não republicanas de análises de faturamentos. Seríamos muito ingênuos em não relatarmos que existem OPSs que estão aplicando glosas lineares em faturamentos de serviços médico-hospitalares e que estão propositadamente não honrando acordos já homologados. Algumas OPSs estão inclusive procedendo a glosas e interpondo recursos para não pagamento em faturamentos pré analisados na auditoria concorrente e na auditoria de fechamento de contas. Esse não é o nosso escopo profissional e nem deste trabalho.

Nas análises feitas através de levantamentos realizados de forma sistematizada e parametrizada para esta dissertação, os números nos mostram realidades diversas. Não há “culpados” de um só lado, mas sim um conjunto de fatores que corroboram para que o evento glosa aconteça e tenha uma repercussão tão negativa, não só financeira, mas também reputacional.

No decorrer da minha carreira administrativa na auditoria médica e na gestão de planos de saúde como superintendente e gerente médica, o evento glosa sempre esteve presente e já se passaram trinta e três anos. Comecei fazendo auditoria concorrente e de faturamento em maio de 1991 e já me deparava com a glosa. Desde então sempre me perguntei por que tínhamos que realizar tantas glosas? Não seria muito mais lógico fazer a correção do faturamento e a negociação dos itens antes da apresentação da conta? Lembro de um fato curioso, quando uma auditora de uma instituição hospitalar ligou para mim (tempos jurássicos, anteriores ao uso dos celulares), agradecendo o fato de eu não fazer mais o fechamento das contas do hospital onde ela fazia a auditoria de faturamento. Perguntei o porquê e ela simplesmente disse: o novo auditor não verificou a conta com a mesma acurácia que você, o que resultou em um volume mínimo de glosa. Nesse dia tive a certeza e as evidências que faltavam, de que o processo e o fluxo operacional estavam falhos. Que tínhamos que padronizá-los e proceder a um “manual de conduta e procedimentos dentro da operadora”. Trabalho hercúleo que infelizmente não foi finalizado por inúmeros motivos. Depois de um bom tempo, mais precisamente em 28 de julho de 2006, junto com a enfermeira Tânia Regina Fávero, a convite do Dr. Alexandre Margarido Lourenço, que na época era o responsável pelos cursos de curta duração da Associação Brasileira das Medicinas de Grupo, atual Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE), promovemos um curso chamado: “Glosas: Operadoras x Prestadores: A Glosa como ferramenta de gestão”. Inédito na época, com uma perspectiva de trazermos uma visão diferente de todo o processo de faturamento de contas médico-

hospitalares. Começamos com uma turma e depois já tínhamos mais alunos buscando uma visão diferenciada do processo, do que só proceder ao recurso de glosa sem utilizar o dado obtido para equacionar discrepâncias e/ou não conformidades. Muito moderno para a época.

Como a glosa sempre é considerada a vilã e a grande mazela dos faturamentos médico-hospitalares, quando comecei a fazer a pesquisa para o meu tema de mestrado, comecei a procurar esse tópico na visão da OPS e me deparei com uma escassez de dados que analisassem somente com o viés das OPSs. Esse trabalho traz a visão de uma OPS na modalidade de autogestão de médio porte com abrangência nacional.

A ideia desse trabalho é incentivar os atores do mercado das OPSs a levantarem seus números de forma estruturada, sistematizada e padronizada para que tenhamos, parafraseando a terminologia da economia em saúde, dados do mundo real (RWD – *real world data*) e possamos compará-los e, talvez, propor ações conjuntas de melhoria.

A Auditoria e a Gestão na Saúde Suplementar

A gestão de uma Operadora de Planos de Saúde (OPS) é de uma complexidade ímpar porque envolve vários campos da administração, não importando em qual modalidade de negócio está inserida, desde aspectos econômico-financeiros, organizacionais, de fluxos e processos e também de *compliance*. Além de tudo isso, temos a própria razão de ser da OPS que é a prestação de serviços de assistência médica hospitalar. A Auditoria em Saúde faz

parte dos processos administrativos essenciais ao bom funcionamento da OPS porque é uma ferramenta essencial de apoio à gestão, buscando a excelência em aspectos técnicos, administrativos, éticos e legais de acordo com as normas oriundas das agências reguladoras e dos órgãos de classe que norteiam as atividades assistenciais¹.

Nessa direção, a auditoria pode se converter em uma importante estratégia na saúde suplementar, uma vez que dois de seus grandes desafios podem ser enfrentados por esta estratégia, isto é, a redução de custos do setor e a melhoria da qualidade da atenção prestada nos serviços de saúde². Vale lembrar que a auditoria em saúde é uma ferramenta de gestão para diagnóstico de situações dentro do sistema de saúde, com vistas ao seu aperfeiçoamento. Tem como objetivos gerais a regulação da assistência à saúde, a apuração da qualidade dos serviços e os aspectos estruturais das diversas instituições de saúde contratadas, a produção de conhecimentos para planejamento de novas ações e a otimização dos recursos em saúde³. Na auditoria, faz-se o controle financeiro com análise do registro dos gastos e dos processos de pagamentos, utilizando dados estatísticos e indicadores hospitalares.

A visão da auditoria como ferramenta de gestão subvalorizada não é um privilégio nacional. No artigo “Auditoria Médica: Herramienta de Gestión Moderna Subvalorada”, Osorio *et al.*⁴, descrevem “como esta ferramenta é subutilizada nas instituições de saúde do Chile e que seu aproveitamento traria uma série de instrumentos de avaliação para os controles da melhor relação custo/ benefício e

também para avaliação da qualidade da assistência a partir da análise dos prontuários clínicos” (nossa tradução)⁵.

As atividades da auditoria concentram-se nos processos e resultados da prestação de serviços e pressupõem o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas de acesso, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Consistem em controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestada pelo sistema, comparando-a a um modelo definido. A auditoria é um conjunto de atividades desenvolvidas tanto para controle – auditoria operacional – quanto para avaliação de aspectos específicos e do sistema – auditoria analítica⁶.

Quando pensamos nos processos de auditoria, quer sejam eles contábeis ou na área de saúde; a primeira etapa que nos vem à mente é o controle e a fiscalização. Fazer auditoria é somente isso, controlar e buscar erros e falhas? Será que poderíamos utilizar a auditoria como uma forma de aperfeiçoar os nossos processos internos dentro das OPSs e dos prestadores de serviços de saúde? Será que a auditoria em saúde tem um alcance tão pequeno? Será que os auditores em saúde têm somente essa visão contábil da assistência à saúde? A auditoria com viés contábil na rotina das OPSs esteve subjacente ao desenvolvimento da saúde suplementar².

Essa visão contábil, infelizmente, ainda permanece em muitos locais, tanto em prestadores como em tomadores de serviços de saúde, mas aos poucos a auditoria em saúde se impõe enquanto área de atuação médica, de especialidade em Enfermagem e nas ciências farmacêutica com a profissionalização dos seus

atores e com a assimilação dos conceitos de farmacoeconomia, da economia da saúde e da prática baseada em evidências nas decisões em auditoria⁷.

Podemos com certeza dizer que a Auditoria em Saúde evoluiu de forma profissional e responsável e, em diversos momentos, ela é uma das responsáveis pelo equilíbrio econômico-financeiro das OPSs. Destaca, além das possíveis falhas e problemas operacionais, as fraudes e desperdícios que tanto oneram o sistema de saúde como um todo, quer seja na área pública ou na vertente suplementar. A auditoria e sua devolução podem ser instrumentos úteis na melhoria da prática em saúde².

O auditor na área de saúde tem um papel importante e fundamental na manutenção da legalidade e da legitimidade dos processos em saúde. O auditor aparece para apontar as não conformidades e as anomalias dos fluxos e processos. Por vezes é o único a colocar o “dedo na ferida”. Ferida essa que pode ser contábil, operacional, de fluxos e processos e/ou técnica. Tem se apresentado cada vez mais como uma função mais estratégica e desafiadora⁸.

A auditoria em saúde pressupõe profissionais capacitados para analisar, avaliar e controlar, com competência e ética, a utilização dos recursos em saúde, visando o equilíbrio da relação custo-benefício com qualidade e eficiência. Nesse contexto a auditoria em saúde por sua forma dinâmica de ser nos proporciona a possibilidade de percorrermos vários assuntos relacionados à assistência, economia e gestão em saúde.

Chama a atenção por ser uma especialidade que pensa no coletivo e não somente no individual, que pensa na viabilidade e sustentabilidade do sistema. A

auditoria também desempenha um crucial papel na melhoria da assistência ao paciente, monitorando e avaliando processos para garantir qualidade e eficiência, reduzindo custos ao identificar desperdícios e otimizando a alocação de recursos para uma assistência mais eficaz e centrada no paciente⁹⁻¹².

A auditoria está amadurecendo o suficiente para tomar decisões baseadas em evidências científicas, com foco em qualidade e não só em preço, custo ou despesa. O foco da prestação de serviços é o paciente e o que é melhor para o melhor resultado clínico ou cirúrgico, na prestação da assistência em saúde (desfechos em saúde). A ideia de que o menor custo sempre é o melhor está sendo paulatinamente abandonada pelo conceito de “melhor resultado, ou melhor desfecho, ao melhor custo”¹³.

A auditoria na saúde suplementar surge mais profissionalmente por conta da necessidade de promover a regulação das autorizações dos procedimentos em saúde. Toma corpo a partir da regulamentação dos planos de saúde, em 1998, através da lei nº 9656/98 da Agência Nacional de Saúde Suplementar¹⁴. Hoje após tantos anos de regulamentação com inúmeras Medidas Provisórias (MPs), Resoluções Normativas (RNs), Instruções Normativas (INs) e Resoluções de Diretoria Colegiada (RDCs), seria impossível pensarmos os processos em saúde suplementar sem uma auditoria competente, ética e engajada¹⁵.

Antes da regulamentação dos planos de saúde, que começou a valer a partir de janeiro de 1999, a auditoria travava batalhas diárias e hercúleas diante das necessidades da época. Não havia um Rol Mínimo de Procedimentos e Eventos em Saúde; havia limitação e exclusão de vários procedimentos; havia limitação da

utilização das diárias de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e de dias de internação, doenças pré-existentes eram rejeitadas, dias de carências elevadas e determinadas pelas OPSs, seleção e opção por pacientes potencialmente não gastadores, rescisão unilateral de contratos, quimioterapia e radioterapia somente para pacientes internados e procedimentos liberados, conforme tabela da Associação Médica Brasileira, versão 1990 (AMB 90), com coeficiente de honorários médicos (CH) indexado, conforme a inflação mensal. Faz-se necessário lembrar que nesse período o processo inflacionário era acelerado com variações mensais que necessitavam também de indexadores mensais de realinhamento monetário. Tempos de hiperinflação em que os ganhos para as OPSs e os hospitais advinham da atividade financeira e não da atividade fim que era a prestação dos serviços em saúde¹⁶.

Até o Plano Real, em 1994, a medicina privada brasileira vivia no jardim do éden. O custo dos serviços não era motivo de preocupação para os hospitais, já que os compradores de serviços pagavam qualquer fatura, sem reclamar¹⁷.

A partir do Plano Real, em 1994, quando a escalada inflacionária foi detida, as OPSs começaram a encarar a regulação e auditoria em saúde como uma das medidas necessárias ao bom funcionamento da saúde suplementar⁵. As OPSs precisaram adotar boas práticas de gerenciamento dos riscos, visando à manutenção da solvência e à capacidade de honrar os compromissos futuros(18). Não haveriam mais ganhos advindos das aplicações financeiras que com certeza eram superiores ao modelo que se impunha. Eficiência e efetividade começam a ser fundamentais e com isso o papel dos auditores em saúde começa a ser visto

como fundamental inicialmente para o controle financeiro da operação. Paulatinamente a visão contábil começa a ser substituída pela visão da qualidade.

Atualmente quais são os desafios que questionam os auditores em saúde? Podemos enumerar alguns deles que exigem e exigirão cada vez mais da auditoria em saúde. Com certeza o aumento exponencial do custo da assistência é o maior desafio, além da longevidade, o envelhecimento da população e a maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁷.

Com a evolução científica e a incorporação de novas tecnologias e medicamentos, o papel do auditor em saúde distingue-se dos demais atores dos sistemas de saúde como aquele que necessita de atualização constante e discernimento técnico para alcançar seus objetivos e os da empresa que ele representa. A educação continuada em auditoria em saúde é fundamental na formação do auditor^{5,19}.

A interpretação de toda a informação em saúde precisa passar sempre por um filtro e por uma crítica. Estudos científicos devem ser avaliados e materiais encaminhados pela indústria de equipamentos médicos (*medical devices*), de dispositivos médicos implantáveis (DMI) e pela indústria farmacêutica devem ser criteriosamente examinados e estudados. Nem tudo que é propagado como bom é realmente melhor e nem todo novo medicamento é o mais eficiente. Essas avaliações passam pela auditoria de forma constante e diária. Auditores são constantemente questionados em seus saberes e áreas do conhecimento⁵.

A auditoria em saúde pressupõe desde Ética até evidências de toda ordem, assistencial e de gestão, passando por viabilidade financeira e condições de

funcionamento. Um único técnico não é capaz de cuidar de todos estes aspectos, caso estejamos falando em real profissionalização do setor²⁰. Daí a importância de contarmos com uma equipe multiprofissional de auditores em que o conhecimento técnico é compartilhado e ajustado às regras contratuais e regulamentares das OPSs e instituições prestadoras de cuidados assistenciais.

Chama atenção em algumas OPSs auditores focados e especializados em áreas médicas que exigem conhecimentos profundos e altamente técnicos como a Oncologia, a Cirurgia Ortopédica, a Neurocirurgia, a Oftalmologia e a Cirurgia Bucomaxilo Facial, por exemplo. Observa-se também enfermeiros auditores e farmacêuticos auditores focados em processos específicos de dispensação e administração de medicamentos principalmente em áreas chaves e onerosas como a oncologia e a administração de imunobiológicos. Enfermeiros são os auditores mais focados em avaliação de compatibilidade e legitimidade de utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), à área médica cabe a pertinência técnica cirúrgica. A multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade na auditoria em saúde já são uma realidade presente na maioria das OPSs²¹.

A figura do auditor em saúde torna-se indispensável para as OPSs e instituições hospitalares. A presença dos auditores nas instituições hospitalares de certa maneira desonera o diretor clínico e, principalmente, o diretor técnico dessas mesmas instituições hospitalares que eram muito procurados para dirimir dúvidas e responder a questionamentos dos médicos auditores das OPSs. As relações técnicas passam a ser feitas de “auditor com auditor”, de forma muito mais profissional, técnica e ética⁵.

Na esfera médica essa relação está normatizada pela Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM nº 1614 de 10 de abril de 2001 que definiu o limite de atuação do papel do médico auditor²². O Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 2.217 de 27 de setembro de 2018, no seu capítulo XI sobre Auditoria e Perícia Médica, artigos 92 a 98, expõe o que é vedado ao médico auditor sem, entretanto, expor o que o auditor pode fazer para desempenhar o papel fundamental e estratégico da Auditoria Médica realizada com rigor ético e com profissionalismo^{23–25}.

A Auditoria de Enfermagem é um ato técnico privativo do Enfermeiro e está normatizada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN nº 720 de 15 de maio de 2023 que enfatiza no parágrafo único do artigo primeiro que a atividade de auditoria é privativa do enfermeiro, observada as disposições legais da profissão^{26,27}.

O desgaste na relação auditor/auditado é quase que natural. Existe a autoproteção do médico assistente ao ser auditado, a autoproteção dos enfermeiros ao verem seus protocolos de assistências serem questionados, como também o risco que o cargo de auditor pode oferecer criando vaidades, falta de ética e a não observância dos protocolos, evidências e das regras da ANS, além das regras básicas de educação e respeito.

No dia a dia muitos são os questionamentos entre auditados e auditores, e dentre eles qual o maior problema encontrado em todas as esferas? Pouca ou quase nula compreensão do médico assistente, do enfermeiro assistencial sobre o trabalho especializado e peculiar do auditor. O auditor em qualquer área de atuação

difícilmente terá um tapete vermelho esperando-lhe. O auditor não deve esperar um efusivo “seja bem-vindo” e nem um “venha sempre”. A maioria dos problemas entre auditores e auditados, está no dissentimento que todos nós médicos, enfermeiros e simples mortais apresentamos ao sermos questionados. Enfrentar a auditoria nem sempre é fácil, principalmente, se não tivermos todos os documentos comprobatórios e todos os argumentos baseados nos saberes científicos vigentes¹³.

O auditor precisa ser isento para avaliar e liberar os procedimentos e pagamentos sem cair em armadilhas e dilemas. É importante ter em mente a relação custo/efetividade, a segurança para o paciente, não se submeter à pressão do gestor, do consumidor, da indústria, da mídia e, também, a pressão da estrutura hospitalar e da OPS que representa⁷.

Malik²⁰ ressalta que “Quem tem medo da auditoria não sabe para o que ela serve, sabe pouco sobre como fazê-la, tem pouco interesse em qualidade”. Interessante observar já, em 2009, o foco em qualidade relacionado à função de auditoria.

É importante enfatizar que a percepção do papel da auditoria em saúde não é de parceria, mas sim de negativas e restrições. A visão antagônica entre OPSs e prestadores de serviços é presente no dia a dia da operação de regulação em saúde suplementar e auditoria. As OPSs encaram os pedidos médicos e de materiais como desproporcionais e os prestadores de serviços encaram as negativas parciais ou totais de atendimento como restritivas. Como parte desse pensamento o montante de glosas efetuadas (OPSs) e/ou recebidas (prestadores),

trazem no seu escopo a percepção instintiva de processos administrativos falhos, de não conformidades, aprofundando a relação de desconfiança tão presente entre os partícipes da saúde suplementar.

Novas funções estão sendo desempenhadas pelos auditores em saúde; não apenas a auditoria e regulação relacionadas a faturamento e glosas. Funções relacionadas à gestão das carteiras e apólices também fazem parte das possibilidades de trabalho da auditoria em saúde. Dentro das estruturas hospitalares podemos citar algumas áreas de atuação: educação continuada, credenciamento e contratos, auditoria de qualidade, acreditação, gerenciamento da longa permanência e desospitalização assistida. Nas OPSs podemos citar: credenciamento e contratos (vistoria técnica e negociação), auditoria de qualidade, acreditação, gerenciamento de casos crônicos e longa permanência, desospitalização e *Home Care* (Assistência Domiciliar e Internação Domiciliar)¹³. Ampliando o espectro de atuação temos possibilidades de trabalho nas seguintes áreas: gestão estratégica do risco (custos e cálculo atuarial), epidemiologia gerencial e corretoras especializadas em saúde fazendo a interface entre as OPSs e as empresas contratantes da assistência médica, os chamados estipulantes. Um amplo campo de trabalho altamente especializado, que requer os saberes inerentes aos auditores.

A Auditoria desenvolve-se em três grandes segmentos(1):

1. Auditoria Operacional: Foco no controle e na execução da assistência.
2. Auditoria Analítica: Foco nos indicadores dos processos de

assistência e da própria auditoria.

3. Auditoria clínica: Foco na melhoria da qualidade dos processos e resultados dos cuidados.

A Auditoria operacional tem sua visão principal no controle da utilização dos serviços, na padronização de processos, na adequação de procedimentos e na solução de conflitos. Principais atividades: autorização prévia de procedimentos, visitação hospitalar ou auditoria concorrente também chamada de auditoria beira leito (ambulatorial, hospitalar, domiciliar), busca e produção de informações relevantes em saúde e revisão do faturamento dos prestadores de serviços de saúde¹. É na auditoria operacional que está abrigado o processo e fluxo operacional da glosa. A auditoria de revisão de contas médico hospitalares verifica a correta cobrança dos serviços assistenciais prestados e produz, de forma indireta, inúmeras observações importantes acerca da qualidade do atendimento oferecido e executado¹.

