

B A L A N Ç O

Observatório Anahp

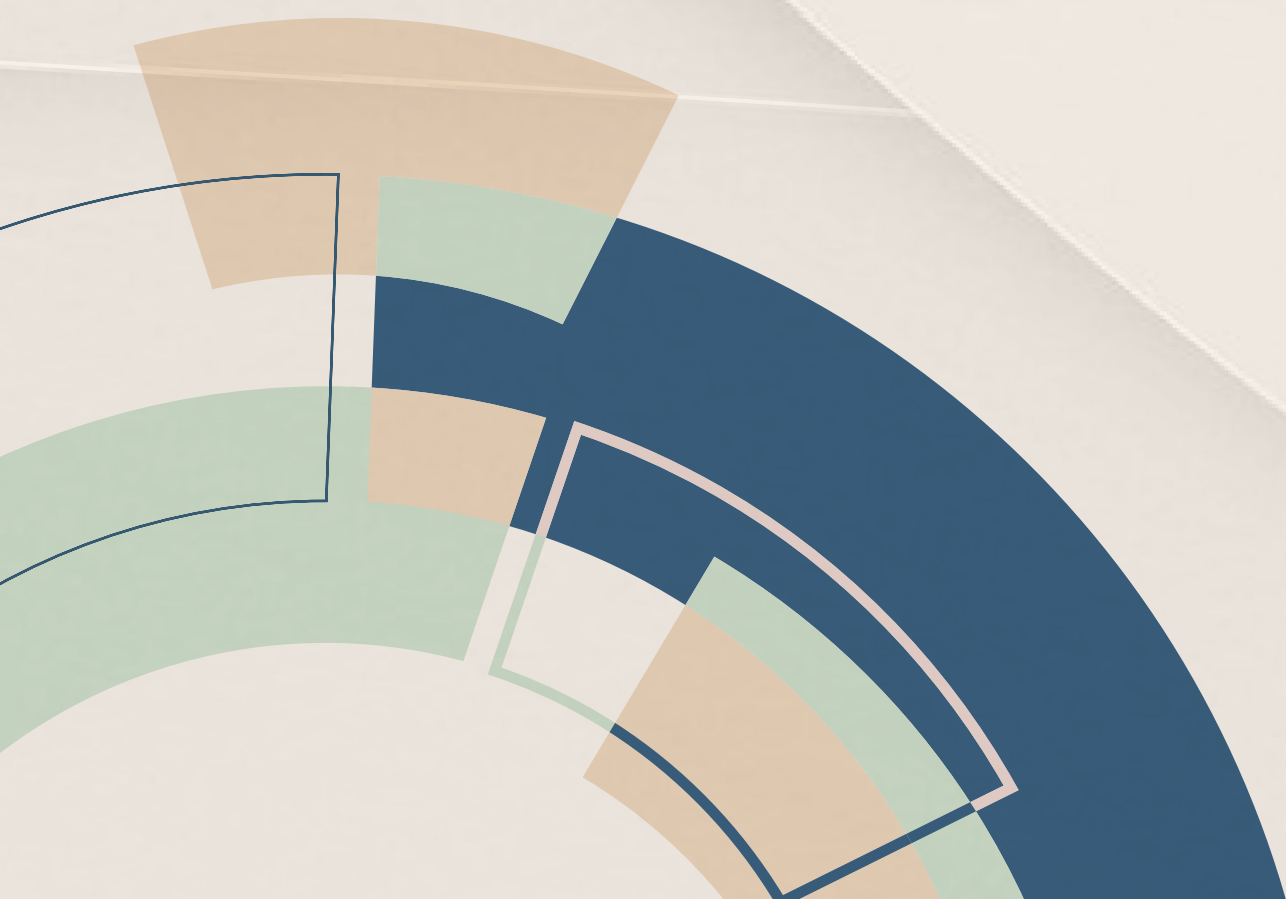
Panorama trimestral financeiro e
operacional da saúde suplementar

5ª edição – Abril 2025



Há 23 anos promovendo
qualidade e ética na saúde

anahp



A POSIÇÃO DA ANAHP SOBRE O MOMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

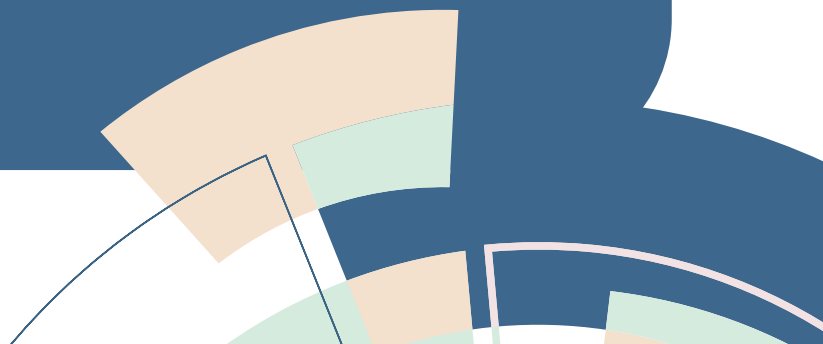
Dois fatos marcam esta edição do Balanço Econômico da Saúde Suplementar, publicação trimestral da Anahp em parceria com a consultoria Arquitetos da Saúde: confirma-se a recuperação de resultados pelas operadoras de planos de saúde e, apesar disto, piora a situação financeira dos hospitais associados à entidade em função das glosas e obstáculos ao pagamento dos serviços por eles prestados.

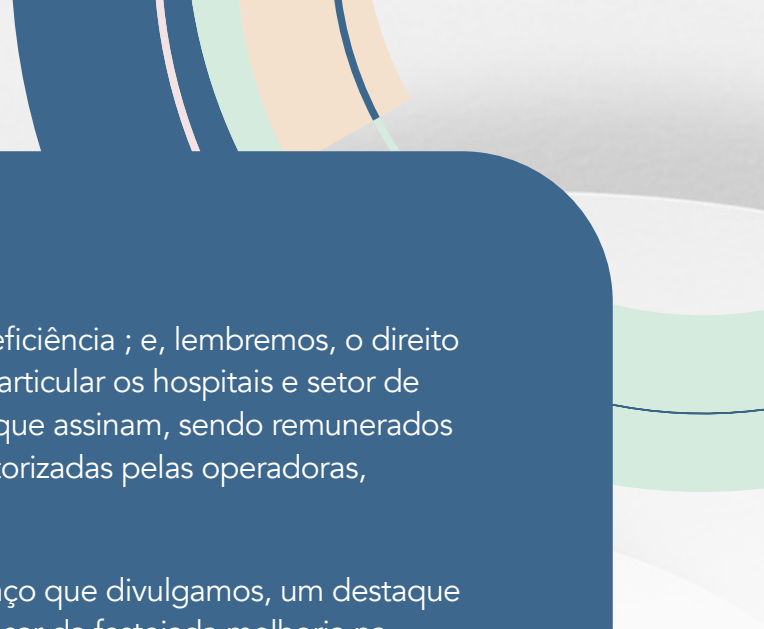
Saudemos o fato positivo: a ninguém, especialmente aos hospitais, interessa que as operadoras de planos, administradoras e repassadoras dos recursos dos contratantes - empresas ou indivíduos - não estejam de forma permanente e sustentável tendo os recursos para cumprirem fiel e pontualmente suas obrigações e mantendo as reservas para dispêndios futuros. A Anahp, por isso, tem apoiado e por decisão do seu Conselho continuará apoiando reformas que garantam estabilidade e segurança jurídica ao sistema, clara definição de obrigações e direitos por parte de todos, trabalho conjunto em uma agenda que reúna pontos comuns de empresas, clientes, médicos, operadoras, hospitais e fornecedores.

