Paniquar

GESTÃO DE RECEITA NA SAÚDE

WIKI DE RCM

Glossário de RCM e faturamento na saúde

41 termos de glosa, autorização, guias e padrão TISS explicados de forma direta.

Francisco Paniquar Gatto · no setor de saúde desde 2002 · versão de 19/10/2026
Versão sempre atualizada em **paniquar.com**. Uso livre em treinamentos com citação da fonte · CC BY-NC 4.0 · paniquar.com.

Termos

1. Auditoria concorrente
2. Auditoria de contas médicas
3. Autorização prévia
4. Carência
5. CBO (CBOS)
6. Ciclo de receita (RCM)
7. CNES
8. Conciliação de contas
9. Contratualização
10. Demonstrativo de análise de conta
11. Demonstrativo de pagamento
12. Diária hospitalar
13. DUT (Diretriz de Utilização)
14. Elegibilidade
15. Faturamento hospitalar
16. Glosa
17. Glosa administrativa
18. Glosa linear
19. Glosa técnica
20. Guia de consulta
21. Guia de honorários
22. Guia de outras despesas
23. Guia de resumo de internação
24. Guia de solicitação de internação
25. Guia SP/SADT
26. Hash TISS
27. Lote de guias
28. Número da carteira
29. OPME
30. Pacote
31. Padrão TISS
32. Protocolo de recebimento
33. Reapresentação de conta
34. Recurso de glosa
35. Registro ANS
36. Rol de procedimentos da ANS
37. Senha de autorização
38. Tabela 38 da TUSS
39. Taxa de glosa
40. Terminologia TUSS
41. XML TISS

GESTÃO E INDICADORES

Auditoria concorrente

Auditoria concorrente é a auditoria feita durante a internação, com o paciente ainda no hospital, em vez de depois da alta, sobre a conta já fechada.

O auditor da operadora, ou do próprio hospital, acompanha a internação e valida pertinência, permanência e consumo enquanto o atendimento acontece. Divergências são resolvidas antes do fechamento da conta.

Bem conduzida, reduz glosas técnicas e encurta o ciclo de receita. A alternativa, a auditoria retrospectiva, analisa a conta depois que ela foi enviada.

paniquar.com/glossario/auditoria-concorrente/

GESTÃO E INDICADORES

Auditoria de contas médicas

Auditoria de contas médicas é a análise, feita pela operadora ou pelo próprio prestador, para verificar se a cobrança está correta, completa, autorizada e sustentada pelo registro assistencial.

Do lado da operadora, a auditoria decide o que pagar e o que glosar, com auditores administrativos e técnicos (médicos e enfermeiros). Do lado do prestador, a auditoria interna confere a conta antes do envio, para evitar glosas.

A RN 503/2022 exige que a rotina de auditoria esteja expressa no contrato entre prestador e operadora.

paniquar.com/glossario/auditoria-de-contas-medicas/

AUTORIZAÇÃO E BENEFICIÁRIO

Autorização prévia

Autorização prévia é a aprovação que a operadora concede antes da realização de um procedimento, exame, terapia ou internação eletiva, conforme o contrato e as regras do plano.

Nem todo atendimento exige autorização: consultas eletivas e exames simples costumam ser liberados direto, enquanto procedimentos de alto custo, internações eletivas, OPME e terapias seriadas normalmente exigem.

A lista do que exige autorização varia por operadora e deve estar parametrizada no sistema do prestador, para que a recepção e a autorização não deixem passar nada.

Antes de solicitar a autorização, confirme a elegibilidade do beneficiário: plano ativo, carteira válida e carência cumprida para o serviço. Uma autorização emitida para quem não estava elegível não protege a conta da glosa.

paniquar.com/glossario/autorizacao-previa/

AUTORIZAÇÃO E BENEFICIÁRIO

Carência

Carência é o período, contado a partir da contratação do plano, em que o beneficiário ainda não tem direito a determinados atendimentos.