A Auditoria analítica sistematiza os processos e resultados encontrados transformando-os em conhecimentos e indicadores para decisões dos gestores responsáveis pelas várias organizações de saúde quer sejam elas OPSs ou prestadores de serviços assistências¹.

A Auditoria clínica, é a análise sistemática da qualidade dos cuidados de saúde, incluindo diagnósticos, tratamentos, uso dos recursos, resultados da atenção e da qualidade de vida dos pacientes¹. A auditoria clínica é uma maneira de descobrir se os cuidados de saúde estão sendo prestados de acordo com os padrões e permite que os prestadores de cuidados e os pacientes saibam onde

seus serviços estão indo bem e onde pode haver melhorias²⁸. A qualidade dos serviços é avaliada com base no estudo dos cuidados oferecidos após análise de prontuários e documentos da assistência. Essas análises ajudam a avaliar a qualidade dos cuidados de saúde e estimulam a melhoria ao permitir que clínicos, gerentes e formuladores de políticas aprendam com eventos adversos e outros dados relevantes²⁸.

Dentro das OPSs, as funções clássicas e mais antigas atribuídas aos auditores em saúde são os papéis desempenhados em contas médicas/faturamento e recurso de glosa. Dentro da gestão da OPS, as funções importantes porque lidam diretamente com o financeiro e com as contas a pagar e receber.

O setor de contas médicas/faturamento de uma OPS recebe o montante faturado pelos hospitais e prestadores de serviços de saúde que encaminham seus atendimentos e respectivos faturamentos para conferências e pagamento. Cabe a OPS o recebimento no padrão Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS), estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, formato XML, para processamento, crítica administrativa e técnica e posterior pagamento. O TISS é composto por cinco componentes: organizacional, conteúdo e estrutura, representação de conceitos, comunicação (*Schemas XML* – Tabela Domínio) segurança e privacidade. O componente organizacional estabelece o conjunto de regras operacionais, o conteúdo e estrutura estabelece os dados utilizados nas mensagens eletrônicas e nos formulários para coleta e disponibilidade dos dados

de atenção à saúde²⁹. Da crítica administrativa e técnica advém o que chamamos de glosa.

A glosa é um cancelamento ou recusa, total ou parcial, por parte das OPSs de uma conta apresentada por um prestador de serviços com solicitação de explicação complementar referente a um serviço ou procedimento realizado ou insumo utilizado. É uma contestação e, portanto, gera conflitos^{1,13}. O processo de glosas, que está abrigado na auditoria operacional, classificado em glosas contratuais e administrativas; envolve a conferência das contas relativas a ações médicas, avaliação da qualidade da assistência prestada e justificativas anotadas³⁰.

O Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS)³ também define a glosa como a rejeição total ou parcial de recurso financeiro do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizado pelos estados, Distrito Federal e municípios de forma irregular ou cobrados indevidamente por prestadores de serviços.

Temos também as definições advindas dos dicionários: Supressão total ou parcial de uma quantia averbada em um escrito ou em uma conta⁽³¹⁾. Cancelamento ou recusa, parcial ou total, de um orçamento, de uma conta ou de uma verba, por serem ilegais ou indevidos³². É a rejeição total ou parcial, com o consequente cancelamento, de verbas ou de parcelas de uma conta ou orçamento³³. Parecer negativo, crítica³⁴. Verificamos pelas definições que o termo glosa nos remete a um não pagamento de uma quantia por não conformidades encontradas nas análises efetuadas. É uma crítica encontrada em uma análise documental. Gera divergência e está sujeita a contestação.

As glosas classificam-se em administrativas e técnicas. As administrativas decorrem de falhas operacionais no momento da cobrança, de falta de interação entre a OPS e o prestador de serviço, ou, ainda, de falha no momento da análise da conta do prestador. As glosas técnicas relacionam-se à apresentação dos valores de serviços vinculados diretamente a assistência prestada ao paciente, materiais e medicamentos utilizados^{30,35}.

A crítica administrativa feita pela OPS é geralmente parametrizada dentro do sistema de informação usado para fins de processamento do faturamento. Esta parametrização envolve várias ações com inserção de dados dos beneficiários, dados de apólice, tabelas hospitalares, tabelas de preços e outros atributos administrativos capazes de fazerem críticas administrativas ao faturamento sem a participação humana. A participação humana acontece no momento em que os dados são inseridos no sistema. A isso chamamos de glosa administrativa. Dependendo do motivo que levou à crítica do sistema, ela poderá ser contestada (recurso de glosa)^{30,35}.

Há também a crítica feita pela OPS relacionada à área técnica do atendimento realizado aos beneficiários. Medicamentos não relacionados à patologia em questão, órteses, próteses e medicamentos especiais (OPMEs) não autorizados, tempo de permanência não compatível com a patologia e outros motivos. A isso chamamos de glosa técnica. Dependendo do motivo que levou à crítica ela também poderá ser contestada²⁹.

As OPSs têm na sua maioria um departamento chamado de recurso de glosa que pode estar atrelado ao faturamento, contas a pagar/receber ou mesmo a

auditoria técnica. Depende muito da estrutura organizacional da OPS. Na maioria dos contratos entre OPSs e prestadores de serviços há a possibilidade de recursos de glosas com réplicas e até trélicas com prazos definidos em contratos para que isso possa acontecer.

Dentro de uma visão muito peculiar da OPS que precisa ser levada em conta, e que está geralmente oficiada em contrato, é como deverá ser feito o pagamento do faturamento ao prestador de serviço. Em alguns contratos obriga-se ao pagamento da nota fiscal integral ao prestador de serviços de saúde e desconto da glosa em faturamento posterior, em outros contratos pode-se descontar a glosa administrativa e técnica realizada no processamento interno da OPS no faturamento de origem. É importante conhecer contratualmente em qual situação encontram-se determinados faturamentos para que possamos trabalhar com prazos eficientes em relação a recebimentos e contas a pagar e receber. Descontos em notas fiscais exigem um processamento mais célere do faturamento com glosas apontadas e relatório encaminhado ao prestador que terá interesse em recorrer o mais rápido possível. Quando a OPS paga integralmente a nota fiscal o processamento será feito e o recurso de glosa encaminhado celeremente ao prestador para que possa ser feita a análise e devolução dos ativos no menor tempo possível, observando-se sempre as regras contratuais entre ambos.

As glosas hospitalares são ações frequentes nas rotinas dos auditores das OPSs, visto que eles desenvolvem uma análise retrospectiva do faturamento. Paralelamente, os prestadores buscam, sem trégua, diminuir esses índices e otimizar o uso dos recursos³⁶.

Importante estabelecer indicadores de desempenho dentro da OPS para conhecer os motivos que levaram as glosas quer sejam elas administrativas ou técnicas. Claro está que glosas de caráter administrativos serão mais fáceis de serem tratadas caso se observem que foram feitas devido a não parametrizações do sistema operacional ou mesmo a não atualização do sistema de faturamento médico hospitalar e de suas tabelas e contratos. A glosa técnica por sua própria natureza requer um olhar mais apurado e saberes mais refinados para sua mitigação. É importante identificar quais os principais motivos que geram as glosas, pois isso pode proporcionar a criação de estratégias, para evitar não conformidades nesse processo ²⁹.

1.2 Justificativa da pesquisa

Investigar as glosas a partir da visão de uma OPS na modalidade de autogestão, de abrangência nacional e por um período de cinco anos (2018 a 2022) constituiu-se em grande desafio. Há uma escassez de estudos que façam a análise sob o ponto de vista exclusivo de uma OPS. A robustez do estudo está na análise do período de cinco anos contemplado na pesquisa e no grande volume de dados analisados.

É importante salientar que esse período coincide com o da pandemia da COVID-19; momento ímpar na saúde mundial. Especificamente, 2020 a 2022, a continuidade da prestação de serviços foi fortemente comprometida, mas não invalidaram os processos de prestação dos serviços médicos, hospitalares e seu

faturamento e consequentemente as glosas decorrentes do faturamento. Hospitais e planos de saúde sofreram margens flutuantes ou decrescentes em seus rendimentos e tiveram dificuldades de caixa no período³⁷.

Na pandemia, indicadores publicados pela Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), mostraram aumento do volume de glosas de 3,6% para 4,9% e também nos prazos de recebimento das faturas hospitalares que passaram de 68 para 75 dias³⁸. Informação importante para a gestão considerando o fluxo de recebimento de contas dos prestadores de serviço.

A visão da glosa na perspectiva da OPS é diferente da visão de um prestador de cuidados assistenciais por exemplo, o hospital. A OPS é a fonte pagadora do faturamento apresentado pela instituição prestadora de serviço e para isso é fundamental que esse faturamento seja apresentado dentro dos parâmetros exigidos pela agência reguladora da saúde complementar a ANS e pelos critérios homologados em contratos e tabelas assinados entre as partes.

Essa exigência faz-se necessária para que os processos internos de apropriação das despesas por apólices e por beneficiários sejam feitos da melhor forma possível e com a melhor acurácia para que as informações a serem transmitidas à ANS sejam precisas e para que os dados econômico-financeiros sejam exatos, para que os cálculos atuariais também possam ser fidedignos. Diferente da visão meramente econômico-financeira dos prestadores de serviço, principalmente, hospitais da rede credenciada/referenciada, que não prestam contas à agência reguladora, ANS, somente aos seus acionistas e/ou donos. As

OPSS têm obrigações com o órgão regulador, ANS, que precisam ser cumpridas com o rigor que é exigido e demandado.

As OPSS com abrangência nacional possuem diferentes perfis de contratação e de tabelas com seus prestadores de serviços médicos e hospitalares. Estas peculiaridades precisam ser entendidas e mensuradas para que a alta direção da OPS possa tomar decisões administrativas baseadas em indicadores de desempenho com relação aos processos e perfil de glosa com vias a mitigá-las. Conhecendo suas causas, pode-se tomar medidas corretivas e junto aos prestadores de serviços propor novas negociações de serviços e tabelas de precificação ou simplesmente uma tabela de conceitos onde sejam elencados componentes de determinados itens de cobrança, minimizando erros ou discrepâncias. Pode-se também propor-se formas de uma educação continuada entre a OPS e o prestador de serviço, a fim de instruir o prestador quanto as peculiaridades de recebimento das cobranças pela OPS evitando reprocessamentos ou glosas^{19,39,40}.

Mensurar e conhecer os indicadores nas OPSS instrumentalizam os gestores a planejar medidas administrativas no sentido de mitigar as glosas oriundas de falhas processuais e de fluxos dentro de seus sistemas internos e indicar aos prestadores de saúde, dentro dos padrões da ANS de recurso de glosas quais foram os motivos que levaram as mesmas a acontecerem. A padronização traz uniformidade de análise.

A glosa em saúde não é a vilã de todas as mazelas imputadas às OPSS. É preciso entender por que ela acontece e ter as ferramentas de gestão necessárias

para minimizá-la, com isso contribuímos para a profissionalização do setor. A auditoria em saúde e seus processos técnicos e administrativos buscam incessantemente o uso racional dos recursos em saúde para garantia da solvência e perenidade do setor.

Neste contexto, atualmente, seria impensável pensar a auditoria sem a utilização de recursos tecnológicos como *softwares* específicos para faturamento, como inteligência artificial (IA) com *machine learning* em funções antes feitas só pelo auditor⁴¹.

O mais importante é manter-se dentro dos postulados éticos exigidos pelos códigos de Deontologia Médica e de Enfermagem(42,43) e mais do que tudo o auditor deve saber que não é um fiscal, tão pouco um juiz e evitar sempre atitudes policiaescas e desmedidas. Auditoria tem origem no latim, “*audire*”, ouvir. Então o auditor deve saber ouvir, analisar a situação e valer-se dos documentos apresentados inseridos nos prontuários clínicos dos pacientes e nos relatórios encaminhados a OPS. Atitudes agressivas devem ser evitadas, bem como, atitudes autoritárias e impositivas. Uma boa conversa é a base de toda boa argumentação; afinal auditores e auditados são profissionais da saúde que devem preservar a boa prática assistencial e o bem-estar do nosso cliente/beneficiário que é o paciente que se encontra numa situação de fragilidade e de desamparo frente a uma patologia que o limita e o aflige⁵.

A glosa zero é um objetivo a ser alcançado. Será possível? Será que talvez devêssemos falar em “erro zero”, mas como erros são sempre possíveis de acontecer, teremos que nos preocupar em acertos e correções de faturamentos

ainda por um bom período. A possibilidade de uma mudança poderá ser percebida quando tivermos mudanças mais robustas no modelo de remuneração dos prestadores de serviço com o abandono do modelo hegemônico atual o *fee for service* para procedimentos gerenciados e também modelos baseados em valor em saúde (VBHC)^{37,44}.

Um dos desafios a ser vencido será o de apresentar para os beneficiários dos planos de saúde que os auditores em saúde não estão exercendo seu papel coibindo o acesso à assistência médica, mas sim estão exercendo com muita dedicação, profissionalismo, educação continuada e ética, a regulação do acesso em saúde baseada em saberes científicos vigentes sem achismos ou oportunismos. Estão trabalhando na viabilidade da saúde suplementar.

2.OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil das glosas em uma OPS na modalidade de autogestão.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as glosas;
- Elaborar indicadores relacionados às glosas;
- Identificar os tipos de glosas;
- Investigar os motivos de glosas;
- Mapear a distribuição das glosas em território brasileiro;
- Analisar a variabilidade das glosas entre as regiões brasileiras;
- Propor ações de melhoria a OPS e rede credenciada de prestadores de serviço.

3.MÉTODO

3.1Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa transversal de campo, com delineamento descritivo, com abordagem quantitativa do tipo analítica, com correlação entre as variáveis, realizada no período de 2018 a 2022. Por meio da pesquisa quantitativa há a classificação e análise de dados brutos para verificar eventos. Usa-se para este fim, ferramentas como métodos estatísticos e coleta de dados⁴⁵.

A abordagem analítica, por outro lado, busca explicar o contexto de um fenômeno em um grupo, população ou grupos avaliando de forma aprofundada as informações coletadas em um estudo específico, seja experimental ou observacional. Por estabelecer uma relação de causalidade, é tida como mais complexa que a pesquisa descritiva⁴⁶.

3.2 Local de pesquisa

A OPS em questão opera na modalidade de autogestão, é de médio porte, de abrangência nacional, com média de 40 mil beneficiários no período estudado, predominando a população idosa de 60 e mais anos (56,3%). A modalidade de autogestão segue as diretrizes da Resolução Normativa nº 137/2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁴⁷.

A escolha deste local de estudo, deu-se devido à escassez na literatura, acerca de estudos sobre OPS na modalidade de autogestão, sendo de relevância

compreender como ocorre a glosa em um ambiente que difere dos cenários organizacionais comumente abordados na literatura, somado a este fator, a facilidade em obter os dados contribuiu para sua seleção.

Esta Operadora é um plano de saúde de contratação coletiva empresarial, oferta a seus associados, entre outros, o benefício da assistência médico-hospitalar, autoadministrado e sem finalidade lucrativa, disponibilizado a partir de um convênio firmado entre os patrocinadores e ela, viabilizando aos servidores públicos, ativos ou inativos e suas famílias o direito à assistência à saúde, que compreende a assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica.

Em relação à cobertura oferecida, abrange os quatro níveis de atenção à saúde, contempla o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e também analisa coberturas extra rol, havendo inclusive cobertura para transplantes. Ainda, adota o modelo de remuneração '*fee for service*' o mais aplicado na saúde suplementar.

3.3 População da pesquisa

A população consistiu por registros da glosa, em que seus motivos foram analisados conforme Tabela de domínio do padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS), no período de 2018 a 2022.

Os critérios de inclusão foram compostos por todos os registros completos sobre glosas relacionadas a diferentes tipos de serviços médicos ou

procedimentos, como consultas, exames laboratoriais, procedimentos cirúrgicos, terapias, entre outros, para garantir a representatividade dos dados. Os critérios de exclusão foram compostos por documentos incompletos, erros na codificação dos procedimentos ou diagnósticos e erros de digitação.

3.4 Preceitos éticos e legais

Seguindo os preceitos éticos, o projeto foi submetido à autorização da OPS em estudo. Por utilizar dados secundários provenientes da consolidação de relatórios da OPS, está em conformidade com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), dispensando sua análise pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

3.5 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados pela pesquisadora, no período de outubro a dezembro de 2023, mantendo a confidencialidade dos beneficiários.

A OPS adota um sistema de informação padronizado em cada uma das suas unidades distribuídas em todo território nacional, garantindo a qualidade da informação gerada e ao mesmo tempo implicando em desafio o grande volume de dados. O acesso ao sistema de informação e mais especificamente ao faturamento, foi relevante para obtenção dos dados sobre glosas nos últimos cinco anos, tema desta pesquisa.

A partir da coleta de dados, obteve-se variáveis referentes as glosas: ocorrência, tipos, motivos, local, estado e região.

Os motivos de glosas foram classificados segundo a tabela de domínio de padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (TISS).

Os indicadores de glosas foram calculados de acordo com Farol(48).

$$\text{GLOSA} = \frac{\sum \text{valor da glosa}}{\sum \text{Valor total faturado}} \times 100$$

$$\text{GLOSA PER CAPITA} = \frac{\sum \text{valor da glosa}}{\sum \text{beneficiários}} \times 100$$

3.6 Tratamento e análise dos dados

Inicialmente, utilizou-se o *software Business Intelligence* (BI). Neste *software*, os dados apresentados são estruturados e padronizados, segundo objetivos traçados. Graças a esses fatores, os possíveis erros de entrada e inconsistências são reduzidos, sendo mais fácil validar a precisão e a consistência dos dados coletados por meio de verificações internas no programa, gerando assim, qualidade aos dados.

Posteriormente, aplicado o *software Qlik Sense® v13.21*, explorando sua capacidade de *analytics* baseada em inteligência artificial e a linguagem de programação própria, *QlikView Scripting Language* (QVSL).

A coleta e preparação de dados precederam o desenvolvimento de *dashboards* interativos, possibilitando uma análise visual e aprofundada. A

utilização de recursos de inteligência artificial do Qlik Sense® permitiu identificar padrões, tendências e motivos para glosas, oferecendo insights sobre custos, variações geográficas e oportunidades de melhoria nos processos de aprovação de procedimentos.

Os resultados foram agrupados gerando relatórios executivos, destacando áreas críticas e oportunidades para otimização no sistema de saúde da OPS. Ainda neste estudo, focou-se, principalmente, na análise de estatísticas descritivas básicas, incluindo números absolutos e relativos, tanto para variáveis numéricas quanto categóricas.

A estatística inferencial foi empregada execução dos testes de ANOVA, Wilcoxon e Post-hoc de Dunn visando identificar possíveis variabilidades dos valores encontrados em relação aos anos e às diferentes regiões do Brasil⁴⁹.

Os mapas foram confeccionados usando o programa de georreferenciamento QGIS⁵⁰.