A Anahp vive diariamente esta necessidade em seus mais de 170 hospitais associados, todos com compromisso publicamente reconhecido em favor da prática da qualidade. É nos hospitais e nos prestadores de serviço na área diagnóstica que o sistema de saúde suplementar ganha vida concreta, transforma-se em rostos e histórias da vida real de 52 milhões de pessoas tentando realizar o direito pelo qual todos sonham: ter acesso de qualidade à assistência de saúde.

Por isso, a Anahp dialoga com todos os segmentos, os mesmos que percorrem os corredores, leitos e UTIs dos seus hospitais. E mais: nós não acreditamos em nenhuma solução ou proposta segmentada que, ao defender interesses específicos, deixe de considerar a situação e os interesses dos demais setores. A saúde suplementar tem que ser sustentável para todos que dela participam.

Sejamos claros: o sistema, construído com tanto esforço e sucesso nesses trinta anos, precisa de reformas. Mas estas só serão bem-vindas se considerarem o direito dos contratantes por valores e serviços justos; o direito dos médicos à autonomia nas decisões científicas; o direito das operadoras de saberem com clareza e segurança





o que foi contratado e um esforço de todos por eficiência ; e, lembremos, o direito dos prestadores de serviço e fornecedores, em particular os hospitais e setor de diagnósticos, de terem respeitados os contratos que assinam, sendo remunerados em tempo justo e legal, pelas atividades que, autorizadas pelas operadoras, desenvolveram com os pacientes.

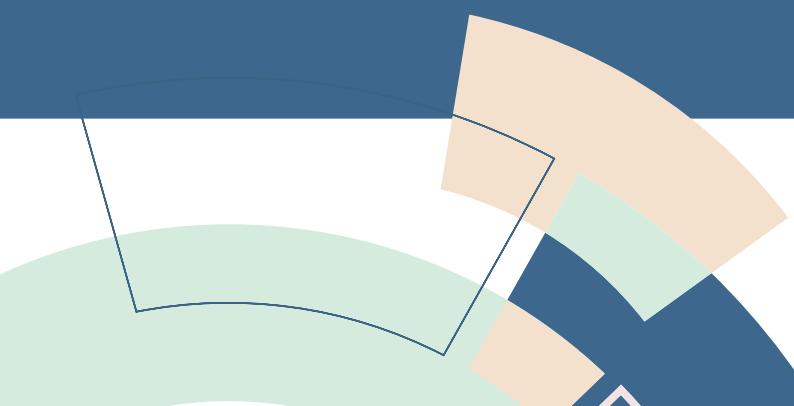
Exatamente este é o segundo destaque do Balanço que divulgamos, um destaque que infelizmente não merece comemoração. Apesar da festejada melhoria na situação das operadoras, piorou a dos prestadores de serviços. Pesquisa feita com a maioria dos hospitais da Anahp aponta para mais de R\$ 5,8 bilhões em serviços prestados e não pagos em 2024. Se estimarmos o valor para o total dos nossos hospitais (faturamento de R\$ 66,40 bilhões em 2024) teríamos mais de R\$ 10 bilhões não pagos. E se a conta envolvesse todos os 3.804 hospitais privados de todo País?

A Anahp entende que glosar contas é um direito de qualquer fonte pagadora. E, junto aos seus associados, trabalha diariamente contra desperdícios e a favor de serviços prestados com clareza, honestidade e eficiência. O que estamos vendo, porém, é que a glosa pulou de 11,89% em 2023 para 15,89% em 2024. E ao final das discussões dos hospitais com as operadoras, apenas 2% daqueles 15,89% são mantidos. Da glosa inicial, portanto, mais de 2/3 não ficam em pé ao final das discussões.

Nesse meio tempo, – que varia de 4, 6, 12 meses e até 24 meses – a receita dos hospitais não se realiza. Como manter o equilíbrio financeiro? Indo aos bancos, com os juros atuais? Cortando investimentos (este balanço mostra que isso está acontecendo para quase metade dos hospitais)?

Temos uma proposta que julgamos melhor: que a saúde suplementar não apenas diga que é uma cadeia de elos interdependentes. Que ela pratique isto. Que nós todos defendamos regras claras para todos. E que elas, por exemplo, os contratos que assinamos, sejam respeitados e cumpridos.

Vamos seguir trabalhando para que isto aconteça, na esperança de que os próximos Balanços ainda falem de desafios e dificuldades, mas apontem melhorias em relação ao que mostramos hoje.