A Lei nº 9.656/1998 limita os prazos máximos de carência: 24 horas para urgência e emergência, 300 dias para parto a termo e 180 dias para os demais casos. Planos podem ter prazos menores, nunca maiores.

Para o prestador, atender um beneficiário em carência sem checar a elegibilidade costuma resultar em glosa ou em cobrança direta ao paciente, conforme o caso.

paniquar.com/glossario/carencia/

CADASTRO E IDENTIFICAÇÃO

CBO (CBOS)

CBO é a Classificação Brasileira de Ocupações. No padrão TISS, o campo CBOS informa a ocupação ou especialidade do profissional executante, a partir de uma lista de códigos permitidos.

O CBO precisa ser compatível com o procedimento e com o conselho profissional informado. Médico clínico cobrando procedimento de especialidade sem o CBO correspondente é motivo comum de glosa.

Junto com o CBO, a guia traz o conselho profissional, o número no conselho e a UF, informada pelo código IBGE do estado.

paniquar.com/glossario/cbo/

GESTÃO E INDICADORES

Ciclo de receita (RCM)

Ciclo de receita, ou RCM (Revenue Cycle Management), é o conjunto de etapas que transforma um atendimento em dinheiro no caixa: do agendamento e da autorização até o faturamento, a conciliação e o recurso de glosas.

Cada etapa pode gerar perda: cadastro errado na recepção, autorização faltando, registro assistencial incompleto, conta fechada com atraso, glosa não recursada. A receita se perde na etapa mais fraca.

Gerir o ciclo de receita é medir cada etapa com indicadores e corrigir a causa na origem, em vez de só correr atrás das glosas no fim.

paniquar.com/glossario/ciclo-de-receita/

CADASTRO E IDENTIFICAÇÃO

CNES

CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) é o número de sete dígitos que identifica cada estabelecimento de saúde no cadastro do Ministério da Saúde.

O CNES do executante é informado nas guias TISS. CNES inválido, desatualizado ou diferente do cadastrado na operadora gera glosa do grupo de prestador (códigos 12xx).

Manter o CNES atualizado, com os profissionais e serviços corretos, também é exigência regulatória independente do faturamento.

paniquar.com/glossario/cnes/

GESTÃO E INDICADORES

Conciliação de contas

Conciliação é a comparação entre o que o prestador faturou, o que a operadora analisou e o que de fato foi pago, para identificar glosas, atrasos e diferenças.

É a etapa que fecha o ciclo de receita. Sem conciliação, glosas passam despercebidas, recursos perdem o prazo e o prestador não sabe quanto ainda tem a receber.

A conciliação bem feita responde a três perguntas por lote: quanto foi pago, quanto foi glosado e por quê, e quanto está pendente.

paniquar.com/glossario/conciliacao/

REGULAÇÃO

Contratualização

Contratualização é a formalização, por contrato escrito, da relação entre operadora de plano de saúde e prestador de serviços, com regras definidas pela ANS.

A Resolução Normativa ANS nº 503/2022 lista o que o contrato precisa conter, como objeto, valores e reajuste, prazos de faturamento e pagamento, rotina de auditoria, hipóteses de glosa e prazos de contestação e resposta. O prazo do prestador para contestar a glosa deve ser igual ao prazo da operadora para responder.

Em 2026, a ANS colocou em consulta pública uma nova norma sobre o tema (Consulta Pública nº 170). Até a publicação e a entrada em vigor de uma nova resolução, vale a RN 503/2022.

paniquar.com/glossario/contratualizacao/

GLOSA E RECURSO

Demonstrativo de análise de conta

Demonstrativo de análise de conta é o documento em que a operadora informa, guia por guia e item por item, o que foi aceito e o que foi glosado, com o código do motivo.

Faz parte do padrão TISS e é a principal fonte de informação para tratar glosas. É dele que saem o valor glosado, o código da tabela 38 e a referência ao lote e ao protocolo para o recurso.