3.RESULTADOS

Nos cinco anos, foram apresentados R\$ 1,8 bilhão em PEGs, com média de R\$ 366 milhões por ano. O valor glosado total foi de R\$ 184 milhões, equivalente a 10% do valor apresentado (ver Tabela 1 e Figura 1). O ano de 2019 teve o maior valor apresentado (R\$ 434 milhões) e o maior valor glosado (R\$ 44 milhões). Foram 344 mil PEGs glosadas nos cinco anos, com uma média de 68 mil PEGs por ano, resultando em uma glosa média de R\$ 536,47 (ver Figuras 2 e 3)

Tabela 1. Distribuição do valor dos Protocolos de Entrega de Guias (PEGs) apresentados e glosados de uma Operadora de Autogestão em Saúde, segundo o período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Ano	Apresentado (R\$)	Glosado (R\$)	PEG Glosadas (N)
2018	420.157.955,78	41.454.372,03	76.469
2019	434.421.896,65	44.842.866,09	84.400
2020	322.562.703,93	34.647.860,80	60.627
2021	322.143.165,69	29.623.968,42	61.365
2022	334.154.817,36	34.281.806,76	61.705
Total	1.833.440.539,41	184.850.874,10	344.566

Fonte: Autor

A figura 1 mostra média da taxa de glosa de 10%, com variação de 10,74% (2020) e menor 9,2% (2021) no período pandêmico.

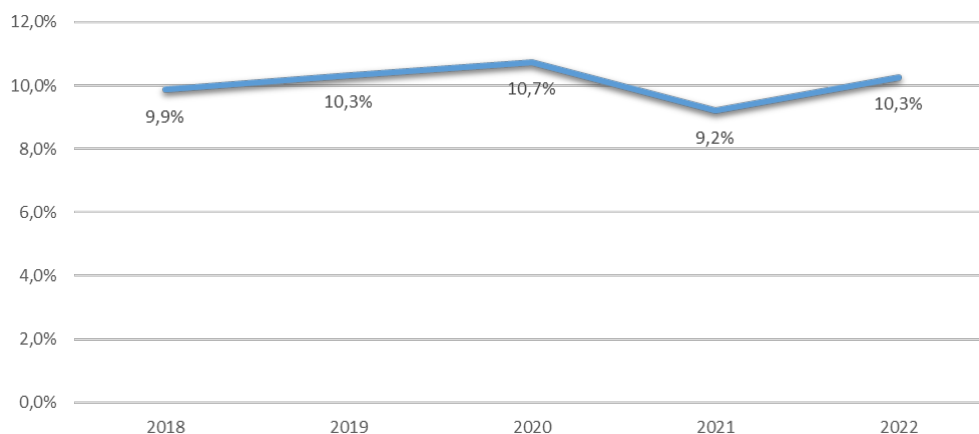


Figura 1. Distribuição da taxa de glosa em uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

O valor da glosa média teve uma variação nos anos de 2020-2021. No primeiro ano de pandemia, a glosa média aumentou em relação ao ano anterior de R\$531,31 para R\$571,49 e, no segundo ano de pandemia, o valor caiu, para R\$ 482,75. Essas variações não apresentaram diferença estatística significativa ($p = 0,6858$) (Material Suplementar 1). Não apenas as glosas médias não apresentaram variação significativa ao longo dos anos, os valores apresentados, valores glosados, número de PEGs glosadas e as taxas de glosa igualmente não apresentaram variação significativa (Material suplementar 1)

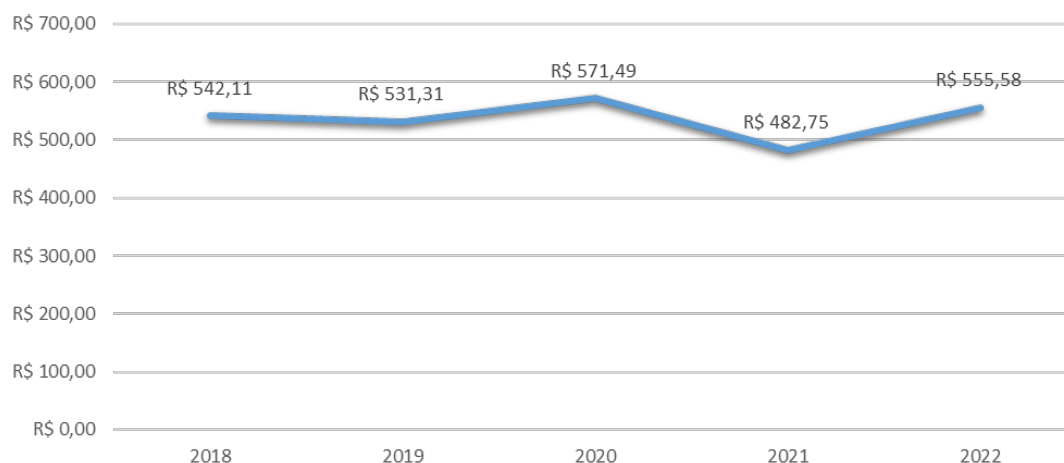


Figura 2. Distribuição do valor médio glosado em uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

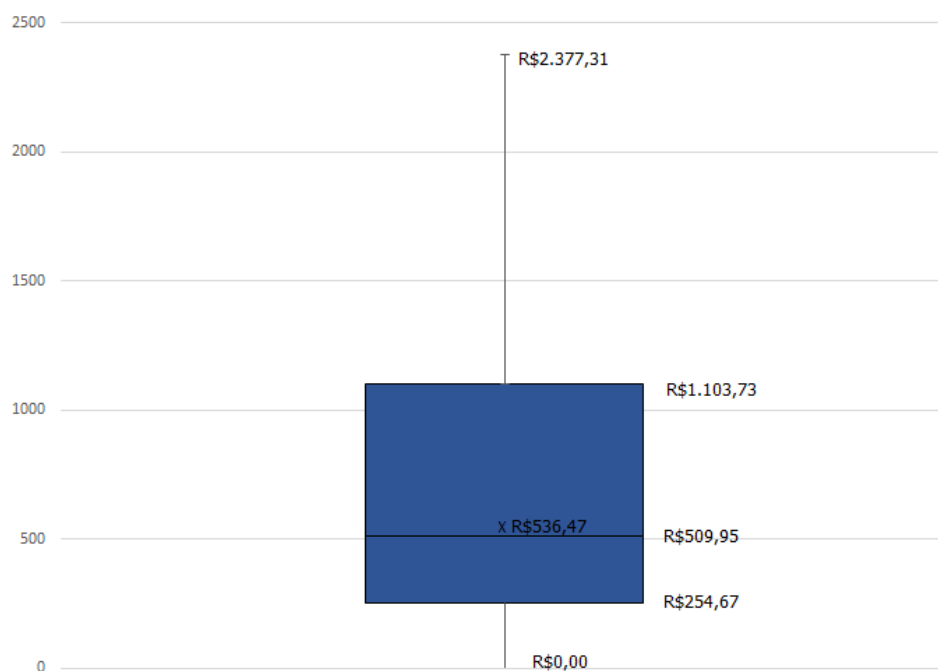


Figura 3. Diagrama de caixa dos valores glosados em uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

O quantitativo de beneficiários apresentou queda contínua durante o período de investigação, de 64 mil beneficiários em 2018 para 24 mil em 2022, totalizando uma redução de 61,39% na OPS em questão. (Figura 4)

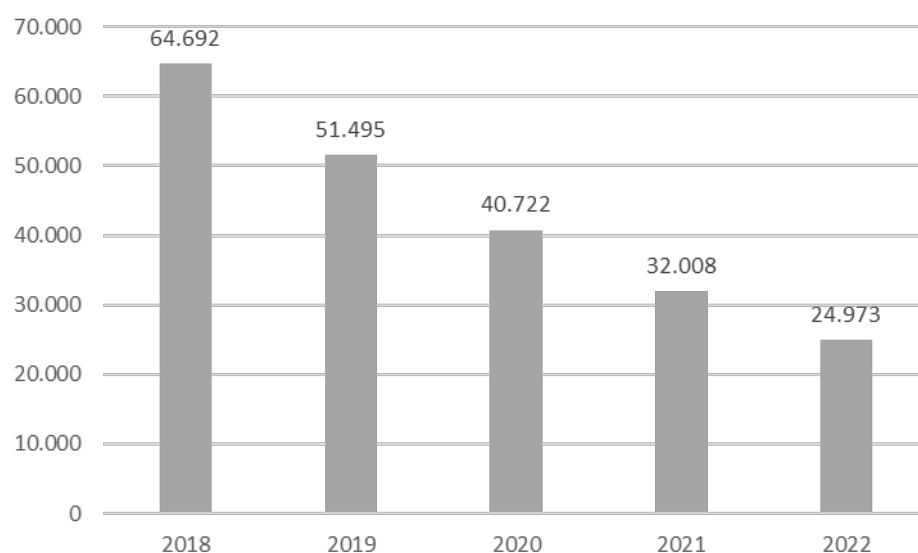


Figura 4. Distribuição de beneficiários de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

A queda se mostrou presente em todas as Unidades da Federação, variando entre 49,61% (DF) e 88,48% (AC) (figura 5) (material suplementar 2)

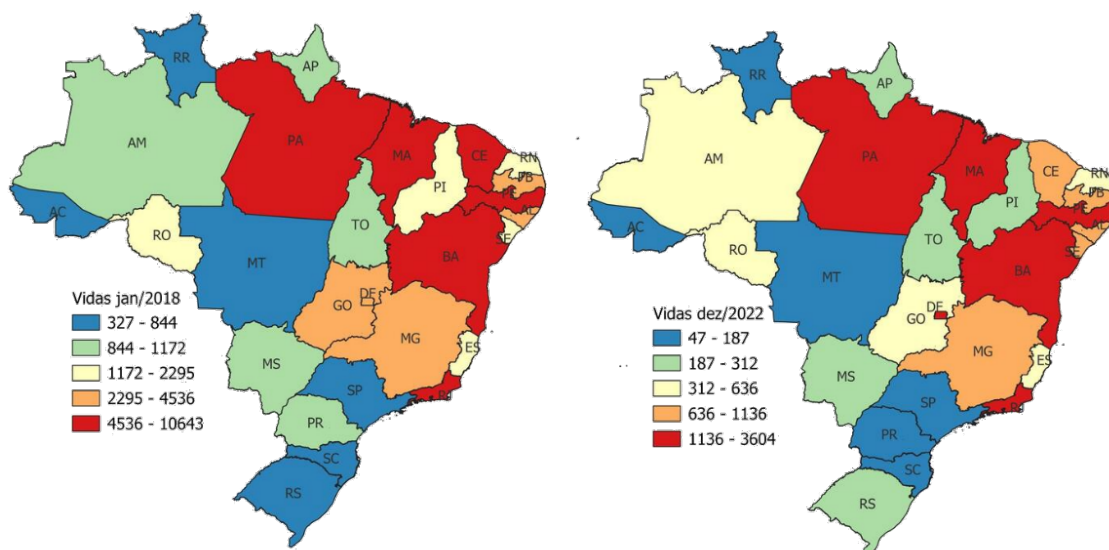


Figura 5. Distribuição de beneficiários por unidade da federação de uma Operadora de Autogestão em Saúde, no início e fim do período de análise. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Este fato, somado aos valores da glosa média por ano, aumentou a glosa *per capita*, atingindo uma elevação de 114,2% de 2022 em relação a 2018 (Figura 6).

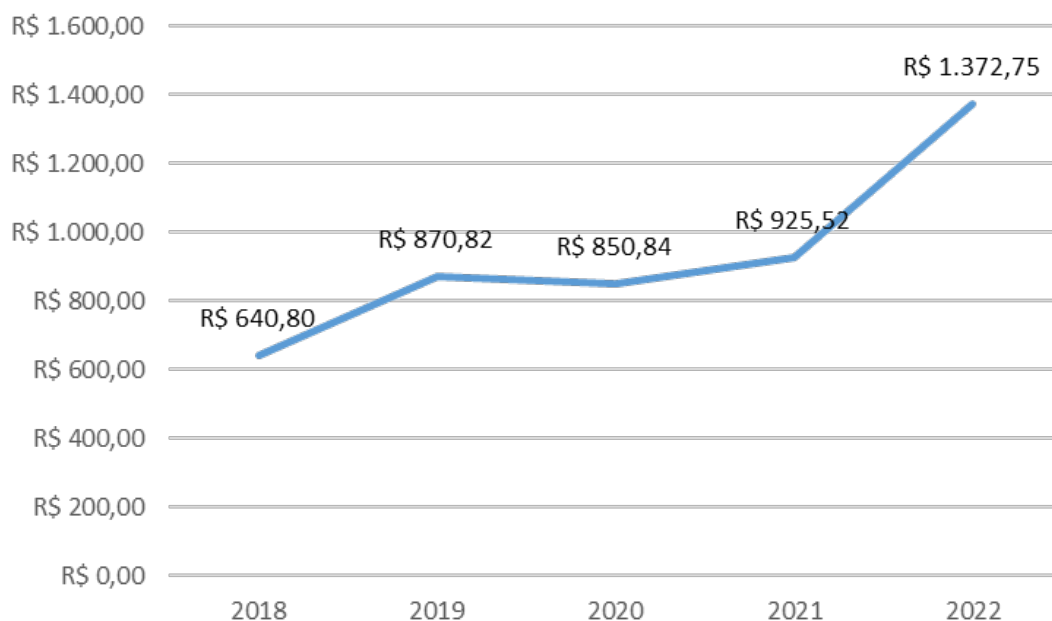


Figura 6. Distribuição da Glosa *per capita* de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Dentro das esferas de atendimento, não houve uma grande diferença no valor absoluto das glosas (Figura 7). O valor total da esfera hospitalar nos cinco anos, de R\$ 111 mil, foi um pouco maior do que o valor da esfera ambulatorial, de R\$ 73 mil.

Essa diferença aumentou muito a glosa média, uma vez que a quantidade de internações é muito menor que o número de atendimentos ambulatoriais. A glosa média hospitalar dos cinco anos foi 14 vezes maior que a ambulatorial (Figura 8). A glosa ambulatorial nos cinco anos foi de R\$ 235,04, enquanto a glosa hospitalar foi de R\$ 3.423,97.

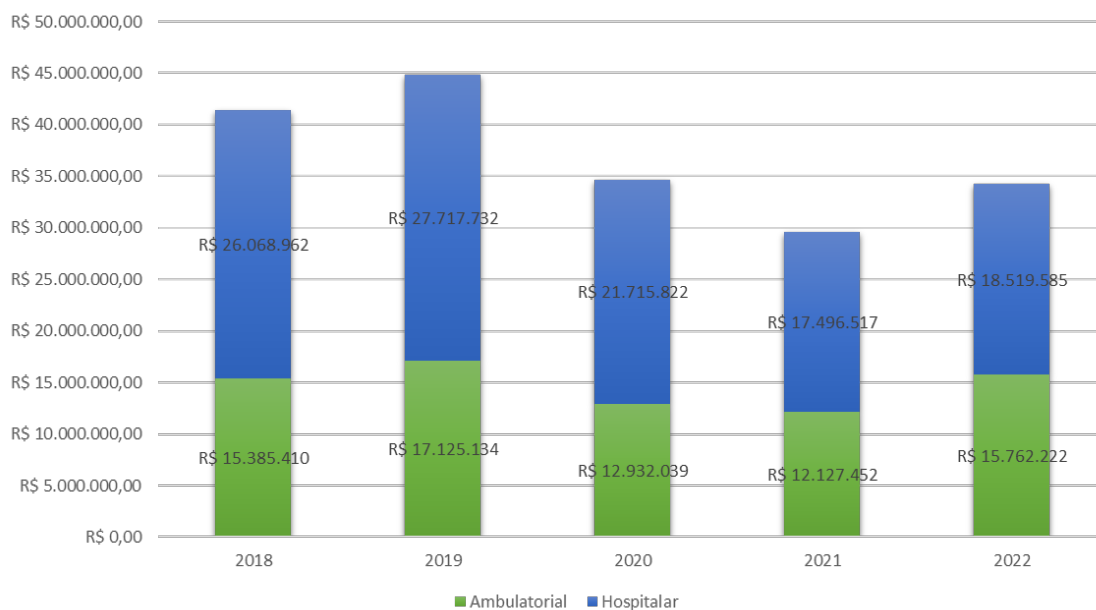


Figura 7. Valor total glosado por esfera de atendimento de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

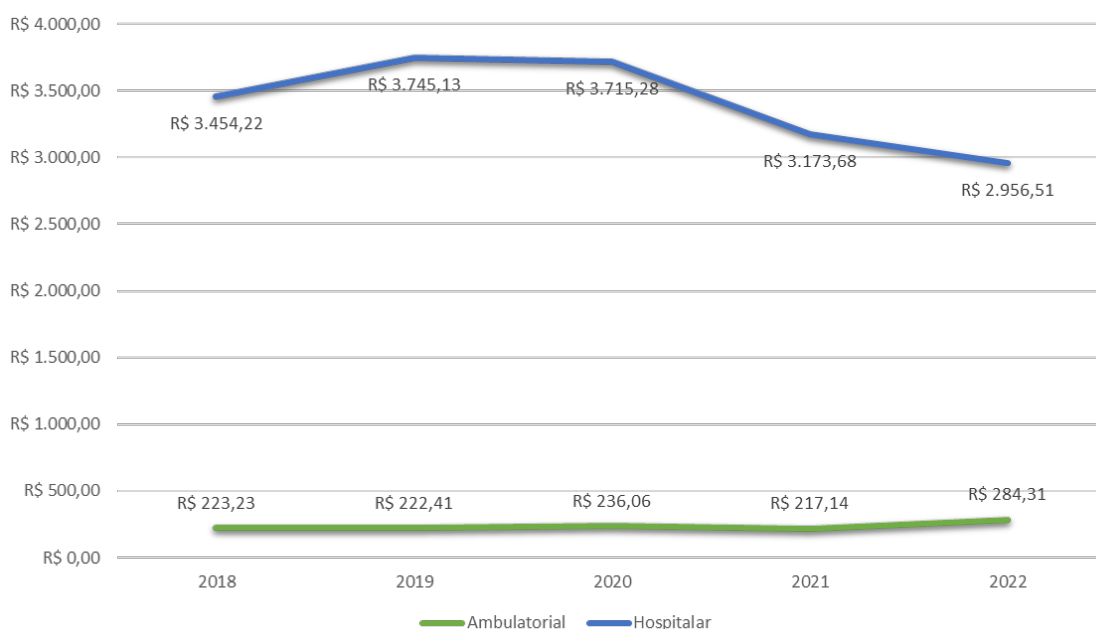


Figura 8. Glosa média por esfera de atendimento de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Em relação as glosas por Unidade da Federação (UF), houve grandes diferenças entre os valores apresentados e os glosados. Os valores apresentados variaram de R\$ 1,5 milhão (Roraima) a R\$ 282 milhões (Pernambuco) (figura 9). As glosas variaram de R\$ 143 mil (Roraima) a R\$ 25 milhões (Distrito Federal) (Figura 10). (Material Suplementar 3).