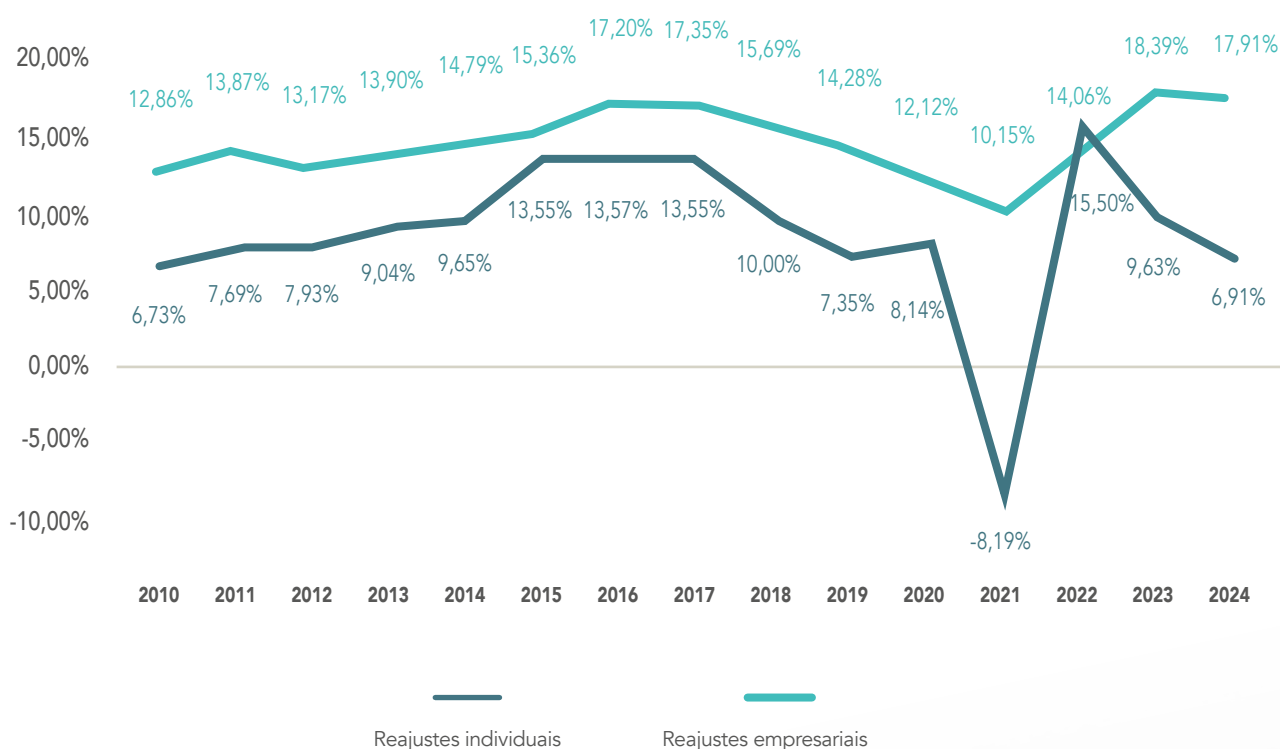




Tendência de diminuição dos reajustes aplicados pelas operadoras

Em 2024, os reajustes dos planos empresariais atingiram o patamar de 17,91% (média de 12 meses até novembro de 2024). Após um período de aumentos constantes (2022 e 2023), nota-se que os percentuais tiveram uma ligeira redução, muito em consequência ao crescimento do número de contratos menores (1 a 5 vidas) e, portanto, o percentual de reajuste dos planos coletivos tenderá à média dos percentuais aplicados a esse porte de contratos, que são analisados e reajustados com base no Pool de Riscos normatizado pela ANS. Por outro lado, o teto de reajuste divulgado pela ANS para planos individuais, foi de 6,91% em 2024, um dos menores da série desde 2010 (**Gráfico 1**).

GRÁFICO 1 | REAJUSTES DOS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS X EMPRESARIAIS – 2010 A 2024



Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde

Nota: No caso dos percentuais de reajuste empresarial, eles se referem à média aritmética de reajuste por contrato sem considerar ponderação por número de beneficiários de tal forma que reflita a realidade do contratante de plano de saúde, ou seja, as empresas. Não são considerados contratos de pós-pagamento, eventuais descontos que representam menos de 2% de todos os contratos, nem contratos com menos de 12 meses de análise de sinistralidade que não tiveram reajuste.



Sinistralidade volta a média histórica

A linha da DRE líquida indica que o mercado de saúde suplementar vem garantindo resultado em patamares próximos aos obtidos em 2018 e 2019, no entanto, ainda em função do resultado das aplicações financeiras. Os dados de 2024 indicam uma retomada dos resultados operacionais do setor, no entanto, ainda abaixo dos obtidos em 2019. A sinistralidade voltou aos níveis pré-pandêmicos, quando o setor operava com uma taxa próxima a 83%. A redução de sinistralidade está mais relacionada ao aumento das receitas, uma vez que os reajustes ainda estão acima das médias históricas (**Tabela 1**).

TABELA 1 | EVOLUÇÃO DO RESULTADO FINANCEIRO DAS OPERADORAS – 2014 A 2024

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Vidas (milhões)	50,53	49,28	47,63	47,09	47,09	47,01	47,56	48,93	50,42	50,88	52,18
Operadoras	828	789	764	728	716	697	685	685	699	692	669
Prêmio (R\$ bilhões)	124,9	141,2	160,7	178,1	191,9	207,5	217,5	239,1	231,5	272,81	300,39
Sinistro (R\$ bilhões)	103,8	117,2	134,6	147,6	159,6	172,8	165,8	206,0	206,2	236,56	250,36
Sinistralidade	83,1%	83,0%	83,7%	82,9%	83,2%	84,5%	77,7%	87,1%	89,2%	86,8%	83,5%
Prêmio pmpm	205,97	238,77	281,13	315,16	339,52	367,87	380,98	407,32	382,55	446,80	479,76
Outras despesas (R\$ bilhões)	18,16	20,43	20,28	23,79	23,43	22,97	34,18	30,20	25,80	34,32	41,51
% da receita	14,54%	14,47%	12,62%	13,36%	12,21%	11,07%	15,72%	12,63%	11,14%	12,58%	13,82%
Resultado operacional (R\$ bilhões)	(0,5)	(0,4)	(0,9)	1,6	4,0	5,5	14,3	(1,6)	(9,9)	(9,2)	1,7
% operacional	(0,37%)	(0,29%)	(0,58%)	0,89%	2,11%	2,63%	6,56%	(0,69%)	(4,29%)	(3,38%)	0,56%
DRE líquido (R\$ bilhões)	2,97	3,58	5,84	6,70	8,79	11,78	17,50	2,90	-0,51	1,93	10,19
% resultado	2,38%	2,53%	3,63%	3,76%	4,58%	5,67%	8,05%	1,21%	(0,22%)	0,71%	3,39%

Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde.

Nota: 2024 referente aos dados acumulados até o quarto trimestre. Não consideramos neste cálculo operadoras de odontologia ou administradoras de benefício.



Resultados negativos para 26,5% das operadoras

Incluindo o resultado das aplicações financeiras, 73,5% das operadoras apresentaram resultado positivo em 2024 e 26,5%, negativo. Esse número seria menor ao retirar o resultado das aplicações financeiras, com 50,5% das operadoras com resultado operacional positivo. No entanto, em 2023, apenas 44% das operadoras apresentaram resultado operacional positivo (**Tabela 2**).

TABELA 2 | ABERTURA DO RESULTADO FINANCEIRO DAS OPERADORAS – 2024

Range	Número de operadoras	%	Vidas	%	Receita (R\$ bilhões)	%	Sinistralidade	DRE (R\$ bilhões)	DRE%
-40% ou menos	8	1,38%	115.897	0,24%	1,38	0,40%	153,66%	(1,77)	(127,69%)
-40% até 21%	9	1,55%	144.635	0,29%	0,86	0,25%	107,59%	(0,22)	(25,50%)
-20% até -11%	10	1,72%	149.664	0,30%	1,53	0,44%	100,71%	(0,22)	(14,17%)
-10% até -2%	92	15,86%	5.332.563	10,84%	33,08	9,58%	88,43%	(1,51)	(4,55%)
-1% até 0%	35	6,03%	3.110.242	6,32%	20,28	5,87%	82,88%	(0,11)	(0,56%)
0% até 0,9%	60	10,34%	2.940.302	5,97%	16,45	4,76%	80,21%	0,08	0,46%
1% até 9%	276	47,59%	33.534.735	68,15%	252,22	73,07%	79,59%	10,66	4,23%
10% até 19%	65	11,21%	2.483.414	5,05%	16,36	4,74%	71,28%	2,08	12,70%
20% até 39%	21	3,62%	230.836	0,47%	1,77	0,51%	81,73%	0,47	26,65%
40% ou mais	4	0,69%	1.167.916	2,37%	1,24	0,36%	22,24%	0,67	53,93%
Total geral	580	100,00%	49.210.204	100,00%	345,16	100,00%	80,65%	10,13	2,93%

Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde.

Nota: 2024 referente aos dados acumulados até o quarto trimestre. Não consideramos neste cálculo operadoras de odontologia ou administradoras de benefício. Foram consideradas operadoras com beneficiários ativos e com mais de 1.000 beneficiários.

Legenda:

Range – classificação para agrupamento das operadoras por faixa de resultado financeiro (DRE)

Número de operadoras – quantidade de operadoras por range de resultado

Vidas – quantidade de beneficiários ativos nas operadoras

Receita (R\$ bilhões) – total de receitas das operadoras (contas 3 do DRE)

Sinistralidade – relação entre os eventos/sinistros e as receitas de contraprestação

DRE (R\$ bilhões) – resultado líquido

% - representatividade da coluna anterior em relação ao total



Necessidade de mudanças para autogestões

As Autogestões, de forma global, apresentaram prejuízo no ano de 2024. Dentre as 154 operadoras com resultado líquido negativo, 38,3% são da modalidade Medicinas de Grupo, seguido pelas Cooperativas Médicas (35,1%), Autogestões (24,7%) e Filantropias (2,6%). Todas as Seguradoras obtiveram resultados positivos em 2024 (Tabela 3).