Uma rotina saudável importa o demonstrativo para uma planilha ou sistema assim que ele chega, concilia com o faturado e distribui as glosas por responsável e prazo.

paniquar.com/glossario/demonstrativo-de-analise-de-conta/

CONTAS E COBRANÇA

Demonstrativo de pagamento

Demonstrativo de pagamento é o documento em que a operadora informa os valores efetivamente pagos ao prestador em um período, com os descontos e créditos aplicados.

Diferente do demonstrativo de análise de conta, que detalha a análise item a item, o demonstrativo de pagamento mostra o que entrou no caixa: valores liberados, glosas, impostos retidos e outros ajustes.

Comparar o demonstrativo de pagamento com o que foi faturado e com o que foi revertido em recurso é a essência da conciliação.

paniquar.com/glossario/demonstrativo-de-pagamento/

CONTAS E COBRANÇA

Diária hospitalar

Diária hospitalar é a cobrança pela permanência do paciente internado, por período de 24 horas ou conforme a regra contratual, em determinado tipo de acomodação.

O que a diária inclui (hotelaria, cuidados de enfermagem, alguns materiais e taxas) varia por contrato. Diárias acima do período autorizado, em acomodação superior à do plano ou sem prorrogação aprovada são glosas comuns.

As diárias são codificadas na tabela 18 da TUSS.

paniquar.com/glossario/diaria-hospitalar/

REGULAÇÃO

DUT (Diretriz de Utilização)

DUT, ou Diretriz de Utilização, é o conjunto de critérios clínicos definidos pela ANS que determina em quais situações um procedimento do Rol tem cobertura obrigatória.

Quando um procedimento tem DUT, a solicitação precisa demonstrar que o paciente se enquadra nos critérios, normalmente com relatório médico e exames. Sem isso, a autorização pode ser negada ou o item glosado.

Para o prestador, conhecer as DUTs dos procedimentos que mais realiza evita negativas e retrabalho.

paniquar.com/glossario/dut/

AUTORIZAÇÃO E BENEFICIÁRIO

Elegibilidade

Elegibilidade é a confirmação de que o beneficiário tem direito ao atendimento na data: plano ativo, carteira válida, sem carência pendente para aquele serviço e com cobertura contratada.

O padrão TISS tem uma transação própria para isso, a verificação de elegibilidade, que muitas operadoras oferecem pelo portal ou por integração.

Verificar a elegibilidade na recepção, e guardar o comprovante, é a forma mais barata de evitar o grupo de glosas de beneficiário (códigos 10xx).

paniquar.com/glossario/elegibilidade/

CONTAS E COBRANÇA

Faturamento hospitalar

Faturamento hospitalar é a área que transforma o registro do atendimento em cobrança: fecha a conta, codifica os itens, monta as guias e os lotes no padrão TISS e envia às operadoras.

Depende de informações que nascem em outras áreas, como recepção, autorização, assistência e farmácia. Por isso faturamento eficiente é menos digitação e mais processo: regras por operadora no sistema, conferência antes do envio e prazos controlados.

Indicadores típicos: prazo médio de fechamento de conta, valor faturado no prazo e taxa de glosa.

paniquar.com/glossario/faturamento-hospitalar/

GLOSA E RECURSO

Glosa

Glosa é o valor de uma conta que a operadora de plano de saúde deixa de pagar ao prestador, total ou parcialmente, por considerar a cobrança indevida, incompleta ou em desacordo com o contrato.

A glosa aparece no demonstrativo de análise de conta, item por item, com o valor recusado e o código do motivo da tabela 38 da terminologia TUSS. Pode atingir um item, uma guia inteira ou o lote todo.

Na prática, glosa é receita que o prestador já produziu e não recebeu. Parte dela é recuperável em recurso; o resto vira perda definitiva. Por isso as equipes de faturamento acompanham a taxa de glosa por operadora e por motivo.

As glosas costumam ser divididas em **administrativas**, ligadas a cadastro, autorização, prazo e preenchimento, e **técnicas**, ligadas à pertinência clínica do que foi cobrado.

paniquar.com/glossario/glosa/

GLOSA E RECURSO

Glosa administrativa

Glosa administrativa é a recusa de pagamento causada por falha de processo ou de informação, como carteira inválida, falta de autorização, código errado, prazo vencido ou documento ausente, e não por questionamento clínico.