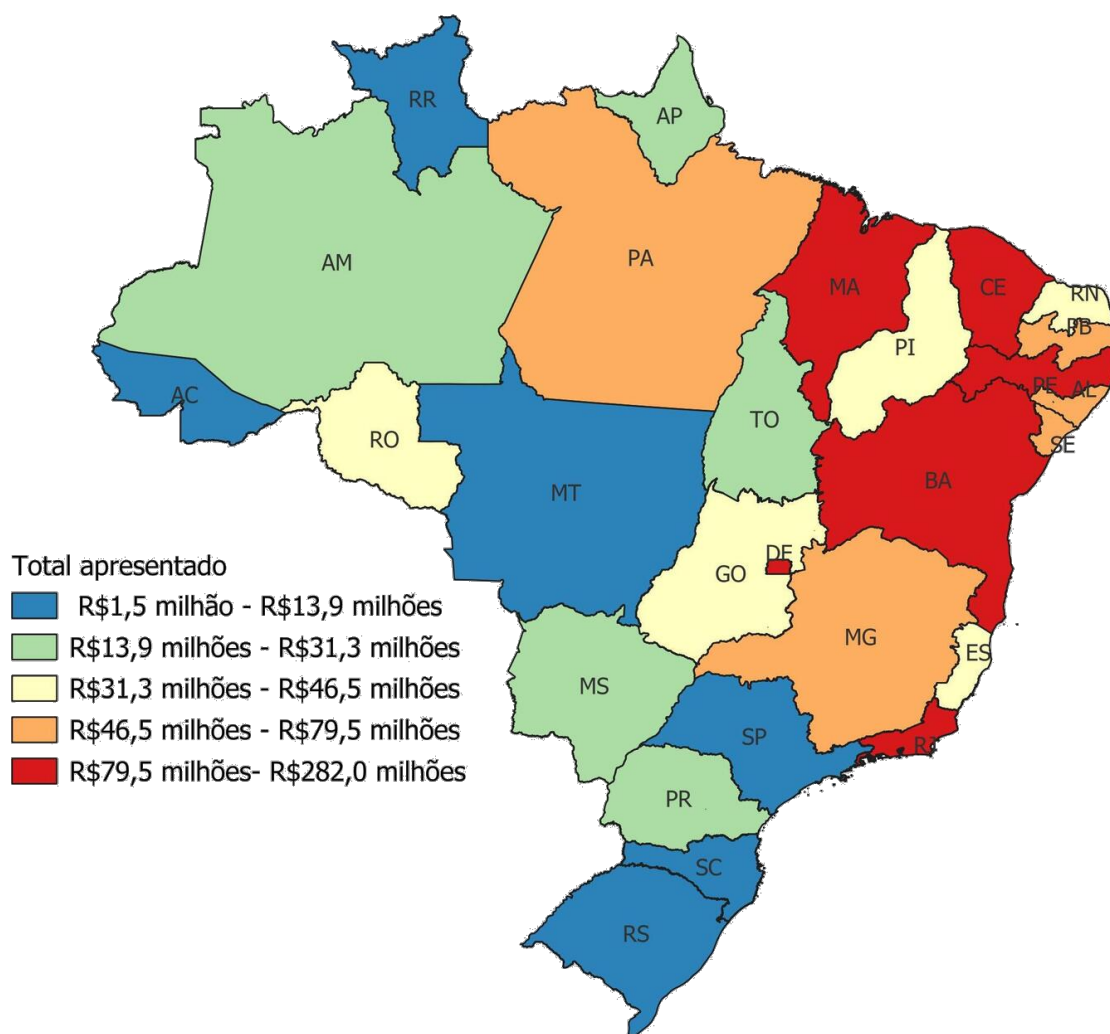


Figura 9. Valor apresentado segundo distribuição por Unidade da Federação de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

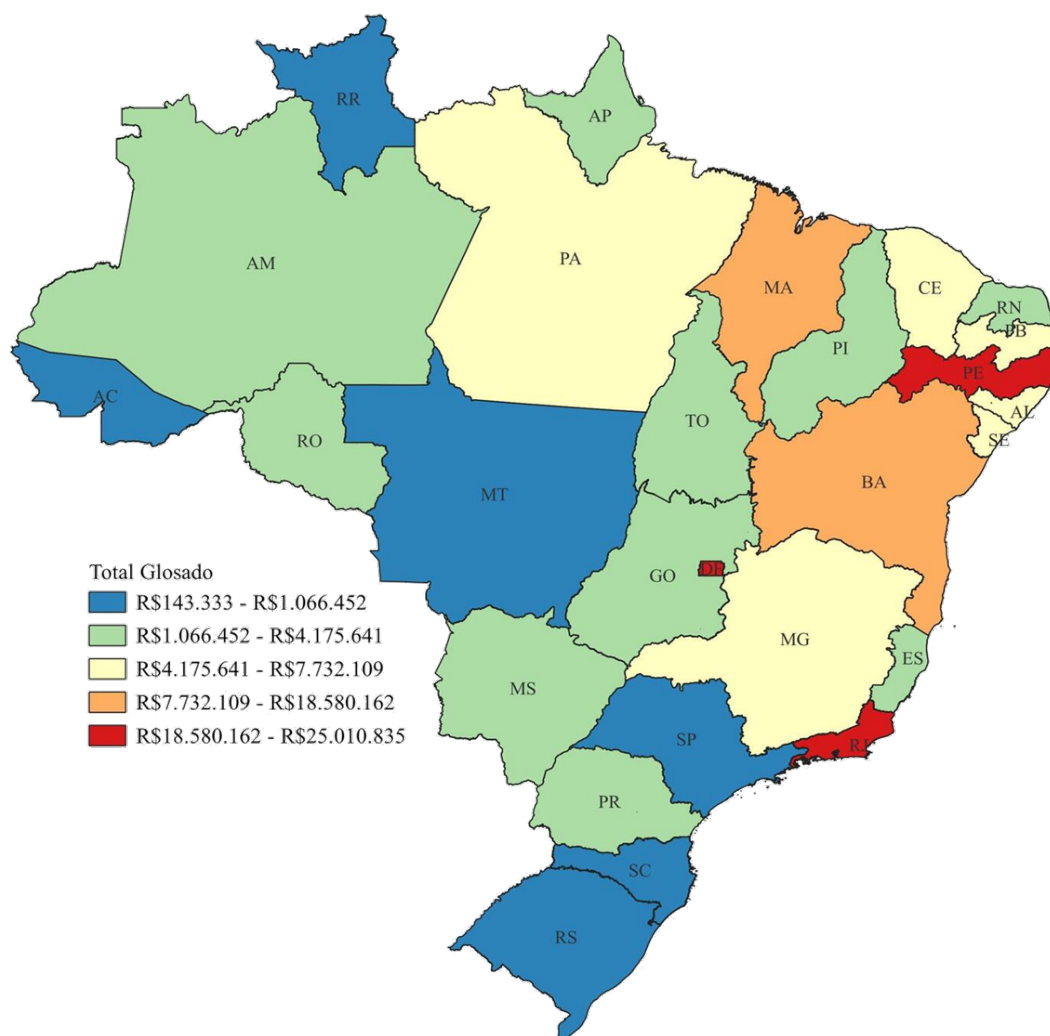


Figura 10. Valor glosado segundo distribuição por Unidade da Federação de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Quando calculamos as glosas médias de cada UF, mesmo com uma pequena variação de R\$ 454,64 em Minas Gerais a R\$ 585,69 no Distrito Federal (Figura 10), tivemos uma variação estatisticamente significativa entre as UFs (Wilcoxon, $p=0,0049$). (material suplementar 4)

As porcentagens de valor glosado oscilaram de 7,84% no Mato Grosso a 18,12% em Tocantins (Figura 11). Já a porcentagem do valor glosado não teve variação significativa entre as UFs (Wilcoxon, $p=0,7007$). (material suplementar 4)

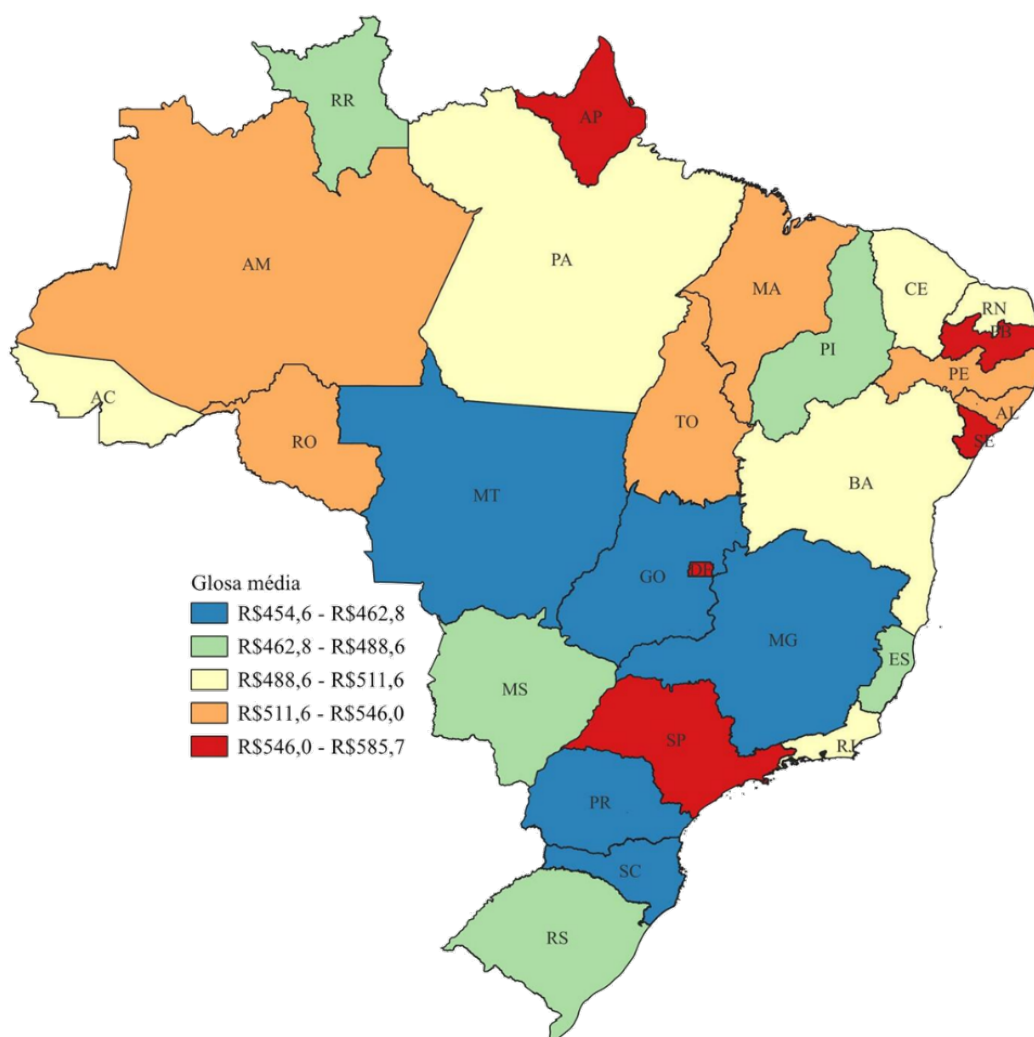


Figura 11. Valor da glosa média distribuída por Unidade da Federação de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

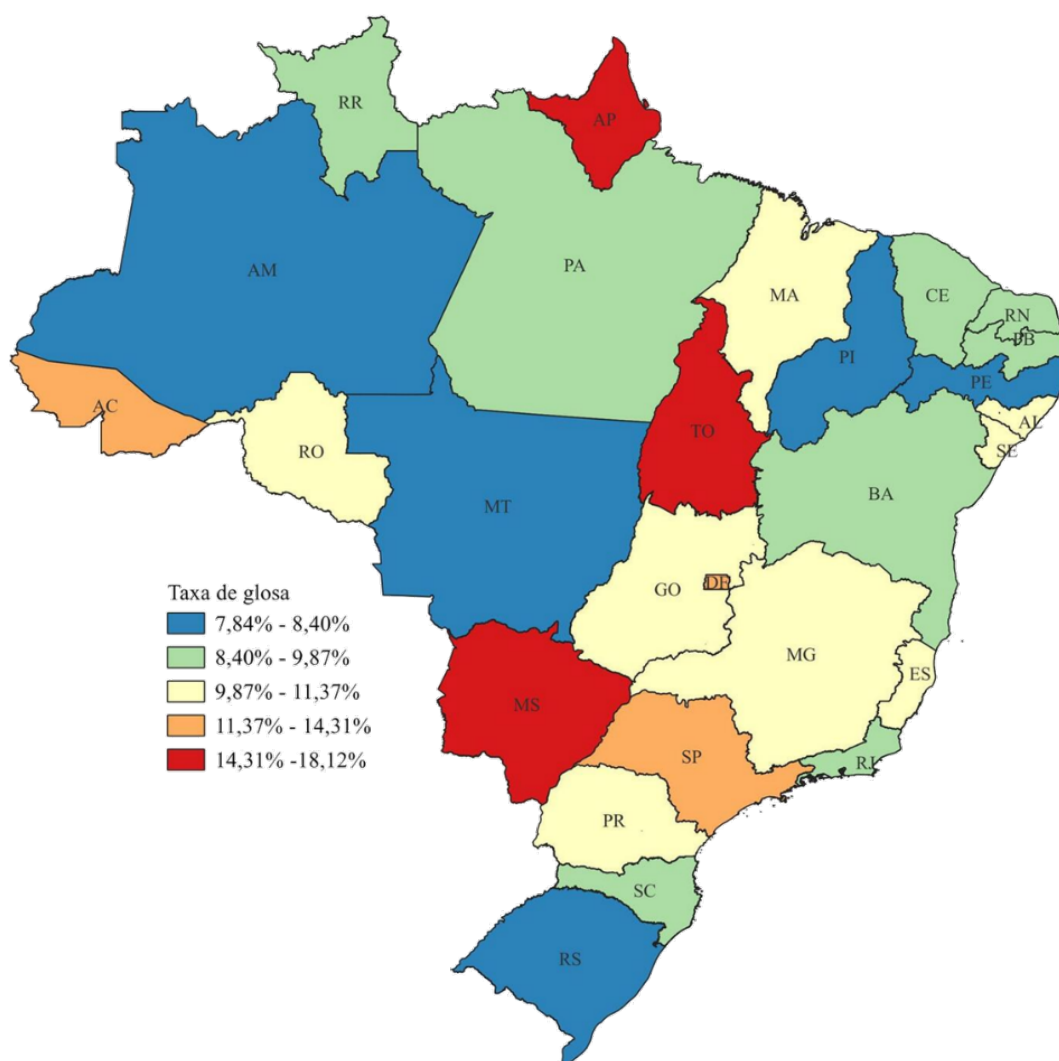


Figura 12. Taxa de glosa segundo Unidade da Federação de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Apesar dessa disparidade significativa das glosas médias entre as UFs, essa diferença não se reflete ao averiguarmos as UFs separadas por sua região de origem. O valor médio da glosa (Figura 12) não apresenta diferença quando consideramos as regiões (ANOVA: $p=0,14346$). (material suplementar 5)

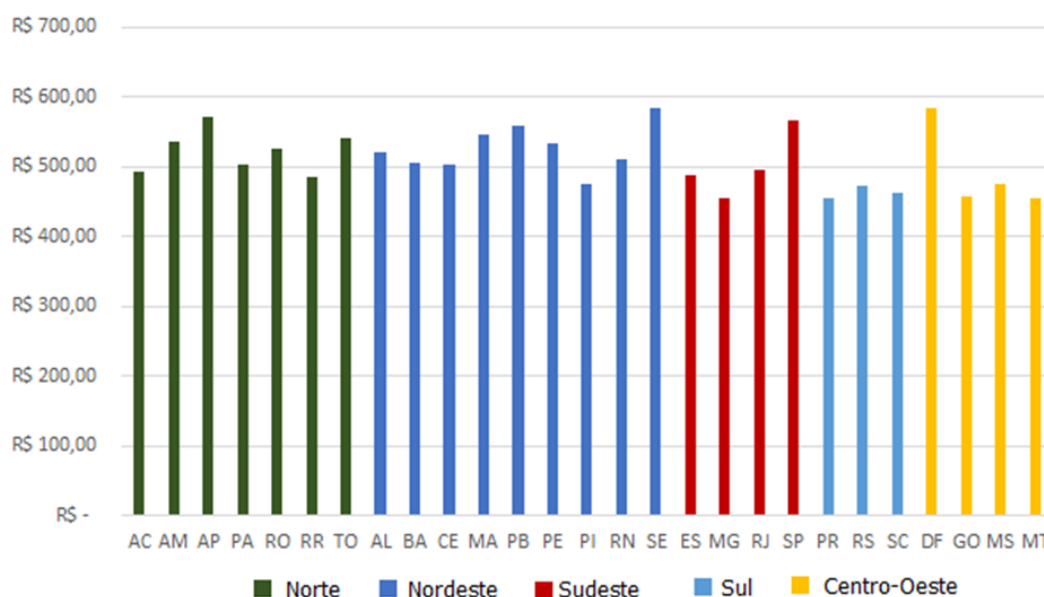


Figura 13. Glosa média por unidade da federação em cada região do país de uma Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Não observamos diferenças na média das glosas no país como um todo ao longo dos cinco anos analisados (Figura 2 e material suplementar 1). No entanto, ao separarmos as glosas médias por UF, obtivemos uma variação significativa e uma clusterização dos anos.

Há uma diferença significativa nos valores medianos glosados nas UF por ano (ANOVA: $p=1,8E-18$) (Figura 14 e material suplementar 6) e essa diferença dividiu o valor das glosas em três grupos (teste *post-hoc* de Dunn). As glosas ocorridas, em 2018 e 2019, são semelhantes entre si e diferentes dos outros anos, enquanto as glosas ocorridas, em 2021 e 2022, são semelhantes entre si e diferentes dos outros anos e as glosas ocorridas em 2020, são diferentes de todas (ver Figura 14 e material suplementar 7).

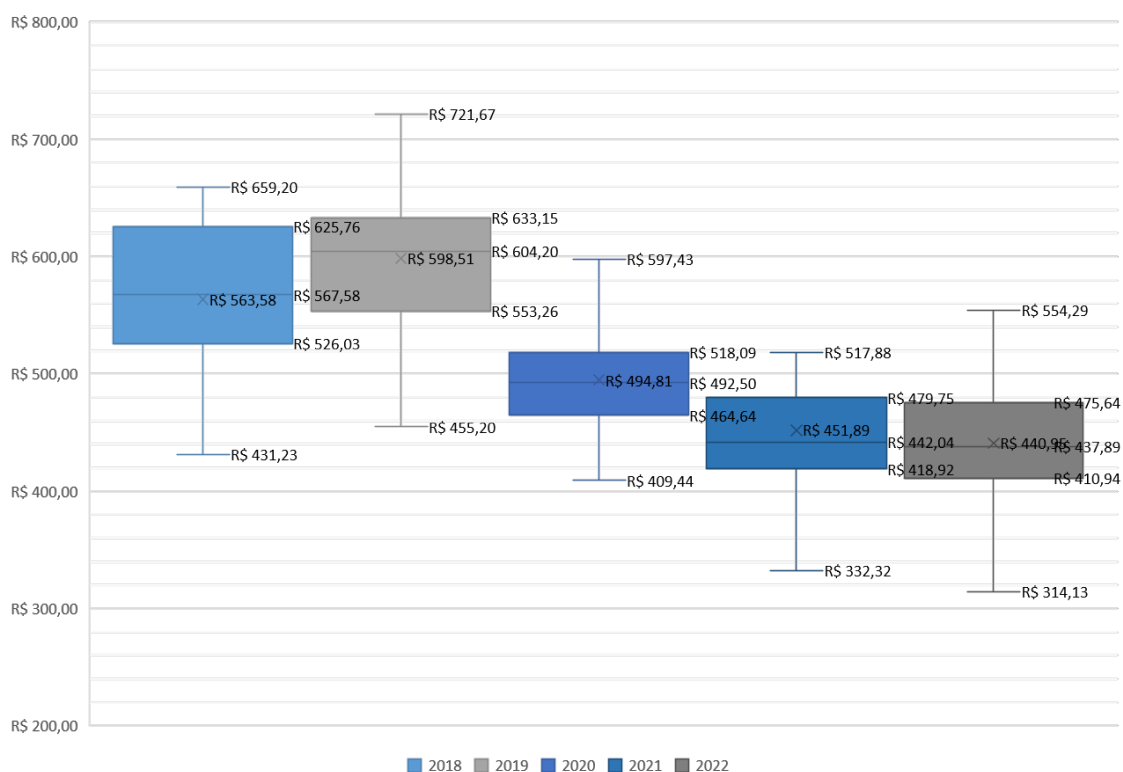


Figura 14. Mediana dos valores glosados nas UF por ano em Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

As glosas foram justificadas por 222 motivos diferentes e separadas entre motivos técnicos (70), administrativos (151) e desconhecidos (1) (material suplementar 8). Muitas glosas ocorreram por mais de um motivo. Houve glosas apenas por motivos administrativos, glosas apenas por motivos técnicos e glosas por motivos técnicos e administrativos. O valor glosado por motivo desconhecido foi de R\$ 44 milhões (24% do total) (Figura 15), restando R\$ 140 milhões para as três categorias (Tabela 2).