TABELA 3 | RESULTADO FINANCEIRO POR MODALIDADE - 2024

Modalidade	Critério	Operadoras	%	Vidas	%	Receita (R\$ bilhões)	%	SN%	DRE (R\$ bilhões)	DRE%
Autogestão	DRE negativo	38	36,89%	1.284.292	36,80%	17,43	50,28%	97,74%	(2,42)	(13,87%)
	DRE positivo	65	63,11%	1.942.680	60,20%	17,24	49,72%	87,85%	1,03	5,97%
Autogestão Total		103	17,76%	3.226.972	6,56%	34,66	10,04%	93,01%	(1,39)	(4,00%)
Cooperativa Médica	DRE negativo	54	21,18%	4.908.327	26,79%	27,37	24,36%	84,61%	(0,91)	(3,31%)
	DRE positivo	201	78,82%	13.415.012	73,21%	84,96	75,64%	79,38%	3,51	4,13%
Cooperativa Médica Total		255	43,97%	18.323.339	37,23%	112,32	32,54%	80,67%	2,60	2,31%
Filantropia	DRE negativo	4	13,33%	120.547	12,20%	1,07	11,56%	70,65%	(0,02)	(1,54%)
	DRE positivo	26	86,67%	867.724	87,80%	8,20	88,44%	80,74%	0,42	5,13%
Filantropia Total		30	5,17%	988.271	2,01%	9,27	2,69%	79,75%	0,40	4,36%
Medicina de Grupo	DRE negativo	59	31,89%	2.550.172	12,77%	11,31	10,93%	83,06%	(0,48)	(4,24%)
	DRE positivo	126	68,11%	17.419.504	87,23%	92,23	89,07%	75,59%	4,34	4,70%
Medicina de Grupo Total		185	31,90%	19.969.676	40,58%	103,54	30,00%	76,43%	3,86	3,73%
Seguradora	DRE negativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	DRE positivo	7	100,00%	6.701.946	100,00%	85,36	100,00%	81,04%	4,66	5,45%
Seguradora Total		7	1,21%	6.701.946	13,62%	85,36	24,73%	81,04%	4,66	5,45%
Total Geral		580	100,00%	49.210.204	100,00%	345,16	100,00%	80,65%	10,13	2,93%

Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde.

Nota: 2024 referente aos dados acumulados até o quarto trimestre. Não consideramos neste cálculo operadoras de odontologia ou administradoras de benefício. Foram consideradas operadoras com beneficiários ativos e com mais de 1.000 beneficiários.

Na avaliação da representatividade por número de beneficiários, verifica-se que as Cooperativas Médicas que não obtiveram resultado em 2024 somam quase 5 milhões de beneficiários e as Medicinas de Grupo, 2,6 milhões aproximadamente. Já as Autogestões, totalizam 1,3 milhão de vidas em operadoras com resultado negativo no mesmo período.



Maiores operadoras tiveram lucros históricos

O conjunto das 10 maiores operadoras do setor que, atualmente, concentra 43% do *market share*, apresentou melhora de seus resultados em 2024 quando comparados a 2023 (1,16% negativo em 2023, contra 3,98% positivo em 2024).

Assim como o total do mercado, a recuperação dessas operadoras é observada em 2024 (**Tabela 4**). Avaliando o histórico das principais operadoras, nota-se que seus resultados, de maneira geral, estão próximos àqueles obtidos antes da pandemia (2018 e 2019).

TABELA 4 | RESULTADO LÍQUIDO HISTÓRICO DAS PRINCIPAIS OPERADORAS – 2018 A 2024

Operadora	DRE	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
HAPVIDA	R\$	0,31	0,23	0,76	0,33	0,24	0,17	0,79
	%	6,37%	4,15%	12,26%	4,26%	2,27%	1,42%	5,43%
NotreDame Intermédica	R\$	0,49	0,61	0,82	0,05	(0,24)	0,44	0,85
	%	8,09%	8,45%	8,68%	0,50%	(2,05%)	3,13%	5,97%
Bradesco Saúde S.A.	R\$	0,94	1,39	1,04	0,99	0,69	0,84	1,48
	%	4,01%	5,38%	3,96%	3,33%	2,23%	2,38%	3,87%
Amil	R\$	0,01	0,13	0,52	(0,99)	(1,65)	(4,03)	0,62
	%	0,03%	0,58%	2,62%	(4,97%)	(8,86%)	(18,87%)	2,33%
Sul America	R\$	0,97	1,30	0,99	0,22	0,49	0,79	2,10
	%	5,85%	7,05%	5,20%	1,10%	2,11%	2,87%	6,65%
Unimed Nacional	R\$	0,18	0,27	0,52	0,06	0,02	(0,58)	(0,50)
	%	5,59%	5,68%	9,00%	0,88%	0,30%	(7,08%)	(5,72%)
Unimed Belo Horizonte	R\$	0,28	0,27	0,62	0,35	0,32	0,33	0,39
	%	6,55%	5,92%	12,74%	6,73%	5,22%	5,02%	5,21%
Unimed Seguros	R\$	0,11	0,14	0,25	0,14	0,16	0,26	0,31
	%	4,32%	6,87%	10,63%	5,68%	3,89%	5,11%	4,95%
Unimed Porto Alegre	R\$	0,10	0,06	0,18	0,05	0,09	0,14	0,13
	%	3,64%	1,84%	5,62%	1,42%	2,53%	3,52%	2,92%
Unimed Curitiba	R\$	0,05	0,06	0,18	(0,05)	(0,07)	0,05	0,04
	%	2,15%	2,26%	6,21%	(1,72%)	(2,48%)	1,41%	1,01%
TOTAL	R\$	3,44	4,45	5,88	1,16	0,05	(1,59)	6,20
	%	3,95%	4,62%	5,89%	1,06%	0,04%	(1,16%)	3,98%

Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde.

Nota: 2024 referente aos dados acumulados até o quarto trimestre.

