

Divergências na hora de efetuar reembolsos levam empresa pioneira a criar soluções

O paciente chega a uma clínica ou hospital e apresenta a carteirinha do convênio. Uma vez atendido, realiza exames, cirurgias, demanda medicamentos e materiais. Até aí tudo bem. Mas, ao final do processo, é hora da prestadora de serviços “fechar a conta” e enviar para a operadora do plano de saúde. O processo parece simples, mas no meio do caminho, muitas vezes, pode acontecer a glosa médica.

Apesar do nome incomum, a expressão descreve uma trama recorrente: as operadoras auditam as cobranças recebidas para saber se estão corretas e, com isso, podem optar por não pagar alguns itens ou até a conta inteira do paciente. Outro problema que contribui para a glosa são os equívocos operacionais na hora de passar a informação para o sistema da operadora, o que impede o bom andamento de todo processo.

A FEHOESP (Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e Demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo) divulgou um boletim econômico, em março deste ano, que comprova a situação. Foram entrevistadas 36 empresas associadas à federação, distribuídas por atividade: 58,3% eram clínicas especializadas, 19,4% laboratórios de análises e 22% hospitais.

A pesquisa mostrou que 97% dos participantes sofrem com glosas praticadas por planos de saúde e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que representam, respectivamente, 90% e 10% dos casos. O valor médio por empresa não pago por conta de glosas foi de R\$ 348.600, em 2016, e de R\$ 797.600 em 2017. E quando há uma recusa de pagamento por parte da operadora, cabe a quem prestou o serviço identificar o gargalo e entrar com recursos para receber o valor devido. A operadora volta a decidir, então, se realiza ou não o pagamento e, muitas vezes, o prejuízo fica com quem prestou o serviço aos pacientes.

Os indicadores do Observatório de 2017 da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) são claros: diante do menor crescimento de receitas, por conta da crise econômica e política do país, os hospitais estão mais empenhados em conter despesas. Nesse cenário, a glosa pode chegar a 10% de todos os procedimentos reembolsados por mês e aparece como o principal problema de gestão financeira enfrentado pelas prestadoras dos serviços de saúde.

Atentos a esse processo dispendioso, a ZG Soluções foi pioneira no Brasil, quando, em 2008, ofereceu ao mercado tecnologias que já reduziram milhões em perdas financeiras. O primeiro produto lançado pela marca, o software Zero Glosa, concilia automaticamente os itens de faturamento do prestador de serviço com o demonstrativo de retorno dos convênios. Isso permite identificar rapidamente as glosas e o que as motivou, reduzindo-as em até 30%.

Por meio de um arquivo XML/TISS (padrão estabelecido pela Agência Nacional de Saúde – ANS) gerado pelo programa, é possível integrar as informações com o sistema de gestão (ERP), o que economiza muito tempo de trabalho. O hospital, laboratório ou clínica passa a ter acesso a indicadores estratégicos centralizados, fundamentais para a gestão, como operadoras com mais pendências, itens mais recusados e principais justificativas para glosas. Além disso, permite a criação automatizada de relatórios completos que facilitam a negociação com as operadoras.

A ZG Soluções atua em 18 estados e tem mais de 150 clientes. A expectativa da empresa é de um crescimento superior a 50% neste ano. Entre os clientes estão 30% dos hospitais da Anahp e grandes grupos, como Rede D’Or São Luiz, Hospitais Amil, Santa Joana e Santa Lúcia. A economia chega a meio milhão por mês em algumas das empresas atendidas.

Fonte: [SaúdeBusiness](#), em 05.06.2018.