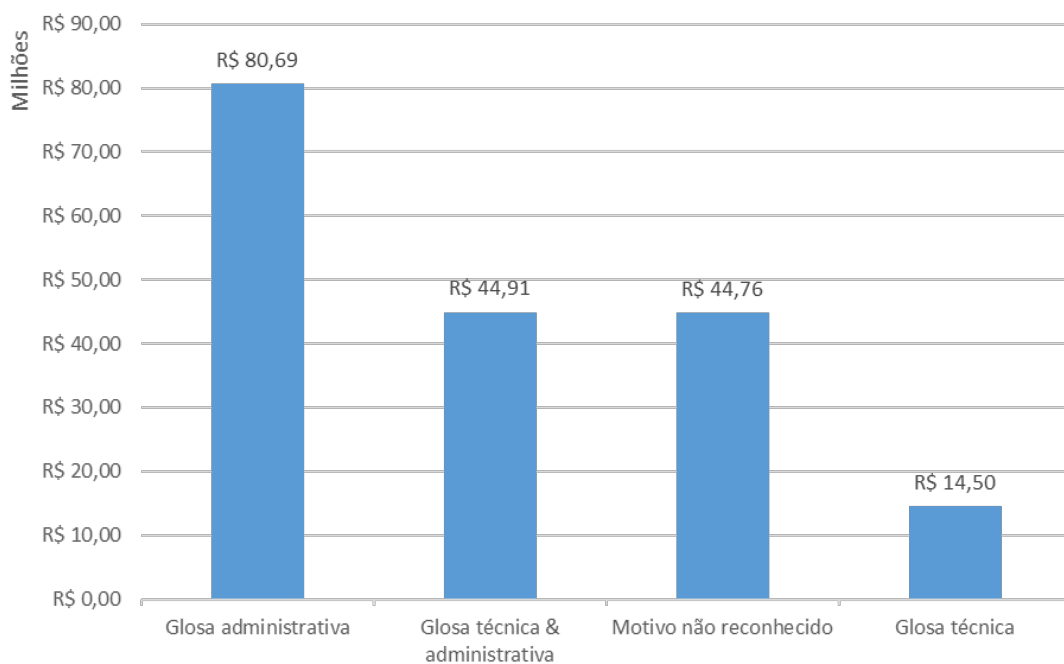


Figura 15. Valor glosado por motivo de glosa em Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Tabela 2. Valor glosado por motivo estabelecido em Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Tipo de glosa	Valor (R\$)	%
Glosa administrativa	80.686.076,09	57,6
Glosa técnica & administrativa	44.910.054,57	32,1
Glosa técnica	14.497.647,57	10,3
Total Geral	140.093.778,23	100,0

Como muitas glosas têm mais de um motivo para seu acontecimento, o valor total glosado por motivo ultrapassa o valor de todas as glosas; os principais motivos para glosa totalizaram mais de R\$ 193 milhões (Tabela 3).

Tabela 3. Principais motivos para glosa em Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024.

Motivos de glosa mais frequentes	Valor glosado	Tipo
O valor contratado é diferente do valor informado/apresentado.	R\$ 95.843.938,67	ADM
Para este procedimento necessita auditoria.	R\$ 27.159.266,24	TEC
Taxa / aluguel invalido	R\$ 10.891.490,27	ADM
Medicamento ou material com código tuss/ans mas sem preço no Brasíndice e/ou Simpro eletrônicos	R\$ 9.450.077,96	ADM
Valor apresentado a maior	R\$ 5.860.224,15	ADM
Glosa mantida conforme análise in loco	R\$ 5.836.564,41	TEC
Cobrança de material incompatível com o relatório técnico	R\$ 5.802.518,51	TEC
Usuário não possui cobertura para este procedimento.	R\$ 5.516.576,39	ADM
Para este procedimento necessita guia da operadora.	R\$ 5.150.838,86	ADM
Procedimento não autorizado pela operadora	R\$ 5.015.045,89	ADM
Procedimento bloqueado na especialidade de rede de atendimento.	R\$ 4.739.163,57	ADM
Cobrança de procedimento em duplicidade	R\$ 4.195.841,49	ADM
O valor contratado é diferente do valor informado/apresentado.	R\$ 4.155.775,39	ADM
Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado	R\$ 4.043.569,05	TEC
Outros 270 motivos administrativos diferentes	R\$ 46.345.739,41	
Outros 71 motivos técnicos diferentes	R\$ 26.088.526,54	

ADM, Administrativo; ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar; TEC, técnico; TUSS, Terminologia Unificada da Saúde Suplementar.

Os valores dos motivos glosados somados totalizaram R\$ 266 milhões, sendo 74,1% administrativos e 25,9% técnicos.

Os dados fornecidos pela ANS(51) indicam uma manutenção na porcentagem de glosa ao longo dos anos de 2019 e 2022. Ao selecionarmos as glosas para operadora de autogestão de médio porte, a taxa média de glosa ficou em 6,21% (Figura 16)

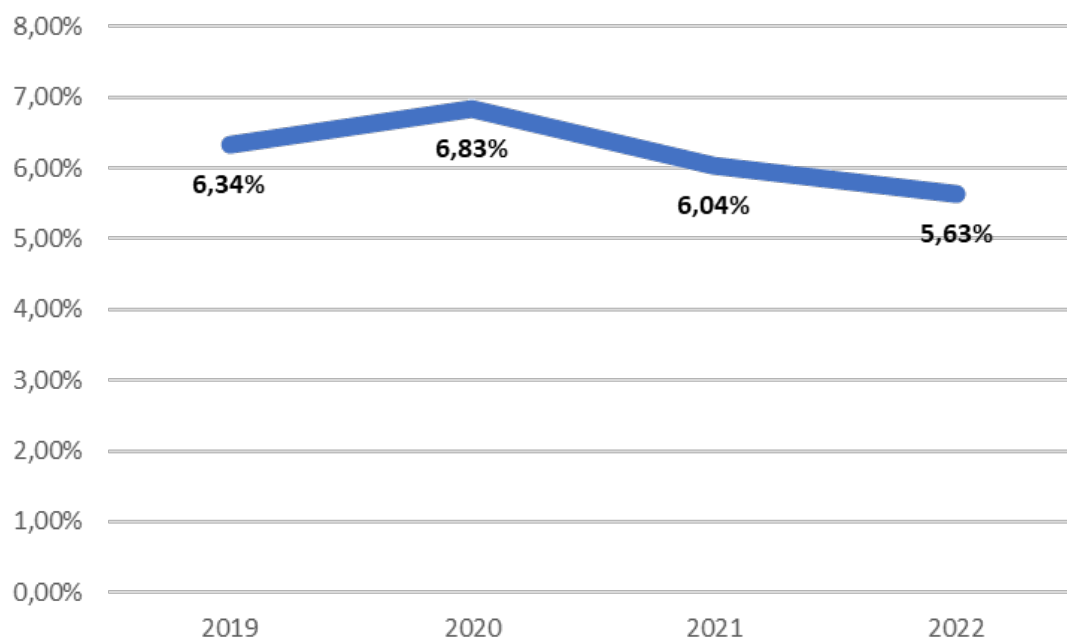


Figura 16. Taxa de glosa da Operadora de Autogestão em Saúde, período de 2018 a 2022. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

No painel de indicadores da setor ANS, Sala de Situação, encontramos que as OPSs de autogestão possuem menos de quatro milhões de beneficiários (52). Isso faz com que a nossa amostra (que oscilou de 24 mil a 64 mil beneficiários) seja muito significativa, estatisticamente relevante da realidade brasileira desse tipo/porte de OPS, uma vez que o método de Slovin(49) determina uma amostra de 400 indivíduos para manutenção da significância em 5%.

5.DISCUSSÃO

Quando procedemos ao levantamento dos dados relativos a cinco anos de uma OPS de médio porte na modalidade de autogestão, uma das primeiras informações a nos chamar a atenção foi que a glosa administrativa supera a glosa técnica. Isso foi observado durante o período de cinco anos a despeito das variações que ocorreram durante o período pandêmico, pré pandêmico e pós pandêmico, e mesmo com a variação decrescente do número de beneficiários da operadora. Os valores glosados e apresentados não tiveram grande variação ao longo dos cinco anos, sendo constantes, sem diferença estatística. A porcentagem do valor glosado e a glosa média também são constantes nos cinco anos, sem diferença estatística, apesar de uma pequena oscilação entre 2020 (aumento) e 2021 (queda). Essa oscilação não impacta o padrão das glosas no país como um todo ao longo dos anos.

A taxa de glosa nesta pesquisa no período entre 2018 e 2022, apresentou importante variação, partindo de 9,87%, em 2018, e alcançando 10,26%, em 2022. Durante esse intervalo, observou-se um aumento contínuo de 2018 a 2020, atingindo o pico de 10,74%, seguido por uma notável redução em 2021 para 9,20%. No ano subsequente, 2022, o percentual glosado retomou seu crescimento.

Os altos valores também foram encontrados em estudo realizado em dois hospitais no interior paulista, que apresentaram taxa de glosa de 10,90%/ano e 5,44%/ano³⁰. Segundo a ANAHP, em 2022, houve um crescimento no índice de glosa quando comparado a 2021³⁸.

Estudo conduzido, em 2022, envolvendo dois hospitais, não filiados a ANAHP, credenciados por diversas OPSs, evidencia disparidades significativas na relação entre valores financeiros e taxas de glosa. No primeiro hospital, algumas OPS registraram valores elevados nas faturas com taxas de glosa relativamente baixas (3,27% e 3,66%). Em contrapartida, outras OPSs apresentaram faturas com montantes menores, mas com taxas de glosa mais elevadas. Já no segundo hospital, duas OPSs apresentaram faturas mais vultosas e taxas de glosa mais reduzidas (0,81% e 1,76%). Por outro lado, duas outras operadoras registraram valores financeiros inferiores, mas apresentaram taxas de glosa substancialmente mais altas³⁰.

Toda essa observação nos levou a buscar na literatura quais seriam os determinantes que levam as glosas administrativas a superarem as glosas técnicas.

Várias possibilidades podem ser responsáveis por esta discrepância, se é que isso pode ser chamada de discrepância e não ser chamada de falha operacional relacionada à falta de treinamento das equipes internas.

Vale lembrar que, estudo realizado em 2000, já enfatizava a falta de treinamento das equipes internas de faturamento colocando que os dirigentes “são muito preocupados com fluxos de caixa, negociações de tabelas de preços com os diversos agentes financiadores, porém não finalizam o processo, deixando de especializar o seu pessoal de faturamento. Dá a entender que os dirigentes veem todo treinamento unicamente como despesa e não como investimento”⁵³.

A falta de treinamento de equipes já era uma das dores nos anos 2000. No nosso levantamento como pudemos observar o motivo mais expressivo de glosa

administrativa foi justamente o seguinte: “valor contratado diferente do valor informado”. Será que equipes previamente treinadas não minimizariam esta glosa? Será que se houvesse uma preocupação de ambos os partícipes em atualizar seus sistemas teríamos esta glosa? Vamos continuar classificando de glosa, ou vamos começar a entender que estas falhas são erros inadmissíveis nos atuais parâmetros exigidos dentro dos processos de faturamento e análise de contas médico-hospitalares? Com as dificuldades atuais de mercado e a culpabilização de todos por todos, a primeira opção seria olhar para dentro e verificar seus processos internos antes de culpar os processos dos outros e apontar o dedo somente para as OPSs a respeito das glosas.

Em 2003, as glosas já eram a regra e os prestadores de serviços já contratavam auditores para proceder aos “recursos de glosa” e, eventualmente, discutir e/ou negociar o assunto “tecnicamente” com o auditor do financiador⁵⁴.

A melhoria da qualidade da atenção médica, bem como, a redução dos custos já permeava as publicações, em 2003. A meta era estabelecer uma relação de custo e efetividade mais aceitável⁵⁴.

Interessante observar que publicações de mais de vinte anos atrás nos mostram situações que pudemos observar durante nossa pesquisa. Então a pergunta que se coloca é praticamente sempre a mesma: O que temos que fazer para minimizar essa situação? O que podemos ou temos que fazer? Várias possibilidades de melhorias podem e devem ser implementadas nos setores de faturamento das instituições hospitalares e no setor de contas médicas-hospitalares das OPSs. Isto traz para o setor um sentido de profissionalização antes não

percebido. Verdadeiros departamentos de auditoria são implementados nas diversas instituições de saúde, quer OPSs bem como hospitais, abrindo uma nova possibilidade profissional para médicos e enfermeiros⁵.

Além das OPSs, as instituições hospitalares passam a sentir a necessidade de compor um corpo de auditores em saúde, principalmente, enfermeiros e médicos. Esses profissionais ficam incumbidos de lidar diretamente com os auditores das operadoras, atuando como facilitadores dos processos internos de auditoria e na resolução e gerenciamento dos conflitos oriundos da impugnação de despesas (glosas)⁵⁵. O auditor médico passou a desempenhar importante papel de regulador entre a qualidade dos serviços prestados e seus respectivos custos, constituindo o fator que estabelece o equilíbrio⁵⁵.

Já assinalamos que a atualização do sistema operacional de cobrança é um fator primordial para mitigar a ocorrência de glosas administrativas que se mostraram preponderantes nessa pesquisa.

Publicação de 2014 identificou a necessidade de criar dentro das estruturas hospitalares a auditoria preventiva de contas ou auditoria concorrente, a auditoria de contas (pré-análise de contas) e o setor de análise e recurso de glosa com suas definições, missão, atribuições, estrutura típica e ferramentas de gestão básicas. Uma das missões fundamentais da auditoria concorrente seria a de evitar problemas entre os prestadores de serviços assistenciais e as OPSs na origem dos registros. Também, a auditoria de contas propriamente dita teria como missão manter a conformidade das contas hospitalares com as regras contratuais evitando os dissabores da glosa e da postergação dos pagamentos por erros e não

conformidades. Ainda, coloca a mesma missão de manter a conformidade das contas hospitalares com as regras contratuais para a análise e recurso de glosa; o que nos remete a função de organizadora dos processos, sistematizações e parametrizações quando se depara com as inconformidades⁵⁶.

Na nossa pesquisa, as glosas média e mediana são similares, ou seja, não há grandes desvios na dispersão dos valores. Os valores das glosas não são elevados, sendo o limite superior igual a R\$ 2.377 (dois mil, trezentos e setenta e sete reais) demonstrando que o que é glosado são, na sua maioria, itens de baixo valor e não há uma grande quantidade de glosas em valores realmente altos. O que impacta o valor da glosa total não são os grandes valores e, sim a quantidade de pequenos valores glosados.

No período por nós avaliado, o número de beneficiários caiu gradual e vertiginosamente (2022 = 1/3 de 2018). Como a glosa média é constante e o número de beneficiários declinou, a glosa *per capita* subiu muito (aumento de 114% entre 2018 e 2022) indicando que o valor de glosa ao longo dos anos não mudou. Esse fenômeno pode estar relacionado ao perfil majoritariamente idoso (56,3%) dos beneficiários da OPS, materializando a inversão da pirâmide etária no Brasil⁵⁷.

Esta faixa etária apresenta um risco mais elevado para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que apresentam custos mais elevados quando necessitam de internações por fenômenos emergenciais ou de urgências que demandam alta utilização de recursos, tais como doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, diabetes e câncer com o uso dos novos medicamentos incorporados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, ao uso dos

imunobiológicos e imuno oncológicos de alto custo. Estas pessoas conhecem, usualmente, bem sua condição de saúde. Isso favorece o aparecimento do fenômeno da seleção adversa, onde indivíduos com problemas conhecidos de saúde tendem a se manter em seus planos de assistência médica, mesmo em situações financeiramente difíceis, ou adquiram planos de saúde sabendo que terão que utilizá-los para tratamentos específicos e geralmente onerosos⁵⁸.

Investigação conduzida sobre as despesas realizadas pelos beneficiários de planos privados de saúde médico-hospitalar, no Brasil, no período de 2017 a 2021, observou que as despesas médias nos 5 anos estudados entre as pessoas acima de 59 anos são 2,5 vezes maiores que daquelas com menos de 59 anos. Isso corrobora nossa pesquisa indicando que o aumento das despesas pode resultar em aumento das glosas nessa faixa etária⁵⁹.

Conforme indicado por um estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), a quantidade de beneficiários com 60 anos e mais, portadores de comorbidades crônicas, apresenta um crescimento consideravelmente superior em comparação às outras faixas etárias. Só nos últimos cinco anos, observou-se um crescimento constante no número de beneficiários com 60 anos ou mais em todos os trimestres, enquanto as demais faixas etárias começaram a demonstrar sinais de recuperação apenas, em 2019, mas logo enfrentaram um desempenho negativo em decorrência da pandemia de Covid-19, em 2020⁶⁰.

Este cenário resultou em um aumento na proporção de beneficiários idosos de 12,9% para 14,3% no breve intervalo de 2016 a 2020. Como desdobramento desse quadro, houve um acréscimo no índice de envelhecimento, com a presença

de casos mais complexos que demandam maior utilização dos serviços, gerando um aumento no faturamento e, conseqüentemente, ampliando as chances de ocorrência de glosas. Segundo os dados do IESS, de 2020 até 2031, a projeção da despesa assistencial médico-hospitalar será de crescimento de 20,5%⁶⁰.

É perceptível que à medida que a utilização dos serviços por indivíduos aumenta, as despesas em serviços de saúde também se elevam, criando um ambiente propício para o aumento da ocorrência de glosas *per capita*. Esta constatação está em sintonia com os dados achados nesta pesquisa que apontam para um aumento substancial de 114,22% nas glosas *per capita* ao longo do período analisado.

De acordo com informações da ANS, em 2023, houve uma retomada no uso dos serviços assistenciais dos planos de saúde, após uma acentuada queda durante o período pandêmico. Dados relativos ao ano de 2022 indicam um aumento na relação evento/beneficiário, ultrapassando os níveis observados antes da pandemia⁶¹.

Outro fator que possivelmente contribuiu para o incremento nas despesas assistenciais foi a alteração no perfil dos procedimentos realizados. Conforme delineado no documento 'Panorama da Saúde Suplementar'⁶¹, notou-se uma variação na frequência dos eventos por beneficiário nos anos de 2021 e 2022, com aumento na realização de exames ambulatoriais e a redução no número de consultas médicas.