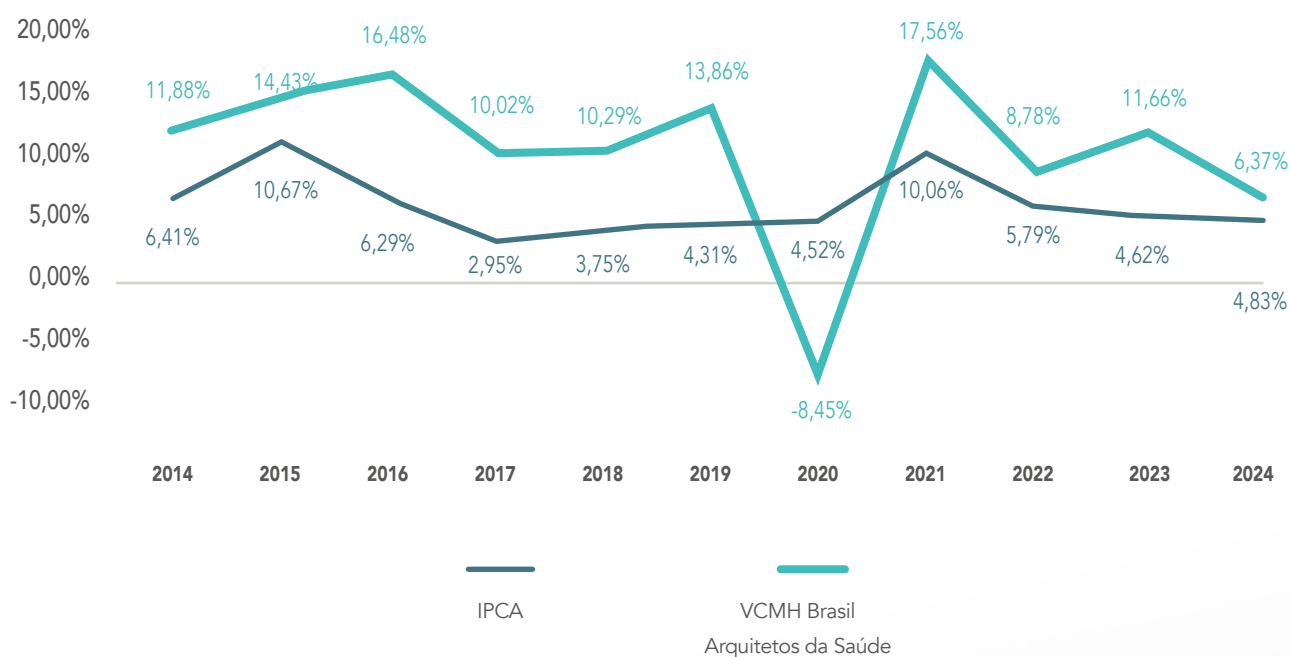


VCMH Brasil (Arquitetos da Saúde) acima do IPCA

A evolução histórica da inflação (IPCA) comparada à variação dos custos médicos hospitalares (VCMH Brasil Arquitetos da Saúde) indica que a variação dos custos médicos está sempre muito acima da inflação geral de preços, com exceção ao ano de 2020, em função da pandemia, quando a VCMH retornou um indicador negativo.

Vale ressaltar que a VCMH é apurada por meio dos dados contábeis e não é uma medida inflacionária, já que não mensura apenas a variação das despesas assistenciais, mas também a variação das frequências de utilização – que é a variável comportamental do uso do plano de saúde. Este índice ficou abaixo da média dos últimos anos, o que nos faz inferir, inclusive, que o teto para reajuste de planos individuais também ficará baixo. Em 2024, conforme dados contábeis, a VCMH foi de 6,37%, abaixo dos demais anos da série histórica (**Gráfico 2**).

GRÁFICO 2 | EVOLUÇÃO DO CUSTO ASSISTENCIAL – 2014 A 2024



Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde.

Nota: VCMH de 2024 conforme dados contábeis, uma vez que a VCMH Brasil Arquitetos da Saúde é apurada por meio dos dados abertos oriundos do Mapa Assistencial ANS (divulgado somente no segundo semestre de cada ano).



Investimento em prevenção não chega a 0,5% e está caindo

Segundo os dados reportados pelas operadoras em suas demonstrações contábeis, os gastos relacionados a programas de prevenção não alcançam nem 0,5% das receitas do mercado **(Tabela 5)**. Historicamente, em 2019, houve o maior investimento em programas de atenção à saúde, enquanto o dado mais recente, representa o menor indicador (até o 4º trimestre 2024). O indicador reflete os dados alocados em conta contábil específica, no entanto, é possível que as operadoras possam utilizar-se de outros lançamentos dentro do plano de contas para atribuir os gastos dessa natureza.

TABELA 5 | GASTO DAS OPERADORAS COM PROGRAMAS DE PREVENÇÃO – 2018 A 2024

Ano	Total receitas (R\$ bilhões)	Programas (bilhões) ¹	%
2018	227,9	0,7	0,29%
2019	233,0	0,8	0,35%
2020	238,3	0,7	0,30%
2021	263,4	0,8	0,29%
2022	264,5	0,8	0,31%
2023	311,4	0,9	0,28%
2024	346,7	0,9	0,25%

Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde.

Nota: ¹Valores conforme plano de contas das operadoras, referente à conta contábil 4415 - Programas Regulatórios de Atenção à Saúde.

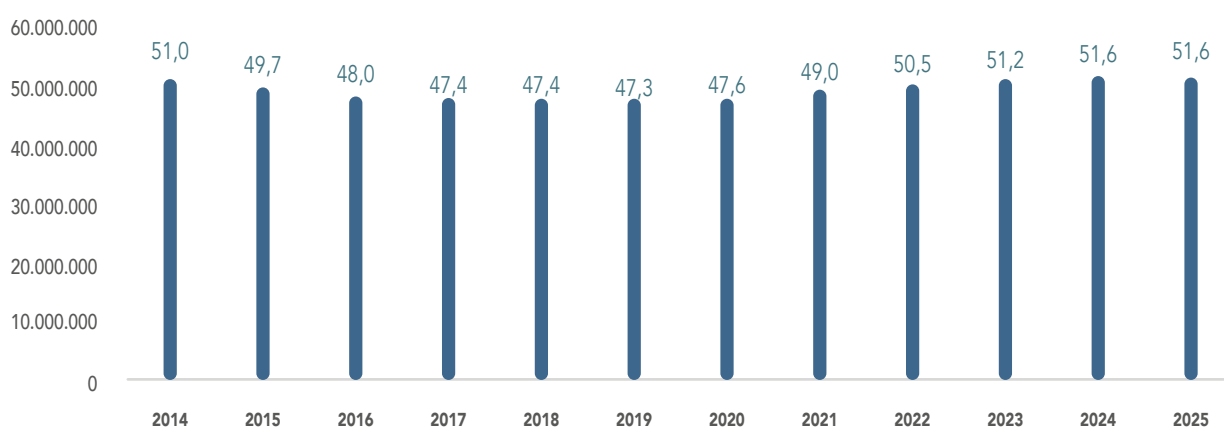


Crescimento de beneficiários perdendo força

Ainda que nas divulgações da ANS o número de beneficiários do setor tenha ultrapassado a marca de 52 milhões de vidas, esse número é consequência, majoritariamente, do registro de uma nova Autogestão de grande porte em outubro de 2024 que antes não era regulada pela Agência. Desta forma, a análise acerca do crescimento de beneficiários nesta publicação foi feita em função do crescimento orgânico do mercado, ou seja, sem os efeitos dessas particularidades.

Em 2021 e 2022 o crescimento do setor teve suas maiores taxas na série histórica e, em 2023, alcançou novamente a marca de 51 milhões de beneficiários (retomando o cenário visto apenas em 2014). Ainda que em 2023 e 2024 o aumento de beneficiários seja observado, suas taxas de crescimento orgânico reduziram a um nível que indicam estabilidade da expansão do mercado de planos de saúde **(Gráficos 3 e 4)**.

GRÁFICO 3 | EVOLUÇÃO DE BENEFICIÁRIOS – 2014 A 2025 (ATÉ JANEIRO)



Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde.

GRÁFICO 4 | VARIAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS – 2015 A 2025 (ATÉ JANEIRO)



Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde.

Nota: Não são feitos ajustes retrativos, muito embora eles existam por parte da ANS. Ajustado pela variação orgânica sem acertos retroativos relevantes como, por exemplo, a inclusão de operadoras de grande porte antes não reguladas pela ANS.