É o tipo de glosa mais frequente e também o mais evitável, porque nasce em etapas que o próprio prestador controla: recepção, autorização, cadastro, codificação e envio da conta.

Exemplos comuns: número da carteira digitado errado, senha de autorização vencida, código TUSS fora de vigência, guia sem assinatura, cobrança enviada depois do prazo contratual.

Muitas glosas administrativas são recuperáveis em recurso quando existe a evidência (a senha, o documento, a tabela do contrato). As que nascem de prazo perdido ou de autorização inexistente raramente são revertidas.

paniquar.com/glossario/glosa-administrativa/

GLOSA E RECURSO

Glosa linear

Glosa linear é o corte aplicado de forma generalizada sobre uma conta ou um lote, sem apontar item por item o motivo específico de cada recusa.

O termo descreve uma prática criticada no setor: a operadora reduz o valor da conta por um percentual ou por um critério genérico, sem justificar cada item glosado.

A Resolução Normativa ANS nº 503/2022 veda que a operadora impeça o acesso do prestador às justificativas das glosas e crie regras que impeçam a contestação, desde que o faturamento seja enviado no padrão TISS vigente. Na prática, uma glosa sem motivo identificável é um ponto a contestar com a operadora.

Para o prestador, o primeiro passo é conciliar o demonstrativo item a item e documentar quais valores foram recusados sem código ou justificativa.

paniquar.com/glossario/glosa-linear/

GLOSA E RECURSO

Glosa técnica

Glosa técnica é a recusa de pagamento baseada na avaliação da auditoria médica ou de enfermagem da operadora sobre a necessidade, a quantidade ou a pertinência do que foi cobrado.

Na glosa técnica, a operadora não questiona o preenchimento da conta, e sim o mérito: se o procedimento era indicado, se a quantidade de material ou medicamento é compatível com o caso, se a permanência na internação se justifica.

O recurso de uma glosa técnica depende de registro assistencial: prontuário, prescrição, checagem de enfermagem, descrição cirúrgica, relatório médico. O que não está registrado dificilmente é defensável.

Por isso, reduzir glosa técnica passa menos pelo faturamento e mais pela qualidade do registro na assistência.

paniquar.com/glossario/glosa-tecnica/

GUIAS E DOCUMENTOS

Guia de consulta

Guia de consulta é o documento do padrão TISS usado para cobrar consultas eletivas em consultório, com os dados do beneficiário, do profissional e do atendimento.

Registra, entre outros, o número da carteira, o profissional executante (conselho, número, UF e CBO), a data, o tipo de consulta e o código e valor do procedimento.

Consultas realizadas em pronto-socorro ou associadas a exames e terapias costumam ser cobradas na guia SP/SADT, conforme as regras de cada operadora.

paniquar.com/glossario/guia-de-consulta/

GUIAS E DOCUMENTOS

Guia de honorários

Guia de honorários é a guia do padrão TISS usada para cobrar os honorários de profissionais que participaram de um procedimento em internação, quando cobrados separadamente da conta hospitalar.

Registra o profissional, o grau de participação (cirurgião, auxiliar, anestesista e outros) e os procedimentos. Ela é vinculada à guia de internação correspondente.

Glosas comuns: honorário sem registro de participação na descrição cirúrgica, cobrança em duplicidade e via de acesso cobrada de forma incorreta.

paniquar.com/glossario/guia-de-honorarios/

GUIAS E DOCUMENTOS

Guia de outras despesas

Guia de outras despesas é o anexo do padrão TISS usado para cobrar materiais, medicamentos, taxas, diárias, gases medicinais e OPME vinculados a uma guia SP/SADT ou de resumo de internação.

Cada item é informado com o código e a tabela TUSS correspondentes (18 para diárias e taxas, 19 para materiais e OPME, 20 para medicamentos), a quantidade, a unidade de medida e o valor.