Na nossa pesquisa não houve diferenças nas glosas ambulatoriais e hospitalares entre 2018 e 2022. O valor médio glosado hospitalar é cerca de

quatorze vezes superior ao valor ambulatorial. Há mais atendimentos ambulatoriais do que hospitalares. As glosas hospitalares têm valores superiores as ambulatoriais, R\$ 3.423,00 (três mil quatrocentos e vinte e três reais) para a glosa hospitalar x R\$ 235,00 (duzentos e trinta e cinco reais) para a glosa ambulatorial.

Os altos valores das glosas de internações encontradas nesta pesquisa em relação às ambulatoriais, diverge de pesquisa em OPS de pequeno porte (menos de 20 mil beneficiários), localizada no norte do Paraná, onde o pronto-socorro foi unidade de serviço com o maior índice e frequência de glosa (50,1%)³⁶.

Pesquisa conduzida em dois hospitais localizados no Sudeste brasileiro, evidenciou que 90,7% e 92,6% dos valores das glosas, correspondiam a internações com permanência inferior a 15 dias. Em outro estudo conduzido ao longo de três anos em oito hospitais, foi constatado que 94,5% das glosas técnicas estavam vinculadas a períodos de internação de dois a três dias^{30,36}.

Os valores apresentados e glosados variam muito entre os estados. Por exemplo: valores apresentados em Roraima foram de R\$ 1.5 milhão e R\$ 282 milhões em Pernambuco. Valores glosados de R\$ 143 mil em Roraima a R\$ 25 milhões no Distrito Federal. Esse valor nos estados não está ligado ao número de pessoas na unidade federativa, mas sim mostra que a distribuição dos beneficiários não é uniforme e está pareada com a distribuição da população.

Com relação à distribuição por estados pudemos observar que a glosa média entre os estados variou pouco, porém com diferença significativa entre os estados. A porcentagem da glosa teve uma variação maior, mas não sendo significativamente diferente entre as unidades da federação. Alguns estados têm

significativamente mais variação do que outros. Apesar da disparidade de valores apresentados e glosados entre os estados, a glosa média e a porcentagem do valor glosado são similares ao separarmos os estados por sua região, ou seja, não há comportamento típico de glosa dentro das regiões. As regiões não possuem diferenças entre elas. Podemos dizer que, dentro das regiões, as diferenças entre os estados se compensam. Isso evidencia que não há um comportamento típico regional no país em relação as glosas.

Embora a glosa média no país por ano não tenha variado entre 2018 e 2022, há uma variação significativa e uma *clusterização* dos anos ao separarmos as médias por estados. Há uma diferença significativa entre o valor médio glosado por estado por ano, com divisão dos valores de glosas em três grupos: a) 2018 e 2019 são semelhantes entre si e diferentes dos outros anos; b) 2021 e 2022 são semelhantes entre si e diferentes dos outros anos; c) 2020 difere de todos. Infere-se que seja decorrente do período pandêmico, que modificou o padrão de glosa.

Fundamental diferenciarmos as glosas administrativas das glosas técnicas. Nossa pesquisa demonstrou que as glosas técnicas isoladas, que envolvem a glosa médica e de enfermagem foram responsáveis por 10,3 % (dez virgula três por cento) do faturamento na média dos cinco anos de análise, enquanto a glosa administrativa isolada respondeu por 57,6 % (cinquenta e sete virgula seis por cento) do faturamento, representando mais da metade do faturamento total do período. Há ainda o que chamamos de glosas com mais de um motivo de impugnação que são as glosas com motivos técnicos e administrativos que perfizeram no conjunto dos dados 32,1% (trinta e dois virgula um por cento).

Elencamos duzentos e vinte e dois motivos de glosas técnicas, administrativas, técnicas + administrativas e desconhecidos. O valor glosado por motivo desconhecido é de R\$ 44 milhões (quarenta e quatro milhões) (24% do total), deixando R\$ 140 milhões (cento e quarenta milhões) para as outras três categorias. O motivo de glosa mais frequente é a diferença entre o valor contratado e informado/apresentado (administrativo), seguido pela necessidade de auditoria (técnico) e taxa/aluguel inválido (administrativo). As glosas de caráter técnico são divididas em glosas médicas e de enfermagem, sendo que são atos técnicos privativos das suas especialidades, normatizados pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 720 de 15 de maio de 2023²⁶ que enfatiza no parágrafo único do artigo primeiro que a atividade de auditoria é privativa do enfermeiro, observada as disposições legais da profissão e pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1614 de 10 de abril de 2001 que definiu o limite de atuação do papel do médico auditor²².

Cada uma das profissões tem seu papel definido de atuação e área de abrangência com relação a análise de itens de contas médico hospitalares.

Por vezes o desconhecimento dos limites de atuação entre as áreas técnicas gera uma sensação errônea de que o médico auditor é o responsável por toda a glosa que a OPS faz nos faturamentos médico-hospitalares. É preciso que isso seja bem esclarecido para não incorrerem em erros de julgamento e de percepção. Temos visto nos órgãos de classe que representam os médicos e nas sociedades de especialidades médicas, a culpabilização dos auditores médicos por todas as glosas efetuadas dentro das estruturas hospitalares e dos prestadores de serviços

médicos assistenciais pelas OPSs. Pode gerar inclusive denúncias contra médicos auditores que são responsáveis somente pelas glosas de caráter técnico médico. Nossa pesquisa demonstra que na OPS em questão esse número contando a glosa técnica como um todo (médica e de enfermagem) representou somente 10,3% (dez, virgula, três por cento) do total da glosa. Cabe lembrar que toda OPS tem obrigatoriamente um responsável técnico médico registrado na ANS e no Conselho Regional de Medicina (CRM) da matriz da OPS. Este é quem responde tecnicamente pela operadora junto ao órgão regulatório e fiscalizador da atividade profissional. Ao médico auditor não podemos imputar todas as glosas efetuadas pela operadora, como se ele fosse o responsável por tudo. É para situações que demandam aspectos contratuais, regulatórios e fiscalizatórios que existe a figura do Responsável Técnico Médico da OPS.

Importante destacar, de acordo com alguns autores, que são itens privativos da Auditoria da Enfermagem: materiais de consumo e insumos, medicamentos (análise quantitativa), procedimentos privativos da enfermagem, análise do Processo de Enfermagem (PE). De acordo com os mesmos autores são considerados itens privativos da auditoria médica, a análise qualitativa e quantitativa de: diárias, serviços de apoio de diagnóstico e terapia (SADT), honorários médicos (HM), indicação de medicamentos e materiais de alto custo. Estes conceitos não estão homologados pelos órgãos de classe ou por uma resolução, mas são habitualmente usados como parâmetros nas análises de contas médico hospitalares e na classificação das glosas técnicas e, principalmente,

quando queremos fazer uma subdivisão destas em glosas médicas e de enfermagem¹³.

Na análise das contas podemos considerar também itens não privativos de análise que podem ser compartilhados durante a verificação, separando a indicação, que em alguns casos é de caráter médico e outros em que a quantificação pode ser feita pelos enfermeiros. São exemplos: gasoterapia (indicação é médica, mas a quantificação pode ser feita pela Enfermagem), taxas de utilização de equipamentos, hemoterapia (indicação é médica, quantificação pode ser feita pela Enfermagem). O SADT obrigatório tem legislação específica pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), diárias (análise quantitativa em procedimentos previamente autorizados), cirurgias eletivas e pacotes previamente acordados podem ser auditados de acordo com liberação prévia¹³.

Com relação à glosa técnica oriunda da auditoria de Enfermagem é importante que os profissionais desta categoria estejam cientes, de que a falta dos registros e a má compreensão deles, podem comprometer o processo de comunicação entre a equipe multiprofissional, gerando dúvidas em relação à assistência prestada. Sobretudo, ocorrendo por vezes, motivos de glosas por não fornecer informações necessárias que justifiquem o tratamento realizado⁶².

As anotações de Enfermagem são de grande importância, eis que auxiliam, precipuamente, nos cuidados com o paciente. Sua relevância é destacada por meio dos registros médicos e de enfermagem de informações a respeito do tipo de tratamento e vigilância durante a internação⁶³.

Estudo realizado, em 2020, em um hospital público do Nordeste analisou os registros de enfermagem das enfermarias de clínica médica e cirúrgica, e apontou falhas, tais quais, registros incompletos ou ausência das anotações de Enfermagem no prontuário quanto ao cuidado prestado^{64,65}.

As atividades realizadas por esses profissionais exercem um impacto direto nos valores de glosas, evidenciando a necessidade de investimento contínuo em capacitação para aprimorar a precisão e fortalecer as competências essenciais na documentação, promovendo a consistência nos registros e minimizando erros associados a glosas⁶⁶.

Neste cenário, a promoção da educação permanente e contínua envolvendo intervenções relacionadas aos registros, conferência das prescrições associadas à execução de procedimentos, treinamento contínuo dos profissionais e a adoção de protocolos de Enfermagem, surge como um elemento crucial na mitigação de glosas⁶⁷.

Estudo aponta que altos índices de falhas nos registros de Enfermagem acarretam graves consequências de ordem assistencial, administrativa e financeira⁶³. Entendeu-se que a auditoria é uma atividade que se utiliza de métodos técnicos exclusivos com o objetivo de atestar a adequação de um fato com a finalidade de fixar características de confiabilidade. Sendo assim, o papel do auditor vai além do clássico conceito de fiscalização.

Especificar os limites de competência é importante e necessário para a correta interpretação da glosa e seu posterior recurso junto às OPSs. As estruturas hospitalares e as OPSs têm em seus organogramas organizacionais setores

geralmente ligados ao faturamento que fazem a contestação e o recurso das impugnações dos faturamentos que foram geradas que ocasionaram as chamadas glosas administrativas e técnicas. São os setores chamados de recursos de glosas que também podem responder ao credenciamento. Geralmente tem em sua estrutura um colaborador administrativo dedicado, especializado em contas, um enfermeiro auditor e um médico auditor que podem não ser exclusivos deste setor, mas sim estarem alocados no faturamento e auxiliarem nos recursos de glosa.

A análise dos motivos de glosa destaca questões administrativas representando 53,1% do total. Estudo realizado em uma OPS de pequeno porte localizada no norte do Paraná diverge deste resultado ao evidenciar que, do período de 2013 a 2015, os registros de glosas técnicas foram predominantes em todos os anos. Nesse intervalo de tempo, a frequência de glosas técnicas foi de 83,0% e 82,4%, enquanto as administrativas foram de 17,0% e 17,6%³⁶.

Segundo dados da ANAHP, em 76% dos casos, a glosa é identificada simplesmente como "questões administrativas", não havendo uma justificativa clara para as glosas o que, entre outras consequências, prejudica a capacidade dos hospitais de aprimorarem seus processos de gestão e controle⁶⁸.

Já em estudo realizado em 75 hospitais, quando perguntados a respeito das principais justificativas para a ocorrência das glosas, 60% deles responderam que são por questões administrativas, seguido de 28% de questões técnicas e 12% dizem que a glosa ocorre sem justificativa³⁸.

Podemos observar a multiplicidade e diversidade de fatores que levam ao evento glosa. Não há uma linearidade de resultados. A especificidade de cada

partícipe e sua maturidade operacional e administrativa leva a resultados diferentes. A análise dessas flutuações ressalta a importância de investigar os fatores que podem levar a números tão díspares entre os diversos atores do mercado.

Importante salientar que o processo recurso de glosa consome tempo considerável dentro das organizações, ocupando tempo dos colaboradores em tarefas repetitivas com retrabalho, elevando o custo administrativo da operação saúde. Custo administrativo que precisa ser calculado e mensurado dentro da operação saúde.

Não há dúvida que a glosa representa um problema para todos os partícipes do sistema, mas temos que considerar a necessidade de termos números fidedignos, com análise estatística confiável que reflitam a realidade das OPSs e das instituições hospitalares para afirmações categóricas e definitivas.

Em 2004, estudo já destacava a escassa literatura disponível sobre glosas hospitalares o que já dificultava a comparação dos achados com outras instituições de cuidados de saúde⁶⁹. Tivemos a mesma dificuldade, principalmente, porque não há dados consistentes na literatura comparando-se dados de séries históricas de cinco anos de uma OPS de médio porte na modalidade de autogestão.

Dados fornecidos pelo Observatório da ANAHP indicam que o valor médio de glosas nos hospitais credenciados atingiu, em 2022, o patamar mais elevado quando comparado a 2021⁷⁰. O referido documento destaca diversas razões para o fenômeno observado, como a discrepância no valor cobrado em relação ao previamente acordado com o convênio, procedimentos não contemplados pela

cobertura do convênio, despesas excessivas ou abusivas de determinados materiais ou medicamentos. Em adição, a utilização de materiais ou medicamentos incompatíveis com o tipo de procedimento realizado, além da ausência da documentação necessária para a cobrança ou falta de assinatura médica em documentos exigidos⁷⁰.

Este dado está em consonância com os dados achados em nossa pesquisa, mesmo com a diminuição do número de beneficiários da OPS.

A glosa é sempre uma excrecência do processo de faturamento das contas médico-hospitalares. A princípio ela não deveria existir e sequer acontecer se tivéssemos um faturamento sem problemas ou principalmente sem erros. Um dos principais conceitos que precisam ser discutidos, é o de separar os erros de faturamento dos das glosas. O erro decorre de uma falha administrativa, que pode ser corrigida, que pode ser um erro de digitação ou um erro de lançamento em conta, ou de uma codificação errônea etc. A glosa administrativa geralmente está relacionada a falhas em sistemas operacionais que não estão devidamente parametrizados com as tabelas contratadas, codificações já homologadas e anexos acordados entre as partes contratantes. Esta diferenciação precisa e deve ser feita. O erro é factível de acontecer, por vezes, até esperado; não deveria, mas acontece, praticamente impossível imaginarmos que exista o erro zero, ele pode e deve ser corrigido no ato do faturamento, quer seja na auditoria de fechamento de contas *“in loco”* feita pelas OPSs dentro das estruturas hospitalares, quer seja na auditoria de qualidade de faturamento feita pela própria instituição hospitalar. Isto porque quando busca erros de faturamento dentro de suas contas e os corrige, está

buscando o que chamamos de garantia da receita. Deste modo evita que a conta seja glosada ou impugnada em partes ou totalmente, quando é apresentada para ser analisada dentro da OPS.

Falhas administrativas, ou as glosas administrativas por vezes não serão identificadas nas auditorias de fechamento de contas porque precisarão passar pelo crivo do sistema operacional de faturamento para serem apontadas. Isto tendo em vista que são geralmente associadas à falta de atualização do sistema com relação aos preços de medicamentos, materiais e insumos hospitalares, múltiplos de cobrança relacionados a honorários médicos, tabelas de OPME e taxas administrativas, ou também as chamadas taxas de manuseio de OPME, codificações imprecisas ou desatualizadas e outros motivos. Outros fatores muito comuns que levam a glosas administrativas estão relacionados à falta de entendimento entre as partes com relação à composição dos chamados pacotes de faturamento ou também das chamadas diárias globais. É imperativo e fundamental que o setor de credenciamento de ambos os partícipes tenham a clareza da composição dos pacotes e dos componentes da diária global para que não se gere a cobrança de itens não pertencentes a estas modalidades. Muitas vezes precisamos ter acertados entre as partes uma “tabela de conceitos” em que elencamos todos os itens cobertos e os não cobertos de forma didática e previamente negociada para que fique formalizada e homologada a forma de cobrança e não fique ao sabor do entendimento e compreensão de algum colaborador não habituado e principalmente não graduado administrativamente o bastante para tomar decisões de glosas desta monta por puro desconhecimento.

Decisões equivocadas que podem impactar diretamente na relação comercial entre os prestadores e tomadores de serviços assistenciais. Para que o entendimento aconteça é preciso que o setor comercial de ambos os partícipes atualize as negociações em sistema no momento oportuno a partir da data de validade da negociação para que o faturamento que será apresentado em um determinado interstício de tempo, corresponda ao que foi negociado para o período apresentado. Em uma brincadeira interna que por vezes falamos no mundo corporativo, é preciso que os setores “conversem entre si”.

Outros determinantes que podem levar a glosas de caráter administrativos são as faltas de atualizações das bases contratuais entre as OPSs e as estruturas hospitalares. É muito comum, infelizmente, observarmos que após as rodadas de negociações entre os setores de credenciamentos das instituições, as contas encaminhadas sofram um processo tal de glosas e impugnações que chegam a distorcer os índices aceitáveis. No entanto, quando se faz uma análise apurada e isenta observa-se que a falta de atualização do sistema e sua parametrização são os responsáveis por essas discrepâncias. Daí fazemos a pergunta: Isso é glosa ou erro? Sem dúvida podemos falar em erro, porque com a correta parametrização e atualização do sistema operacional, os valores impugnados e apontados como não conformes serão pagos.

A correta identificação dos motivos de glosas nos fornecerá uma base para a identificação das áreas específicas para aprimoramento dentro das instituições prestadoras de serviços assistenciais, como também dentro das OPSs, seja no âmbito técnico, com a instrumentalização e capacitação das áreas de auditoria

médica e de enfermagem, como na área administrativa com o aprimoramento dos colaboradores envolvidos nos processos de faturamento e análise das contas médico hospitalares.

A transformação paulatina dos modelos de remuneração entre OPSs e prestadores poderá modificar os valores e percentuais glosados. No entanto, esta transição requer a instauração de métricas apropriadas e o estabelecimento de uma base de dados abrangente e indicadores para registrar e monitorar todos os processos e desfecho dos pacientes. Isso implica em investimentos em gestão de pessoas, tecnologia, educação continuada e permanente tanto para a equipe clínica quanto administrativa, visando à avaliação de desfechos clínicos e sua utilização eficaz em negociações com as OPSs. Contudo, nem sempre os hospitais estão completamente preparados para se adaptarem a esse cenário dinâmico em evolução⁷⁰.

A educação continuada dos colaboradores de ambos os atores do sistema de faturamento/pagamento de contas médico hospitalares poderá fornecer a base adequada para minimização de erros, numa tentativa de equacionar uma das mazelas históricas atávicas, que é a desconfiança sistêmica existente entre esses partícipes.

6.CONCLUSÃO

O presente estudo evidencia a necessidade de levantamentos dos motivos de glosa dentro das OPSs para que possam ser avaliados, qualificados e quantificados. Glosas administrativas e técnicas têm perfis diferentes que requerem ações distintas de melhorias e oportunidade de revisar contratos, anexos e tabelas contratadas.

A análise apurada dos motivos leva a ações coordenadas de melhorias dentro das OPSs e dos prestadores de serviços de saúde, principalmente, estruturas hospitalares. A ausência de fluxos operacionais internos levando a inconformidades pode e deve ser solucionada para que o evento glosa administrativa possa ser mitigado e não multiplicado mês a mês, faturamento a faturamento, pelos mesmos motivos dentro das organizações.

Alinhamento de fluxos e processos operacionais são fundamentais, bem como, alinhamentos na esfera técnica que demandam ações diretas dos auditores médicos e de enfermagem, através de diálogos técnicos, profissionais e éticos baseados nas melhores e robustas evidências e que também estejam compatíveis com o arcabouço regulatório oriundo da agência reguladora, ANS, e das agências responsáveis pelas normas técnicas de funcionamento dos diversos prestadores de serviços de saúde.