Pagamentos por pacote tem crescimento no período

O comparativo entre os anos de 2019 e 2024 demonstra um crescimento nos pagamentos de contas médicas por meio da formatação de pacotes. Em 2019, 3,8% do total dos sinistros, passando para 12,0% em 2024. Esse crescimento foi mais expressivo em Seguradoras, seguido por Medicinas de Grupo (**Tabelas 6 e 7**).

TABELA 6 | FORMAS DE PAGAMENTO DAS CONTAS MÉDICAS – 2019

Formas de pagamento	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total Geral
Por procedimento	92,9%	82,4%	64,4%	85,3%	79,2%	83,7%
Pagamento por capitation	0,5%	0,2%	0,6%	0,9%	0,0%	0,4%
Por orçamento global	0,0%	0,0%	0,1%	0,6%	0,0%	0,2%
Por pacote	2,5%	2,2%	0,1%	2,7%	8,7%	3,8%
Rateio de custos de recursos próprios	0,7%	12,1%	33,0%	7,8%	0,0%	6,9%
Prestados por rede indireta	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reembolso	2,7%	0,4%	0,2%	1,3%	11,9%	3,5%
Sistema Único de Saúde (SUS)	0,5%	0,7%	1,5%	1,2%	0,2%	0,7%
Outras formas de pagamento	0,1%	2,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,8%

Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde.

TABELA 7 | FORMAS DE PAGAMENTO DAS CONTAS MÉDICAS – 2024 (ATÉ 4º TRI)

Formas de pagamento	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total Geral
Por procedimento	81,3%	52,5%	57,5%	54,7%	60,5%	58,5%
Pagamento por capitation	0,0%	0,5%	0,2%	2,4%	0,4%	1,0%
Por orçamento global	0,4%	0,1%	0,0%	1,7%	0,0%	0,6%
Por pacote	5,2%	2,5%	0,4%	15,9%	23,7%	12,0%
Rateio de custos de recursos próprios	1,3%	20,6%	40,9%	21,3%	0,0%	13,7%
Prestados por rede indireta	7,5%	21,8%	0,0%	0,3%	4,0%	9,2%
Reembolso	3,9%	0,8%	0,5%	2,5%	10,8%	4,2%
Sistema Único de Saúde (SUS)	0,2%	0,5%	0,5%	0,1%	0,1%	0,2%
Outras formas de pagamento	0,2%	0,7%	0,0%	1,3%	0,5%	0,8%

Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde.

Também se destaca o aumento da forma de pagamento por meio de rateio de custos de recursos próprios, constatando o crescimento das verticalizações do setor nos últimos anos. Esse formato de pagamento é mais expressivo nas Medicinas de Grupo e Cooperativas Médicas.

Com o fechamento dos dados do ano de 2024, verifica-se que os pagamentos por reembolso obtiveram certa redução nas Seguradoras, modalidade com maior concentração de utilização nesse formato.



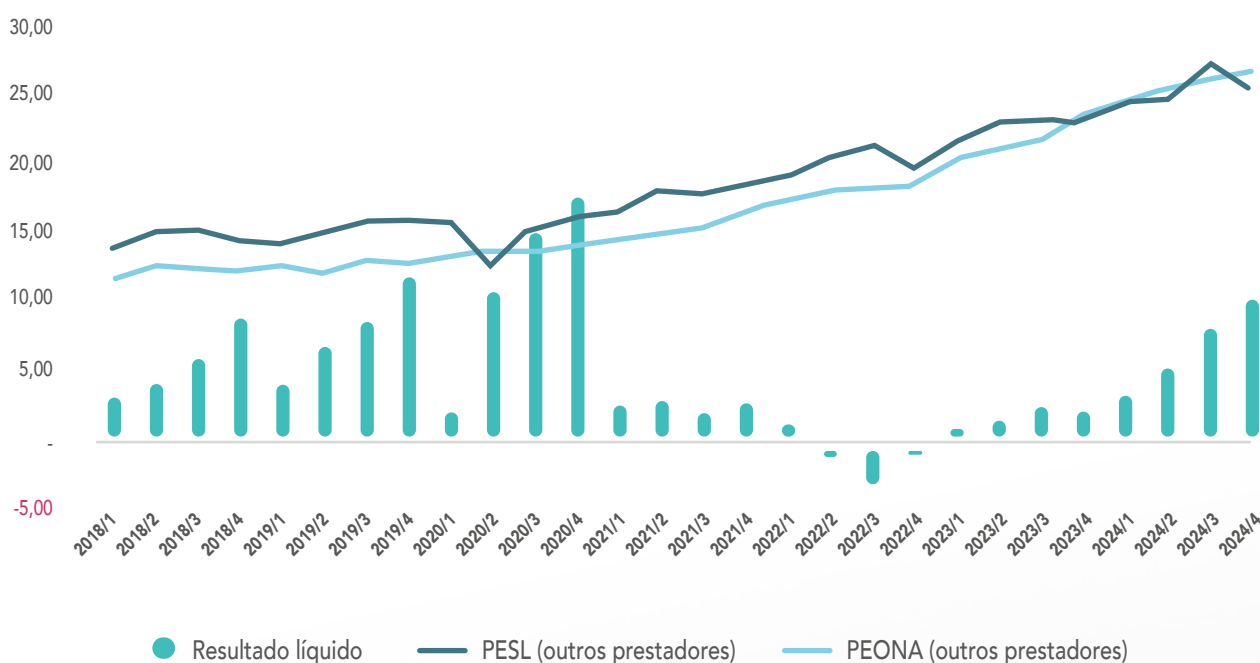
Crescimento de provisões para eventos ocorridos e não avisados continua em patamares elevados e que chamam a atenção

Historicamente, as provisões de maiores montantes exigidas pela ANS para as operadoras são: 1) PESL (provisão de eventos/sinistros a liquidar), que diz respeito aos eventos reconhecidos pela contabilidade das operadoras, mas ainda em processo de liquidação junto aos prestadores e 2) PEONA (provisão de eventos ocorridos e não avisados) que representam os eventos que já foram realizados pelos beneficiários, mas ainda não avisados às operadoras por parte dos prestadores.