É onde se concentra boa parte das glosas técnicas de auditoria, porque cada item precisa estar sustentado por prescrição, checagem ou registro de uso.

paniquar.com/glossario/guia-de-outras-despesas/

GUIAS E DOCUMENTOS

Guia de resumo de internação

Guia de resumo de internação é a guia do padrão TISS usada para cobrar uma internação, com as datas de admissão e alta, os procedimentos realizados, o CID e o motivo de encerramento.

Os itens de consumo da internação (diárias, taxas, materiais, medicamentos, gases e OPME) vão na guia de outras despesas vinculada ao resumo. Os honorários de profissionais que não fazem parte da equipe contratada pelo hospital podem ir na guia de honorários.

Inconsistências de datas (alta antes da internação, intervenção fora do período) e falta de CID estão entre as glosas mais comuns dessa guia.

paniquar.com/glossario/guia-de-resumo-de-internacao/

GUIAS E DOCUMENTOS

Guia de solicitação de internação

Guia de solicitação de internação é o documento do padrão TISS usado para pedir à operadora a autorização de uma internação, com o caráter (eletivo ou urgência), o tipo, o regime e a indicação clínica.

Em internações eletivas, a autorização precisa sair antes da admissão. Em urgência e emergência, a comunicação à operadora segue as regras do contrato, normalmente nas primeiras horas após a admissão.

Prorrogações de diárias e mudanças de acomodação também precisam ser solicitadas e autorizadas.

paniquar.com/glossario/guia-de-solicitacao-de-internacao/

GUIAS E DOCUMENTOS

Guia SP/SADT

Guia SP/SADT (Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia) é a guia do padrão TISS usada para solicitar e cobrar exames, terapias, procedimentos ambulatoriais e atendimentos de pronto-socorro.

É a guia mais usada fora da internação. Reúne a solicitação e a execução, com os procedimentos realizados, as datas, a equipe e a autorização quando exigida.

Materiais, medicamentos, taxas e gases ligados ao atendimento são cobrados na guia de outras despesas, vinculada à SP/SADT.

paniquar.com/glossario/guia-sp-sadt/

PADRÃO TISS E TUSS

Hash TISS

Hash é o código de verificação calculado sobre o conteúdo da mensagem TISS e informado no epílogo do arquivo, para que a operadora confirme que o XML não foi alterado depois de gerado.

Se qualquer valor do arquivo for alterado depois da geração, o hash deixa de conferir e a operadora recusa a mensagem. Por isso não se deve editar o XML manualmente sem recalcular o hash.

O caminho seguro para corrigir um arquivo é ajustar a informação no sistema de faturamento e gerar o lote de novo.

paniquar.com/glossario/hash-tiss/

PADRÃO TISS E TUSS

Lote de guias

Lote de guias é o conjunto de guias enviado de uma vez à operadora em uma mensagem eletrônica do padrão TISS, identificado por um número de lote.

No padrão TISS 4.03.00, cada lote reúne guias de um mesmo tipo (consulta, SP/SADT, resumo de internação, honorários ou odontologia), com no máximo 100 guias por mensagem.

Ao receber o lote, a operadora devolve um protocolo de recebimento. O número do lote e o do protocolo são usados depois no recurso de glosa.

paniquar.com/glossario/lote-de-guias/

AUTORIZAÇÃO E BENEFICIÁRIO

Número da carteira

Número da carteira é a identificação do beneficiário no plano de saúde, impressa na carteirinha física ou digital, e é obrigatório em todas as guias do padrão TISS.

No padrão TISS 4.03.00, o campo aceita até 20 caracteres. Carteira digitada errado, de cartão substituído ou de outro membro da família está entre as causas mais comuns de glosa de beneficiário.

Conferir a carteira com o cadastro do sistema e com a verificação de elegibilidade, a cada atendimento, evita o problema na origem.

paniquar.com/glossario/numero-da-carteira/

CONTAS E COBRANÇA

OPME

OPME (órteses, próteses e materiais especiais) são dispositivos implantáveis ou de alto custo usados em procedimentos, como stents, placas, parafusos e próteses articulares.