A automatização de processos passíveis de parametrizações e normatizações leva os gestores a buscarem formas de minimização de erros e desperdícios. Nas estruturas hospitalares *softwares* especializados em faturamentos e leitura dos prontuários têm conseguido diminuir a ocorrência de

falhas nos processos de cobrança assegurando uma cobrança eficiente para as instituições com garantia da receita oriunda das internações e procedimentos médicos hospitalares. Nas OPSs toda a estrutura operacional relacionada ao processamento do faturamento recebido também tem seu *software* especializado minimizando falhas e discrepâncias, agindo diretamente no decréscimo das taxas de glosas de caráter administrativo. As glosas de caráter técnico, em ambos os partícipes, ainda poderão ocorrer porque dependem de análises específicas dos auditores médicos e de enfermagem preferencialmente, para serem verificadas e discutidas tecnicamente para, então, serem processadas e contabilizadas.

Ações de melhoria são imperativas, sob pena de vermos multiplicados os índices de glosas que poderiam em primeiro momento terem seus motivos sanados, proporcionando um faturamento médico hospitalar que reflita a realidade da assistência sem necessidade de correções e/ou acertos futuros. Pode proporcionar uma garantia da receita para as instituições hospitalares e uma certeza do pagamento realizado pelas OPSs, gerando com isso uma diminuição do retrabalho relacionado ao recurso de glosa e a diminuição do tempo/hora trabalho perdidos com a ineficiência operacional oriunda de processos desorganizados e passíveis de falhas.

A perseguição do erro zero como meta deveria ser o Norte para todos os partícipes.

Limitações da pesquisa

- ✓ Glosas não reconhecidas;

- ✓ Falta de comparador com as mesmas características da operadora em questão.

Contribuições desta pesquisa para a prática e ensino em saúde

- ✓ Mensuração dos dados de glosa de uma OPS de médio porte na modalidade autogestão em comparação com dados de mercado;
- ✓ Desmistificar quais parâmetros de glosa impactam no desempenho econômico-financeiros dos diversos partícipes;
- ✓ Propor medidas efetivas para mitigação da glosa nos diversos partícipes levando em conta as características das instituições estudadas.

REFERÊNCIAS

1. Moraes M, Burmester H. Auditoria em saúde. Editora Saraiva; 2021.
2. Gamarra TPDN. Auditoria na Saúde Suplementar: Uma Revisão Integrativa. Rev Gest Sist. 2 de setembro de 2018;7(3):221.
3. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Relatório de Gestão DENASUS [Internet]. Ministério da Saúde; 2011 dez. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/auditorias/relatorio-de-gestao/relatorio-de-gestao-denasus2011/view>
4. Osorio S G, Sayes V N, Fernández M L, Araya C E, Poblete M D. Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. Rev méd Chile [Internet]. fevereiro de 2002 [citado 18 de julho de 2024];130(2). Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
5. Prizskulnik G. A Capacitação do Auditor em Saúde: desafios e oportunidades. Em: Gonçalves V, organizador. Fronteiras Da Auditoria Em Saúde. 2ed ed São Paulo: Rtm Comunicação E Serviços; 2008. p. 25–36.
6. Coleman G, Moreira ML, Sanchez MC. Auditoria, controle e programação de serviços de saúde [Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998 [citado 30 de junho de 2024]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-3113>
7. Prizskulnik G. Vivendo a auditoria na saúde suplementar: rumos, transformações e desafios. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde. 2013;5(2):120–1.
8. Prizskulnik G. O profissional de Auditoria na Gestão da Saúde: uma área de atuação em transformação e movimento. Em: ABEA, organizador. Auditoria : gestão em saúde. Gráfica e Editora LCR Ltda; 2020. p. 38–43.
9. Andrade RGDS, Bogo PC, Tonini NS, Matos FGDOA, Alves DCI. Insertion of nursing professionals in the management of materials in a teaching hospital of Paraná. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200069.
10. Lagioia UCT, Ribeiro Filho JF, Falk JA, Libonati JJ, Lopes JEDG. A gestão por processos gera melhoria de qualidade e redução de custos: o caso da unidade de ortopedia e traumatologia do hospital das clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Rev contab finanç. dezembro de 2008;19(48):77–90.

11. Lodi M. Auditoria de Qualidade. Em: Gonçalves V, organizador. *Fronteiras Da Auditoria Em Saúde*. 2ed ed São Paulo: Rtm Comunicação E Serviços; 2008. p. 21–6.
12. Fleury A. Auditoria e Judicialização da Saúde. Em: Gonçalves V, organizador. *Fronteiras Da Auditoria Em Saúde*. 2ed ed São Paulo: Rtm Comunicação E Serviços; 2008. p. 37–44.
13. Horigoshi N, Kinukawa A, Madureira M, Marques C, Prizskulnik G. Auditoria em Saúde. Em: André A, organizador. *Gestão estratégica de clínicas e hospitais*. 2ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2014. p. p223-256.
14. Brasil CC. Lei 9656 [Internet]. 9656 jun 2, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm
15. Carvalho EB, Cecílio LC de O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cad Saúde Pública*. setembro de 2007;23:2167–77.
16. Cechin J, Reis A, Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (Brazil), organizadores. *Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua*. Londrina, Brazil: IESS, Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2020. 423 p.
17. Maia A, Bez Jr. A. Sistema de saúde: Resgate histórico, evolução dos compradores de serviços. Em: *Administração Hospitalar: instrumentos para a gestão profissional*. São Paulo: Loyola; 2005.
18. Sa M de. Risco moral e seleção adversa de beneficiários no mercado de saúde suplementar. Em Bento Gonçalves / RS / BR; 2012.
19. Neto J. Sistemas de Informação na Auditoria em Saúde. Em: Gonçalves V, organizador. *Fronteiras Da Auditoria Em Saúde*. 2ed ed São Paulo: Rtm Comunicação E Serviços; 2008. p. 7–9.
20. Malik AM. Prefácio. Em: Gonçalves V, organizador. *Fronteiras Da Auditoria Em Saúde*. 2ed ed São Paulo: Rtm Comunicação E Serviços; 2008. p. 7–9.
21. Oliveira D. O Papel do Enfermeiro Auditor no Processo de Auditoria em Saúde. Em: Gonçalves V, organizador. *Fronteiras Da Auditoria Em Saúde*. 2ed ed São Paulo: Rtm Comunicação E Serviços; 2008. p. 7–9.
22. Brasil CF de M. Resolução CFM 1614 [Internet]. 1614 abr 10, 2001. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2001/1614_2001.pdf

23. Brasil CF de M. Resolução CFM 2217 [Internet]. 2217 nov 1, 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>
24. Brasil CF de M. Resolução CFM 2222 [Internet]. 2222 dez 11, 2018. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2018/2222_2018.pdf
25. Brasil CF de M. Resolução CFM 2226 [Internet]. 2226 abr 5, 2019. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2019/2226_2019.pdf
26. Brasil CF de E. Resolução COFEN 733 [Internet]. 733 dez 12, 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-733-de-12-de-dezembro-de-2023/>
27. Brasil CF de E. Resolução COFEN 720 [Internet]. 720 maio 15, 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-720-2023/>
28. NHS England » Clinical audit [Internet]. [citado 1º de junho de 2024]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/clinaudit/>
29. Truzzi IG de C. Glosas hospitalares: um estudo múltiplo de caso em duas instituições privadas [Internet] [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2020 [citado 29 de junho de 2024]. Disponível em: <http://bdtd.famerp.br/handle/tede/615>
30. Truzzi IGDC, Jericó MDC, Lima AFC, Zunta RSB, Oliveira DSD, Romcy HM. Glosa hospitalar: indicador e análise por meio da troca de informações de saúde suplementar. *Enferm Bras.* 30 de abril de 2022;21(2):126–40.
31. Michaelis H, Silva AP e, Companhia Melhoramentos de São Paulo, organizadores. *Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo, Brazil: Melhoramentos; 1998. 2259 p.
32. Ferreira A. *Novo Dicionário Aurélio Da Língua Portuguesa*. Grafica E Editora Posigraf Ltda; 2021.
33. Houaiss A. *Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. São Paulo, SP: Moderna; 2021. 956 p.
34. Náufel J. *Novo Dicionário Jurídico Brasileiro*. São Paulo: Editora Forense; 2021.
35. Miranda GE, Siqueira MCP, Ferreira RLSM, Bouchardet FCH, Vieira DNP, Daruge Júnior E. A glosa odontológica em uma operadora de grupo de grande

- porte. Rev da Fac de Odontologia, UPF [Internet]. 15 de janeiro de 2014 [citado 29 de junho de 2024];18(2). Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/3406>
36. Rodrigues JARM, Cunha ICKO, Vannuchi MTO, Haddad MDCFL. Out-of-pocket payments in hospital bills: a challenge to management. Rev Bras Enferm. outubro de 2018;71(5):2511–8.
 37. Medici A. MONITOR DE SAUDE: A Saúde em Perspectiva: Balanço de 2022 e Tendências para 2023 em Rápidas Pinceladas [Internet]. MONITOR DE SAUDE. 2023 [citado 29 de junho de 2024]. Disponível em: <https://monitordesaude.blogspot.com/2023/01/a-saude-em-perspectiva-balanco-de-2022.html>
 38. ANAHP. Indicadores Hospitalares Anahp - Janeiro 2023 [Internet]. 2023 jan [citado 30 de junho de 2024]. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/publicacoes/indicadores-hospitalares-anahp-janeiro-2023/>
 39. Lopes L. Auditoria e Judicialização da Saúde. Em: Gonçalves V, organizador. Fronteiras Da Auditoria Em Saúde. 2ed ed São Paulo: Rtm Comunicação E Serviços; 2008. p. 95–124.
 40. Tebet J. Evolução da Auditoria Médica. Em: Gonçalves V, organizador. Fronteiras Da Auditoria Em Saúde. 2ed ed São Paulo: Rtm Comunicação E Serviços; 2008. p. 133–8.
 41. Prizskulnik G. Auditoria Médica e Tecnologia: Aprimorando processos. Em: Miglioli L, organizador. O aprimoramento do ecossistema de saúde brasileiro. 1ed ed São Paulo: Reino Editorial: M3BS Advogados; 2024. p. 294–310.
 42. Medicina CF de. Código de ética médica. Cfm-Df; 2019.
 43. Brasil CF de E. Resolução COFEN 564 [Internet]. 564 nov 6, 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>
 44. Prizskulnik G, Neto J. Novas terapias demandam reorganização da saúde para garantir acesso. Jornal Brasileiro de Auditoria em Saúde. Jornal Brasileiro de Auditoria em Saúde. 2023;(3ed):3–5.
 45. Kauark F da S, Souza CHM de, Manhães FC. Metodologia da pesquisa: um guia prático. Via Litterarum Editora; 2011.
 46. Marconi M, Lakadetos E. Fundamentos de metodologia científica. Editora Atlas Ltda; 2021.

47. Brasil AN de SS. Resolução Normativa ANS 137 [Internet]. 137 nov 14, 2006. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2006/res0137_14_11_2006.html
48. CNSaúde, FENAESS, SINDHRIO. Programa Farol – Indicadores de Saúde [Internet]. [citado 18 de julho de 2024]. Disponível em:
<https://programafarol.com.br/>
49. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 2nd Edition. New York: Harper & Row;
50. QGIS Development Team. QGIS Geographic Information System [Internet]. [citado 26 de junho de 2024]. Disponível em: https://qgis.org/pt_BR/site/
51. ANS. Dados e Indicadores do Setor. Sala da Situação [Internet]. 2024 [citado 19 de julho de 2024]. Disponível em:
https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html
52. Dados e Indicadores do setor - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. [citado 23 de maio de 2024]. Disponível em:
<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>
53. Balzan MV. O perfil dos recursos humanos do setor de faturamento e seu desempenho na auditoria de contas de serviços médico-hospitalares [Internet] [Dissertação de Mestrado]. [São Paulo]: FGV; 2000 [citado 30 de junho de 2024]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10438/4716>
54. Antonini B. Modelos de gestão de “auditoria médica” em organizações de saúde do Estado de São Paulo [Internet] [Dissertação de Mestrado]. [São Paulo]: FGV; 2003 [citado 30 de junho de 2024]. Disponível em:
<https://hdl.handle.net/10438/2208>
55. Preger CM, Berger I, Fonte CAGD, Mascarello HC. Perfil dos médicos auditores no estado do Rio Grande do Sul. Rev Assoc Med Bras. abril de 2005;51(2):87–92.
56. Salu E. Administração hospitalar no Brasil. Barueri: Editora Manole; 2014.
57. Mrejen M, Nunes L, Giacomini K. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado? Estudo Institucional n 10. 2023;
58. Avelar ABA. Evolução dos Custos Médico-Hospitalares de Planos Privados de Assistência à Saúde no Brasil. RGSS. 1º de abril de 2018;7(1):29–43.

59. Da Mota L. O Envelhecimento e as Despesas na Saúde Suplementar Brasileira: uma análise do período de 2017 a 2021 [Internet] [Mestrado]. Faculdade de Economia/Universidade do Porto; 2022. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/147060/2/599691.pdf>
60. Reis A. Impacto do envelhecimento sobre as despesas assistenciais da Saúde Suplementar (2020-2031). IESS. 2021;16.
61. Oliveira C, Lisboa R, Sasson D, Eckstein I, de Souza M, Pinheiro M, et al. Panorama da Saúde Suplementar [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2023 set. Disponível em: https://www.ans.gov.br/biblioteca/index.php?codigo_sophia=8835
62. Figueiredo J. AUDITORIA DE CONTAS: IMPACTO DE GLOSAS OCORRIDO A FALTA DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM. Nursing (São Paulo). 28 de novembro de 2023;26(305):9947–51.
63. Da Silva JDLR, Boller CEP. Anotações de enfermagem: uma importante ferramenta para a auditoria em saúde. GCRJ [Internet]. 2023 [citado 1º de julho de 2024];3(1). Disponível em: <https://globalclinicalresearchj.com/index.php/globclinres/article/view/56>
64. Ferreira LDL, Chiavone FBT, Bezerril MDS, Alves KYA, Salvador PTCDO, Santos VEP. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180542.
65. Vigna CP, Ruiz PB de O, Lima AFC. Análise de glosas por meio da auditoria de contas realizada por enfermeiros: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 21 de dezembro de 2020;73:e20190826.
66. Santos JP, Santos ND, Araújo TRDC, Viana CBF, Prazeres PP. Contribuições da auditoria em enfermagem para uma gestão de alta performance no âmbito Hospitalar. Revista JRG. 9 de fevereiro de 2024;7(14):e14936.
67. Truzzi IGDC, Jericó MC, Lima AFC, Zunta RSB, Oliveira DSD, Romcy HM. influência dos registros do prontuário como um dos fatores associados à glosa técnica hospitalar. REME Rev Min Enferm [Internet]. 12 de julho de 2022 [citado 29 de junho de 2024];26. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/39425>
68. ANAHP. Indicadores Hospitalares Anahp - Junho 2022 [Internet]. 2022 jun [citado 30 de junho de 2024]. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/publicacoes/indicadores-hospitalares-anahp-agosto-2022/>
69. Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Arq ciênc saúde. 2004;210–4.

70. ANAHP. Observatório Anahp 2023 [Internet]. ANAHP; 2023 [citado 30 de junho de 2024] p. 322. (Observatório ANAHP). Report No.: 15. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-2023/>

APÊNDICES

Apêndice A: Análise estatística

Material Suplementar 1: Teste de Wilcoxon para: Valores apresentados, Valores glosados, Número de PEGs glosadas, Taxas de glosa e Valores de glosa média nos cinco anos de análise.

R\$ apresentado	Wilcoxon test
Given median:	366688107
Sample median:	334154817,4
W :	9
Normal appr. z :	0,40452
p (same median):	0,68583
p (exact):	0,8125
Medians are not significantly different	

R\$ glosado	Wilcoxon test
Given median:	36970174
Sample median:	34648000
W :	8
Normal appr. z :	0,13484
p (same median):	0,89274
p (exact):	1
Medians are not significantly different	

peg glosadas	Wilcoxon test
Given median:	68913
Sample median:	61705
W :	8
Normal appr. z :	0,13484
p (same median):	0,89274
p (exact):	1
Medians are not significantly different	

Taxa de glosa	Wilcoxon test
Given median:	0,10082185
Sample median:	0,10259
W :	8
Normal appr. z :	0,13484
p (same median):	0,89274
p (exact):	1

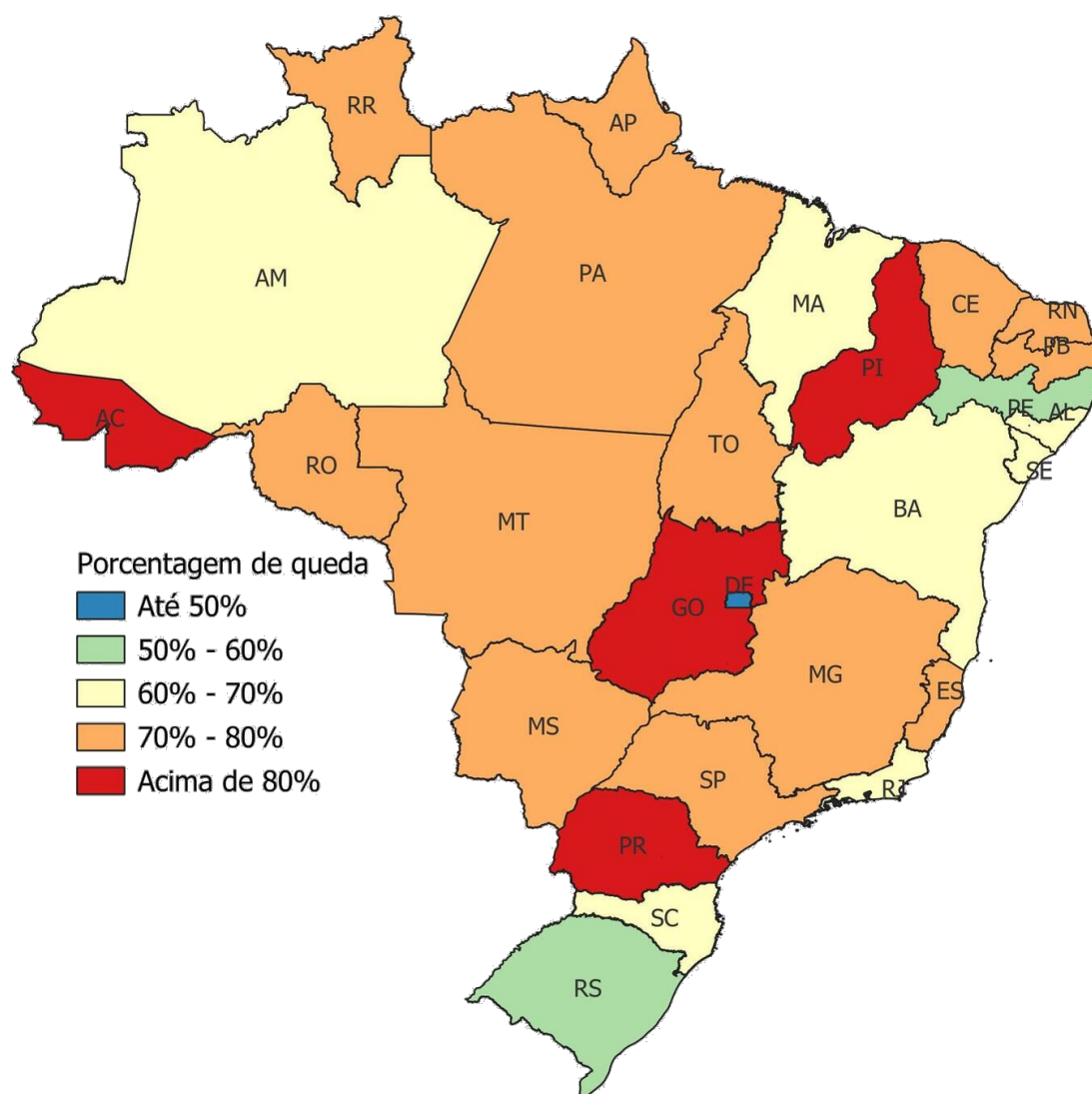
Medians are not significantly different

Glosa média	Wilcoxon test
Given median:	536,65
Sample median:	542,11
W :	9
Normal appr. z :	0,40452
p (same median):	0,68583
p (exact):	0,8125