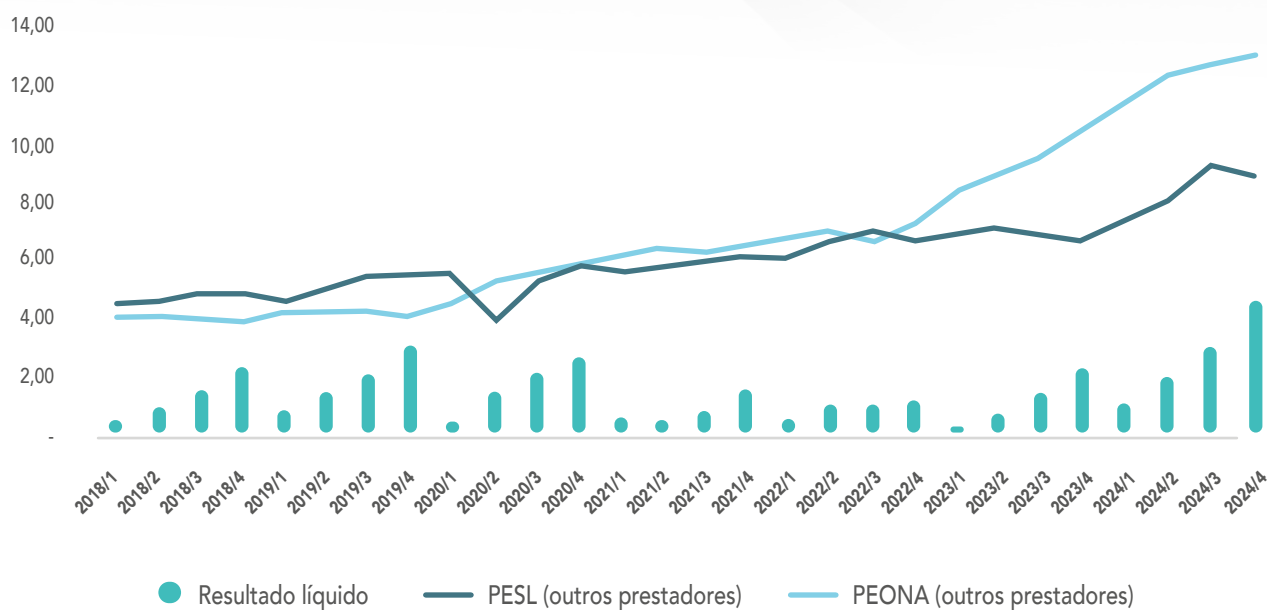
A provisão de eventos ocorridos e não avisados é impactada por algumas variáveis como, por exemplo, o tempo entre a ocorrência do evento e a data de apresentação das contas pelos prestadores, VCMH, alterações de número de beneficiários e inclusões do Rol de procedimentos. Para cada uma dessas variáveis há um peso do impacto na mensuração da provisão e tais pesos também podem ter níveis distintos em cada operadora **(Gráficos 5)**.

GRÁFICOS 5 | EVOLUÇÃO DAS PROVISÕES TÉCNICAS (PESL E PEONA)

TOTAL – MÉDICO-HOSPITALAR



MODALIDADE – SEGURADORA



Fonte: Portal de dados abertos ANS depurados pela ferramenta de BI da Arquitetos da Saúde.

Nota: PESL (Provisão de eventos/sinistros a liquidar) e PEONA (Provisão de eventos ocorridos e não avisados). Ambos os montantes de provisões se referem aos eventos oriundos da saúde suplementar, ou seja, não consideram as provisões de eventos relacionados ao ressarcimento ao SUS. Valores em R\$ bilhões. Os gráficos representam os valores do primeiro ao quarto trimestre de cada ano, exceto 2024 até o terceiro trimestre.

Podemos observar no gráfico geral (Total – Médico-Hospitalar) que, o fenômeno ocorrido no 2º trimestre de 2024, quando a PEONA ultrapassou a PESL não se manteve no 3º trimestre de 2024. No entanto, no 4º trimestre de 2024, a provisão de eventos ocorridos e não avisados voltou a superar a provisão de sinistros a liquidar. Não é possível detalhar, pelo dado público, as motivações específicas de cada operadora que refletem esse movimento das provisões, sendo certo que as maiores operadoras respondem pela maior parte das provisões.

Ainda assim, existe um aumento constante do montante da PEONA em relação ao montante da PESL que, historicamente, não se observava. O aumento da PEONA é redutor do DRE e, ainda, diminui liquidez do caixa, uma vez que essa provisão é atrelada a aplicações de ativos garantidores. Também podemos observar que este movimento do crescimento da PEONA é fortemente impactado pela modalidade Seguradoras que também concentra algumas das maiores operadoras do país.

Uma vez que o cálculo da PEONA, certamente, segue critérios técnicos auditados e regulados, em algum momento, se a expectativa de realização desse provisionamento não se confirmar, será necessário rever o crescimento desse provisionamento.

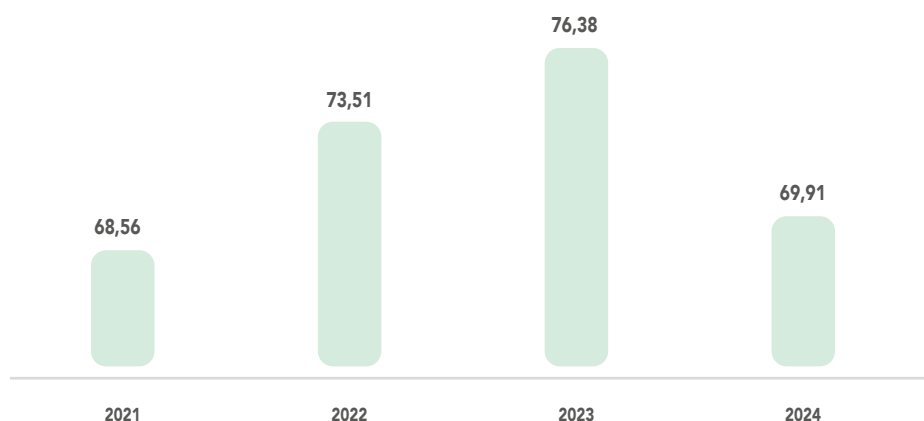


Melhora no lucro das operadoras não chega aos hospitais nem reduz prazo para recebimento pelos serviços prestados

O indicador de prazo de recebimento expressa a quantidade média de dias, após a emissão da Nota Fiscal, que os valores são recebidos. Quando elevado, o índice sugere dificuldade de negociação entre prestadores e operadoras, com contas hospitalares que levam meses para serem pagas, o que traz maior dificuldades aos hospitais para manutenção de seu fluxo de caixa. Esse indicador passou de 76,38 dias em 2023 para 60,91 dias em 2024 **(Gráfico 6)**.

Este indicador não revela, porém, toda a dimensão do problema vivido pelos hospitais. Aqui, o prazo de recebimento conta-se a partir do envio da nota fiscal. Este envio tem sido obstaculizado pelas operadoras através de um aumento sem precedentes em glosas que ao fim das discussões mostram-se indevidas.

GRÁFICO 6 | PRAZO MÉDIO DE RECEBIMENTO (DIAS) A PARTIR DO ENVIO DA NOTA FISCAL – MÉDIA DOS HOSPITAIS ANAHP – 2021 A 2024



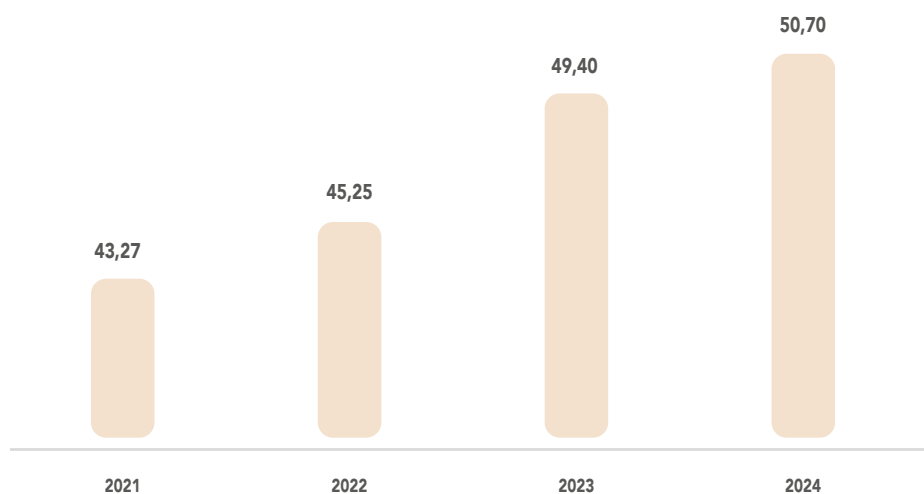
Fonte: Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp.