Por causa do valor, a OPME costuma exigir autorização específica, com o item e o fornecedor aprovados. Na cobrança, entram a etiqueta de rastreabilidade, a nota fiscal e a descrição cirúrgica que comprova o uso.

OPME utilizada diferente da autorizada e valor acima do negociado estão entre as glosas de maior impacto financeiro.

paniquar.com/glossario/opme/

CONTAS E COBRANÇA

Pacote

Pacote é um valor fechado, negociado entre prestador e operadora, que remunera um procedimento ou atendimento incluindo um conjunto definido de itens, como diárias, taxas, materiais e medicamentos.

O que está e o que não está incluído no pacote deve constar em anexo contratual. Cobrar à parte um item que o pacote já remunera gera glosa; deixar de cobrar um item excluído do pacote é receita perdida.

Por isso a composição de cada pacote, por operadora, precisa estar cadastrada no sistema.

paniquar.com/glossario/pacote/

PADRÃO TISS E TUSS

Padrão TISS

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar) é o padrão obrigatório definido pela ANS para a troca eletrônica de dados de atendimento entre prestadores e operadoras de planos de saúde.

O padrão tem componentes organizacional, de conteúdo e estrutura, de representação de conceitos (a terminologia TUSS), de segurança e privacidade e de comunicação. A versão 4.03.00 é obrigatória desde 1º de julho de 2026.

Arquivos fora da versão vigente ou fora da estrutura do padrão são recusados no recebimento, antes mesmo da análise da conta.

paniquar.com/glossario/padrao-tiss/

PADRÃO TISS E TUSS

Protocolo de recebimento

Protocolo de recebimento é o número que a operadora devolve ao receber um lote de cobrança, confirmando a entrega e servindo de referência para análise, pagamento e recurso.

Guardar o protocolo de cada lote é obrigatório para uma boa gestão: ele prova a data de entrega (importante para prazos contratuais) e é exigido na guia de recurso de glosa.

Se a mensagem for recusada no recebimento, a operadora devolve uma mensagem de erro em vez do protocolo, com códigos do grupo 50xx da tabela 38.

paniquar.com/glossario/protocolo-de-recebimento/

GLOSA E RECURSO

Reapresentação de conta

Reapresentação é o reenvio de uma cobrança à operadora, normalmente com os dados corrigidos, em vez de contestar a análise feita sobre a cobrança original.

Enquanto o recurso de glosa contesta a decisão da operadora, a reapresentação corrige a própria cobrança: um código errado, uma quantidade divergente, um dado de beneficiário ou de profissional incompleto.

Quando usar um ou outro caminho costuma estar definido no contrato ou no manual do prestador de cada operadora. Algumas exigem que a reapresentação seja identificada como tal no protocolo.

Reapresentar sem identificar pode gerar glosa por duplicidade.

paniquar.com/glossario/reapresentacao-de-conta/

GLOSA E RECURSO

Recurso de glosa

Recurso de glosa é a contestação formal que o prestador envia à operadora para reverter um valor glosado, com o código da glosa, a justificativa e a evidência.

No padrão TISS 4.03.00, o recurso pode ser feito para o protocolo inteiro, para uma guia ou para itens específicos. Cada justificativa tem no máximo 500 caracteres, e o recurso faz referência ao lote e ao protocolo originais.

Os prazos de recurso e de resposta não são fixados pela ANS: devem estar no contrato, e a RN 503/2022 exige que o prazo do prestador para contestar seja igual ao prazo da operadora para responder.

Um bom recurso tem fato, base (contrato, autorização, tabela), evidência anexada e pedido objetivo.

paniquar.com/glossario/recurso-de-glosa/

CADASTRO E IDENTIFICAÇÃO

Registro ANS

Registro ANS é o número de seis dígitos que identifica cada operadora de plano de saúde junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar e que deve constar nas guias e mensagens TISS.