Medians are not significantly different

MATERIAL SUPLEMENTAR

Material Suplementar 2: Porcentagem de queda no número de vidas nas unidades da federação ao longo dos anos de 2018 e 2022



Material Suplementar 3: Valores apresentados, valor glosados, porcentagem do valor glosado e o valor médio de glosa por Unidade da federação nos 5 anos

Região	UF	apresentado	glosado	% de R\$ glosado	glosa média
norte	AC	R\$ 4.382.321,59	R\$ 576.396,96	13%	R\$ 493,40
norte	AM	R\$ 30.599.473,66	R\$ 2.571.654,99	8%	R\$ 535,24
norte	AP	R\$ 20.139.792,47	R\$ 3.267.612,34	16%	R\$ 572,81
norte	PA	R\$ 73.506.022,14	R\$ 6.514.767,39	9%	R\$ 502,92
norte	RO	R\$ 35.436.642,87	R\$ 3.722.173,50	11%	R\$ 527,39
norte	RR	R\$ 1.575.220,68	R\$ 143.332,78	9%	R\$ 485,05
norte	TO	R\$ 15.181.020,37	R\$ 2.751.210,74	18%	R\$ 540,77
nordeste	AL	R\$ 73.913.981,82	R\$ 7.732.109,36	10%	R\$ 521,52
nordeste	BA	R\$ 193.050.518,83	R\$ 17.098.415,74	9%	R\$ 506,76
nordeste	CE	R\$ 80.570.957,47	R\$ 7.641.296,70	9%	R\$ 502,60
nordeste	MA	R\$ 163.369.067,42	R\$ 18.580.161,93	11%	R\$ 545,97
nordeste	PB	R\$ 68.986.877,90	R\$ 6.136.209,06	9%	R\$ 559,64
nordeste	PE	R\$ 282.003.267,47	R\$ 23.217.516,67	8%	R\$ 532,70
nordeste	PI	R\$ 32.443.409,45	R\$ 2.596.938,94	8%	R\$ 474,48
nordeste	RN	R\$ 46.581.931,01	R\$ 4.175.641,13	9%	R\$ 511,61
nordeste	SE	R\$ 75.592.985,12	R\$ 7.461.538,22	10%	R\$ 584,46
sudeste	ES	R\$ 34.119.223,11	R\$ 3.837.516,51	11%	R\$ 488,65
sudeste	MG	R\$ 46.590.773,27	R\$ 5.089.613,83	11%	R\$ 454,64
sudeste	RJ	R\$ 252.675.748,38	R\$ 24.893.755,73	10%	R\$ 496,09

sudeste	SP	R\$ 6.663.370,37	R\$ 864.341,37	13%	R\$ 567,07
Sul	PR	R\$ 21.624.128,63	R\$ 2.201.051,76	10%	R\$ 455,39
Sul	RS	R\$ 9.923.920,65	R\$ 829.746,97	8%	R\$ 472,17
Sul	SC	R\$ 5.470.816,91	R\$ 509.533,77	9%	R\$ 462,77
centro oeste	DF	R\$ 194.035.751,59	R\$ 25.010.834,54	13%	R\$ 585,69
centro oeste	GO	R\$ 33.021.539,71	R\$ 3.730.517,46	11%	R\$ 456,95
centro oeste	MS	R\$ 18.384.793,42	R\$ 2.630.533,43	14%	R\$ 475,73
centro oeste	MT	R\$ 13.596.983,10	R\$ 1.066.452,28	8%	R\$ 456,19

Material Suplementar 4: Teste de Wilcoxon para os valores de glosa média de glosa e porcentagem de dinheiro glosado em cada Unidade da Federação nos cinco anos de análise

Glosa média por UF	Wilcoxon test
Given median:	536,65
Sample median:	502,92
W :	306
Normal appr. z :	2,8109
p (same median):	0,0049
Exact test not executed (N>12)	
Medians are significantly different	

Porcentagem de valor glosado por UF	Wilcoxon test
Given median:	0,1008218
Sample median:	0,09871
W :	205
Normal appr. z :	0,3844
p (same median):	0,7007
Exact test not executed (N>12)	
Medians are not significantly different	

Material Suplementar 5: Teste de Análise de Variância (ANOVA) para os valores de glosa média em cada Unidade da federação separados pelas regiões do país nos cinco anos de análise

ANOVA de fator único. Resumo:

<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>
norte	7	3657,6	522,5	947,4
nordeste	9	4739,7	526,6	1098,5
sudeste	4	2006,4	501,6	2230,0
Sul	3	1390,3	463,4	70,7
centro oeste	4	1974,5	493,6	3847,4

ANOVA

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	11441,62	4	2860,40	1,9159	0,14346	2,8167
Dentro dos grupos	32845,67	22	1492,99			
Total	44287,29	26				

não há variação significativa entre as glosas médias nas regiões

Material Suplementar 6: Teste de Análise de Variância (ANOVA) para os valores de glosa média em cada Unidade da Federação ao longo dos cinco anos de análise.

ANOVA de fator único. Resumo:

<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>
2018	27	15216,75	563,5831	4647,199
2019	27	16159,86	598,5133	3481,662
2020	27	13359,93	494,812	2649,62
2021	27	12200,99	451,8885	5590,646
2022	27	11905,63	440,9491	3878,882

ANOVA:

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	515197,8	4	128799,4	31,80546	1,81E-18	2,44135
Dentro dos grupos	526448,2	130	4049,602			
Total	1041646	134				

Há diferença significativa entre os anos

Material Suplementar 7: Teste post-hoc de Dunn para encontrar onde na distribuição estavam as diferenças

Teste de Dunn's post hoc

	2018	2019	2020	2021	2022
2018		0,2181	0,004429	5,96E-07	1,21E-07
2019	0,2181		4,55E-05	4,85E-10	6,88E-11
2020	0,004429	4,55E-05		0,03183	0,01445
2021	5,96E-07	4,85E-10	0,03183		0,7648
2022	1,21E-07	6,88E-11	0,01445	0,7648	

anos que apresentam diferença entre si estão em vermelho

Material Suplementar 8: Motivos das glosas divididos por tipo

As glosas ocorreram por motivos técnicos e administrativos.

Técnicos:

1. Cobrança de consulta indevida, quando o procedimento principal já está sendo remunerado.
2. Cobrança de exame com ausência de resultado ou laudo técnico
3. Cobrança de exame com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível
4. Cobrança de exame não solicitado pelo médico
5. Cobrança de gases incompatível com o utilizado/ prescrito
6. Cobrança de honorário incluso no procedimento principal
7. Cobrança de honorários sem registro da efetiva participação do profissional
8. Cobrança de materiais inclusos nas taxas
9. Cobrança de material em quantidade incompatível com a permanência
10. Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado
11. Cobrança de material incluso no pacote negociado.
12. Cobrança de material incluso no procedimento / exame realizado
13. Cobrança de material incompatível com o relatório técnico
14. Cobrança de material não utilizado
15. Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com a permanência
16. Cobrança de medicamento em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado
17. Cobrança de medicamento incluso no pacote negociado
18. Cobrança de medicamento inclusos nas taxas

19. Cobrança de medicamento incompatível com o relatório técnico
20. Cobrança de medicamento não utilizado
21. Cobrança de opme em quantidade incompatível com o procedimento realizado
22. Cobrança de oxigênio incluso na taxa de nebulização especificada
23. Cobrança de pacote sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
24. Cobrança de procedimento em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
25. Cobrança de procedimento sem informação das datas de atendimento-visita, plantão, intensivista, avaliação enteral
26. Cobrança de procedimento sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
27. Cobrança de procedimento/exame sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
28. Cobrança de taxa de observação em pronto socorro sem o registro da permanência
29. Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação
30. Cobrança de taxa de recuperação anestésica não justificada para o procedimento
31. Cobrança de taxa de recuperação anestésica não justificada para o procedimento
32. Cobrança de taxa de sala de pronto socorro, para aplicação de medicamentos
33. Cobrança de taxa de sala incompatível como o procedimento
34. Cobrança de taxa por uso de equipamento incompatível com o procedimento realizado/uso previsto no procedimento
35. Cobrança de tratamento seriado sem justificativa clínica/técnica
36. Consulta já incluída no procedimento
37. Ecg já incluído no te
38. Evento não coberto pelo rol da ans na data da sua execução
39. Exame c/dut(diretriz utilização)analisar documento para liberação de pgt
40. Exame cobrado não corresponde ao exame executado
41. Exames não justificam caráter de urgência
42. Falta prescrição médica
43. Gases medicinais inválidos
44. Glosa mantida conforme análise in loco
45. Item com quantidade maior que a solicitada
46. Item da liberação já executado
47. Limite de quantidade ultrapassada.
48. Material informado não coberto

49. Material invalido
50. Material não especificado
51. Material sem cobertura para atendimento ambulatorial
52. Medicamento invalido
53. Medicamento não especificado
54. Medicamento sem cobertura para atendimento ambulatorial
55. Não cabe pagamento do honorário integral por ser a mesma via de acesso cirúrgico.
56. Não cabe pagamento do honorário integral por ser via de acesso cirúrgico diferente
57. Não existe composição para esse procedimento.
58. Para este procedimento necessita auditoria.
59. Participação informada não existe para este procedimento
60. Participação informada não existe para este procedimento ou o procedimento não possui nenhuma participação cadastr
61. Permanência hospitalar incompatível com o procedimento autorizado
62. Procedimento incompatível com um dos proced
63. Procedimento incompatível com um dos procedimentos da guia
64. Procedimento incompatível com um dos procedimentos da guia - criticar
65. Procedimento já existente no pacote.
66. Procedimento já incluso na consulta
67. Quantidade de material superior a quantidade coberta
68. Quantidade de procedimentos maior que a quantidade restante autorizada
69. Quantidade maior que o limite permitido na parametrização na tabela padrão.
70. Quantidade solicitada de procedimentos menor que a quantidade autorizada

Administrativos:

1. A data do evento e anterior a data de inclusão do usuário.
2. A data/hora autorizada e diferente da data/hora apresentada/cobrada pela operadora destino.
3. A expressão para o cálculo da us em especialidades na rda, não foi informado corretamente.
4. A parametrização dos níveis de cobrança esta invalida.
5. A rede de atendimento não pode atender a usuários deste produto.
6. Abrangência de atendimento não permitida para este produto.
7. Acomodação inválida
8. Acomodação não possui cobertura

9. Assinatura / carimbo do credenciado inexistente
10. Beneficiário bloqueado.
11. Beneficiário desligado após 90 dias
12. Beneficiário não possui cobertura para assistência odontológica
13. Bloqueio de pagamento e cobrança, evento não autorizado.
14. Bloqueio não definido no motivo de bloqueio
15. Cancelamento de guia de internação a pedido da grac.
16. Cobrança de mais de uma taxa de sala de cirurgia, por conta do número de procedimentos realizados nos mesmos tempos
17. Cobrança de outras taxas associadas/inclusas na cobrança da taxa de sala prevista.
18. Cobrança de pacote não negociado com o prestador
19. Cobrança de procedimento com data de autorização posterior à do atendimento.
20. Cobrança de procedimento em duplicidade
21. Cobrança de taxa de equipamento em concomitância com a cobrança de taxa para o procedimento
22. Cobrança de taxa de sala cirúrgica com porte anestésico diferente do procedimento autorizado/realizado.
23. Cobrança de taxa em quantidade incorreta
24. Cobrança de taxa inclusa no pacote negociado
25. Cobrança em guia indevida
26. Cobrança simultânea indevida de consulta em consultório ou pronto-socorro, em dia/horário no qual o beneficiário
27. Código da r.d.a para pagamento de um mesmo subitem divergentes entre as guias.
28. Código de diária contido na guia não localizado na autorização de origem.
29. Código de evento enviado invalido ou bloqueado pela operadora
30. Código de procedimento enviado em guia de consulta, não reconhecido como uma consulta pela operadora
31. Código que identifica o contratado não reconhecido pela operadora
32. Código que identifica o executante não reconhecido pela operadora
33. Competência inválida
34. Dados insuficientes para análise
35. Data da realização do evento ou da guia superior a data do sistema
36. Data de entrega fora do prazo
37. Data do evento fora do período do faturamento do resumo de internação
38. Data do procedimento superior a data do sistema
39. Data limite de atendimento informado na família ultrapassado
40. Erro controlado sigapls.

41. Especialidade bloqueada para esta rda.
42. Especialidade não cadastrada para o prestador
43. Especialidade não encontrada no sistema com base no cbos informado no arquivo
44. Este procedimento necessita de guia da operadora e da empresa
45. Evento de alto custo. Nf de entrada não foi localizada. O valor a ser cobrado/pago deve ser atualizado manualmente
46. Evento de alto custo. Nf de entrada não foi localizada. O valor a ser cobrado/pago deve ser atualizado manualmente.
47. Evento de alto custo. Valor já foi pago através da nf de entrada.
48. Evento informado não está contido na guia de pré-autorização
49. Executante não informado na guia de consulta
50. Existe um reembolso já pago ao beneficiário sobre o procedimento/honorário
51. Existem campos obrigatórios que não foram informados para esta gih.
52. Família bloqueada.
53. Glosa de faturamento invalido
54. Grau de participação informado incompatível com tipo de guia tiss cobrada
55. Guia sem assinatura do assistido
56. Habilita checagem de/para tiss!
57. Idade do beneficiário incompatível com o procedimento
58. Idade do usuário incompatível com a idade limite para a especialidade.
59. Idade do usuário incompatível com a idade limite para o procedimento.
60. Identificação do beneficiário não consistente - matrícula invalida
61. Incompatibilidade de informação entre tipo de faturamento e data de alta
62. Incompatível com previsto na tab. Honor.
63. Item da liberação não solicitado
64. Item de tabela sem cobertura
65. Limite de periodicidade ultrapassada.
66. Local de atendimento bloqueado para esta rda.
67. Matrícula do beneficiário não reconhecida pela operadora na data informada
68. Matrícula do usuário: invalida.
69. Matrícula não existe ou invalida, criado usuário genérico.
70. Matrículas dos usuários divergentes entre as duas guias.
71. Medicamento ou material com código tiss/ans mas sem preço no brasíndice e/ou simpro eletrônicos
72. Não é possível gerar uma consulta para um paciente internado.
73. Não existe calendário de pagamento para a data do evento informada ou não existe u.s. mensais para o calendário de

74. Não existe calendário de pagamento para a data do evento informada.
75. Não existe calendário de pagamento, cadastrado na operadora, para esta competência
76. Não existe guia de autorização relacionada
77. Não foi encontrada nenhuma tabela de pagamento para esta guia
78. Não foi informado nenhum valor para a us.
79. Não foi informado nenhum valor para o auxiliar.
80. Não foi informado nenhum valor para o porte anestésico.
81. Não foi informado nenhum valor para a unidade rea.
82. Número da senha de autorização enviada invalida
83. Número da senha informado diferente do liberado
84. Número da senha não autorizada pela operadora
85. O código cobrado é diferente do código autorizado
86. O procedimento foi negado para execução por este prestador/local de atendimento/especialidade
87. O usuário autorizado é diferente do usuário que está sendo cobrado pela operadora destino.
88. O valor contratado é diferente do valor informado/apresentado.
89. O valor do evento está igual a zero.
90. Obrigatório a informação do médico executante para este tipo de guia
91. Operadora da rede de atendimento: invalida.
92. Operadora do usuário de intercambio possui mesmo código da operadora padrão.
93. Operadora invalida para este usuário.
94. Operadora localizada com base no registro da ans enviado, diferente da operadora padrão
95. Opme informado não autorizado
96. Opme pago a fornecedor terceirizado
97. Pacote não autorizado
98. Para a solicitação referente a esta internação já consta data de alta
99. Para este procedimento necessita guia da operadora.
100. Participação de serviço informada invalida.
101. Problemas com o contrato do beneficiário na data informada
102. Procedimento bloqueado na especialidade de rede de atendimento.
103. Procedimento bloqueado na sub-especialidade de rede de atendimento.
104. Procedimento bloqueado pela operadora para atendimento.
105. Procedimento com periodicidade em relação a outro procedimento já realizado.
106. Procedimento em carência para este usuário
107. Procedimento invalido para lançamentos como eventos (analítico/sintético)

108. Procedimento não autorizado pela operadora
109. Procedimento não existente na liberação de origem.
110. Procedimento realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justi
111. Produto do usuário não permite atendimento por esta rede de atendimento.
112. Quantidade de dias permitido para execução da guia foi ultrapassado
113. Quantidade de dias permitido para execução da guia foi ultrapassado
114. Quantidade de sessões cobradas não condizem com as assinaturas no controle de tratamento seriado
115. Quantidade do procedimento pré-autorizado diferente da quantidade do procedimento contidas na guia.
116. Quantidade maior/menor que o limite permitido na parametrização na tabela padrão.
117. Quantidade solicitada não permitida devido ao grupo de quantidade cadastrado.
118. Rda bloqueada na data do procedimento
119. Rda não autorizada a executar o procedimento (campo executa/solicita/ambos)
120. Rede de atendimento não permitida para a operadora informada.
121. Rede de atendimento sem especialidade cadastrada
122. Rede de atendimento sem local de atendimento cadastrado.
123. Redução de custo.
124. Regime de atendimento incompatível com o procedimento
125. Regime de internação invalido
126. Resumo de internação sem previa solicitação
127. Sexo invalido para a especialidade.
128. Sexo invalido para este procedimento.
129. Solicitação após o desligamento do credenciado
130. Solicitação não encontrada para este usuário.
131. Solicitante não autorizado a solicitar este procedimento (campo executa/solicita/ambos)
132. Taxa / aluguel invalido
133. Tipo de atendimento invalido
134. Tipo de guia enviada no arquivo não permitida ou incorreta
135. Tipo de procedimento invalido para o procedimento informado
136. Tipo de transação invalido para o tipo de guia
137. Unidade com bloqueio automático pela bd3. [pa]
138. Unidade com bloqueio automático pela bd3. [unl]
139. Unidade não existe na composição do evento

- 140. Unidade não existe na composição do evento [hmr]
- 141. Unidade não existe na composição do evento [rea]
- 142. Unidade não existe na composição do evento [unl]
- 143. Usuário bloqueado.
- 144. Usuário importado invalido. Deve ser alterado o usuário para o correto ou glosada a nota.
- 145. Usuário não possui cobertura para este procedimento.
- 146. Valor apresentado a maior
- 147. Valor cobrado da despesa diferente do valor negociado.
- 148. Valor cobrado superior ao acordado em pacote
- 149. Valor de pagamento, do subitem de um mesmo procedimento para a mesma r.d.a, divergentes entre as guias.
- 150. Valor total do item não confere com cálculo do valor unitário x quantidade x acréscimo/desconto
- 151. Valor total do pacote diferente do valor processado

Material Suplementar 9: Cálculo amostral por Slovin

Através da fórmula de Slovin:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Temos que para 4 milhões de população referente, precisamos de uma amostra de 400 indivíduos para se ter uma margem erro de 5%