Prazo médio de pagamento a fornecedores tem leve aumento

O prazo médio de pagamento, que consiste no período que os hospitais levam para pagar seus fornecedores, passou de 49,40 dias em 2023 para 50,70 dias em 2024 **(Gráfico 7)**.

GRÁFICO 7 | PRAZO MÉDIO DE PAGAMENTO (DIAS) – MÉDIA DOS HOSPITAIS ANAHP – 2021 A 2024



Fonte: Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp.

A Anahp realizou uma pesquisa junto aos associados, entre os dias 21 de janeiro e 28 de fevereiro de 2025, com a participação de 85 hospitais Anahp que corroboram com as evidências de que o cenário não tem sido favorável para os prestadores de serviço. Quando perguntados sobre investimento, apenas 11% dos respondentes conseguem direcionar mais do que 10% da receita bruta da sua instituição para essa rubrica **(Gráfico 8)**.

GRÁFICO 8 | QUAL O PERCENTUAL, EM RELAÇÃO A RECEITA BRUTA, O SEU HOSPITAL DIRECIONOU A INVESTIMENTOS NOS ÚLTIMOS ANOS?



Fonte: Pesquisa junto aos associados Anahp (fevereiro/2025).

Quando perguntados anteriormente sobre a percepção referente aos investimentos no ano, em uma pesquisa realizada entre os dias 25 e 29 de novembro de 2024, com 94 hospitais associados, para 43,96% dos respondentes, eles aconteceram em linha com o planejado. No entanto, 41,76% afirmaram que os investimentos foram menores e para 14,29% foram maiores que o planejado **(Gráfico 9)**.

GRÁFICO 9 |



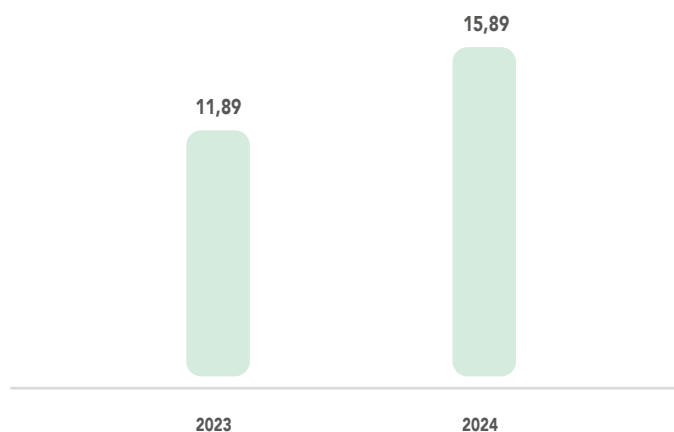
Fonte: Pesquisa junto aos associados Anahp (novembro/2024).



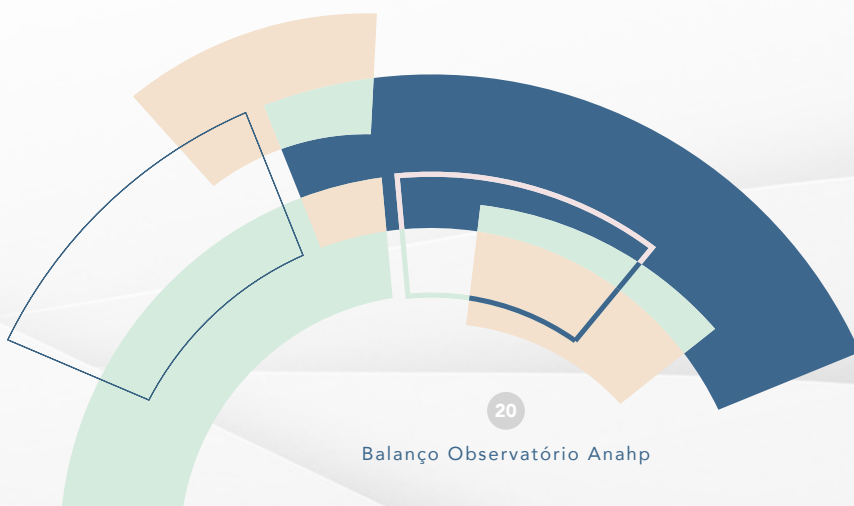
Glosas nas contas hospitalares passam de 15%

Considerando o ano de 2023 e 2024 (último dado fechado), a média de glosa inicial gerencial (**Gráfico 10**), que calcula os valores glosados pelas operadoras de planos de saúde ainda em fase de negociação, aumentou de 11,89% em 2023 (primeiro ano de coleta dos dados) para 15,89% em 2024, o que corresponde a R\$ 5,8 bilhões da receita bruta de R\$ 36,7 bilhões dos 85 hospitais privados associados que participaram da pesquisa. Se pensarmos numa receita bruta de R\$ 66,40 bilhões, receita de todos os 169 hospitais da Anahp até dezembro de 2024, esse valor represado passa de R\$ 10 bilhões.

GRÁFICO 10 | GLOSA INICIAL DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE – INDICADOR GERENCIAL (%) – MÉDIA DOS HOSPITAIS ANAHP – 2023-2024



Fonte: Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp.

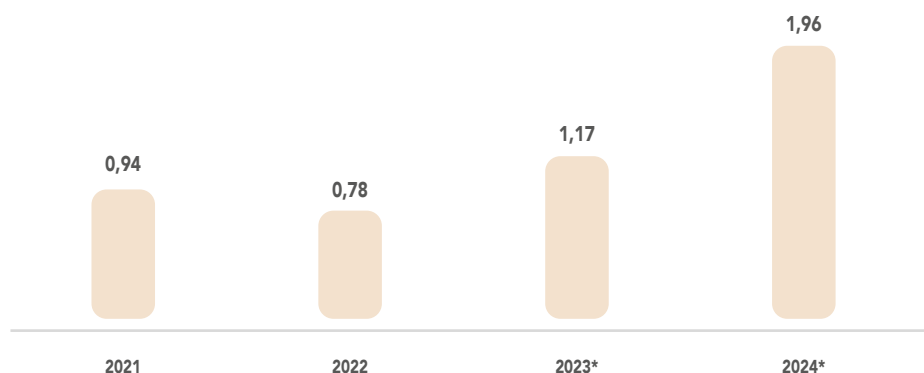




Menos de 2% do total dos valores inicialmente glosados são mantidos

O **Gráfico 11**, abaixo, comprova os prejuízos sofridos pelos hospitais. Prestados os serviços aos pacientes, há uma glosa média de quase 16%, o que retém os pagamentos pelas operadoras aos hospitais. Inicia-se então um longo e burocrático processo de negociação, ao final do qual apenas 2% das glosas são mantidas. Todo o restante serviu para beneficiar o fluxo de caixa das operadoras e retirar recursos do caixa dos hospitais. Esta é a razão pela qual a ANS tem falado em “represamento” de pagamentos.

GRÁFICO 11 | ÍNDICE DE GLOSA ACEITA CONTÁBIL (% DA RECEITA BRUTA CONVÊNIOS) – MÉDIA DOS HOSPITAIS ANAHP - 2023-2024



Fonte: Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp.

*Em 2023 houve uma mudança de cálculo no indicador: antes, o denominador era receita líquida total; a partir de 2023, passou a ser receita bruta convênios.



www.anahp.com.br