No XML TISS, o registro ANS identifica a operadora de destino e aparece no cabeçalho de cada guia. Um registro com menos de seis dígitos ou de outra operadora faz o arquivo ou a guia serem recusados.

paniquar.com/glossario/registro-ans/

REGULAÇÃO

Rol de procedimentos da ANS

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista, definida pela ANS, dos procedimentos que os planos de saúde regulamentados devem cobrir obrigatoriamente, conforme a segmentação do plano.

O Rol é atualizado periodicamente. Desde a Lei nº 14.454/2022, ele é a referência básica de cobertura, e procedimentos fora da lista podem ser cobertos quando atendem aos critérios previstos na lei.

Alguns procedimentos do Rol têm Diretrizes de Utilização (DUT), que definem em quais situações clínicas a cobertura é obrigatória.

paniquar.com/glossario/rol-da-ans/

AUTORIZAÇÃO E BENEFICIÁRIO

Senha de autorização

Senha de autorização é o código que a operadora fornece ao aprovar um procedimento, uma internação ou uma terapia, e que deve ser informado na guia de cobrança.

A senha tem data de emissão e validade. Cobrar um procedimento com senha vencida, com código diferente do autorizado ou em quantidade maior que a aprovada gera glosa de autorização.

Na hora do recurso, a senha com data e validade é a principal evidência de que o atendimento estava autorizado.

paniquar.com/glossario/senha-de-autorizacao/

PADRÃO TISS E TUSS

Tabela 38 da TUSS

A tabela 38 da TUSS é a tabela de mensagens do padrão TISS: padroniza os códigos de motivo de glosa, de negativa de autorização e de recusa de arquivos usados pelas operadoras.

Cada glosa informada no demonstrativo traz um código dessa tabela, como 1702 (cobrança de procedimento em duplicidade). Os códigos são organizados em grupos pelos dois primeiros dígitos: 10xx para beneficiário, 14xx para autorização, 17xx para cobrança e valores, 50xx para transmissão do arquivo, e assim por diante.

No recurso de glosa, o código recorrido precisa ser o mesmo informado pela operadora.

paniquar.com/glossario/tabela-38-tuss/

GESTÃO E INDICADORES

Taxa de glosa

Taxa de glosa é o percentual do valor faturado que a operadora deixou de pagar: valor glosado dividido pelo valor apresentado, multiplicado por 100.

Costuma ser acompanhada em duas versões. A **taxa de glosa inicial** considera o que foi glosado no primeiro demonstrativo. A **taxa de glosa final** desconta o que foi recuperado em recurso e mostra a perda real.

O indicador só é útil quando aberto por operadora, por motivo e por setor de origem. A média geral esconde onde está o problema.

Outros indicadores que andam junto: taxa de recuperação em recurso, glosa recursada no prazo e reincidência do mesmo motivo.

paniquar.com/glossario/taxa-de-glosa/

PADRÃO TISS E TUSS

Terminologia TUSS

TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) é o conjunto de tabelas da ANS que padroniza códigos e descrições de procedimentos, materiais, medicamentos, diárias, taxas, mensagens e outros itens do padrão TISS.

As tabelas mais usadas no faturamento são a 18 (diárias, taxas e gases medicinais), a 19 (materiais e OPME), a 20 (medicamentos), a 22 (procedimentos e eventos em saúde) e a 38 (mensagens, que inclui os motivos de glosa).

Código TUSS errado, inexistente ou fora de vigência é causa frequente de glosa. A ANS publica atualizações periódicas, e o sistema do prestador precisa acompanhar.

paniquar.com/glossario/terminologia-tuss/

PADRÃO TISS E TUSS

XML TISS

XML TISS é o arquivo eletrônico, no formato XML, em que o prestador envia lotes de guias, recursos e outras transações à operadora, seguindo a estrutura (schemas) publicada pela ANS.

A ANS publica os schemas XSD de cada versão do padrão. Um arquivo fora dessa estrutura, com campo obrigatório faltando, valor em formato errado ou fora de ordem, é recusado no recebimento.

Antes de enviar, vale validar o arquivo contra os schemas da versão vigente e conferir o hash.

paniquar.com/glossario/xml-tiss/
