Os números apresentados abaixo têm como base uma pesquisa realizada pela Anahp, via Survey Monkey, entre os dias 16 e 26 de abril de 2024, que contou com a participação de 66 hospitais associados, além de resultados do Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp.

Os dados confirmam que os hospitais seguem sofrendo as consequências de uma profunda transformação no mercado de saúde suplementar. Pressionadas pela redução em seus resultados, as operadoras de planos de saúde, especialmente no ano de 2023, promoveram um inédito e vigoroso ajuste, aumentando fortemente a aplicação de glosas, retendo valores e, em decorrência, ampliando sensivelmente o prazo em que pagam aos hospitais pelos serviços prestados.

A Anahp tem reiterado às autoridades, às operadoras e aos formadores de opinião, sua compreensão das causas iniciais do problema. Vive-se um desajuste estrutural do sistema de saúde suplementar, no qual os custos pela assistência à saúde não são mais suportados pela cadeia como um todo.

Reclamam as empresas contratantes dos planos (responsáveis por 80% dos beneficiários no País) porque não estão conseguindo acompanhar a elevação nos custos. Reclamam as operadoras que comercializam o mesmo número de planos de dez anos atrás e veem crescer apenas os produtos de menor custo em meio a maior demanda por assistência. O sistema enfrenta ineficiência e desperdícios históricos, a incorporação de alta tecnologia e, ainda, fraudes localizadas.

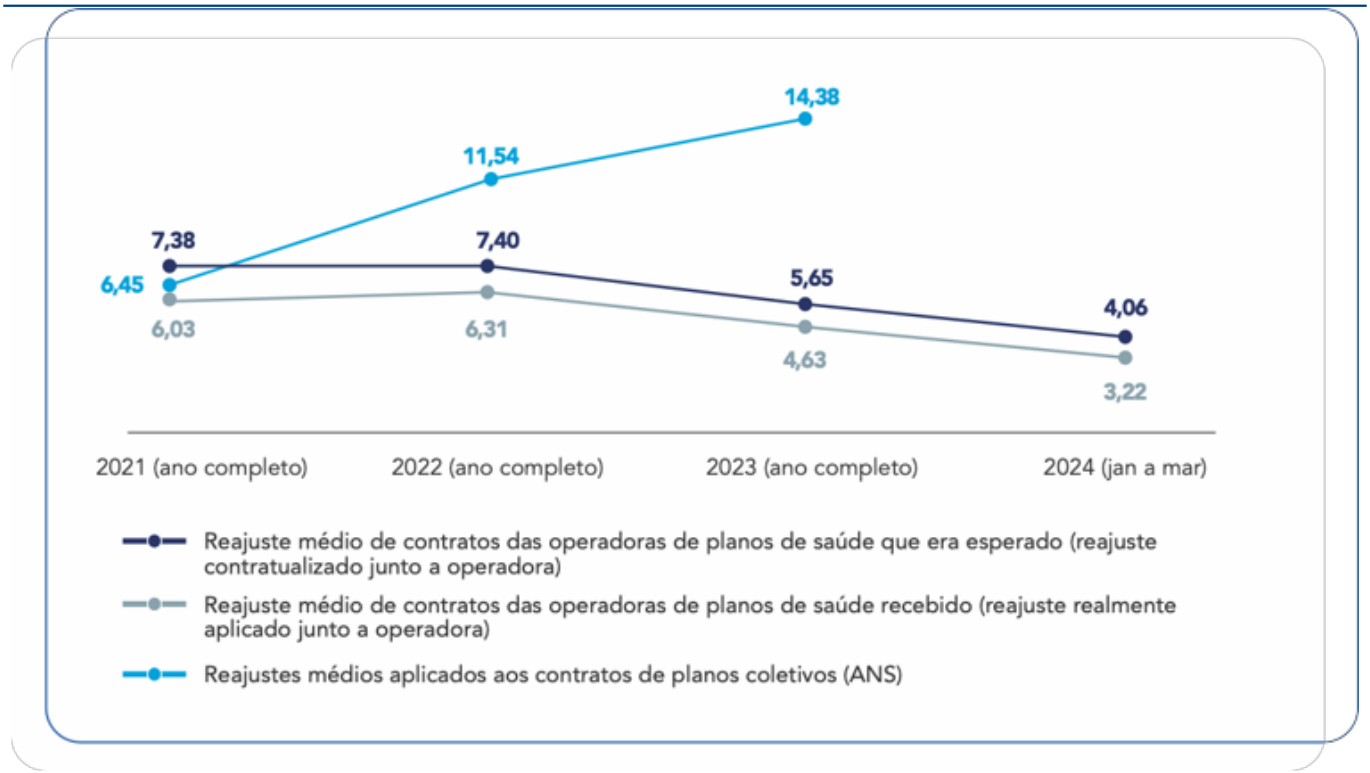
Reclamam, a seguir, os prestadores de serviço, em particular os hospitais e o segmento de medicina diagnóstica, cujos fluxos de caixa foram transformados pelas operadoras em fonte para a cobertura das dificuldades por elas sofridas. Por último, os fornecedores dos hospitais e da medicina diagnóstica queixam-se que, por sua vez, têm enfrentado crescente dificuldade para receber por equipamentos e serviços.

Os números a seguir, portanto, localizados no segmento dos prestadores de serviço, em verdade espelham uma crise maior e mais ampla – da própria saúde suplementar – o que, em última análise, precisa servir como advertência para o risco de perda de qualidade na assistência que o sistema presta a 51 milhões de brasileiros, diretamente, e a toda à população pela dependência que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui do setor privado, especialmente em tratamentos de média e alta complexidades.

REAJUSTES CONCEDIDOS AOS HOSPITAIS NÃO ACOMPANHAM OS OBTIDOS PELAS OPERADORAS E ESTÃO ABAIXO DO PREVISTO EM CONTRATOS

De acordo com a pesquisa, o reajuste médio efetivamente realizado dos contratos das operadoras de planos de saúde com os hospitais se mostra, em todos os anos da pesquisa, menor que o reajuste médio que era previsto nos próprios contratos. A diferença é ainda maior quando comparados os reajustes obtidos pelas operadoras nos planos coletivos, divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e os oferecidos aos prestadores de serviço.

Reajuste médio de contratos das operadoras de planos de saúde esperado (reajuste contratualizado junto a operadora) vs. Reajuste médio de contratos das operadoras de planos de saúde realizado (reajuste realmente aplicado junto a operadora) vs. Reajuste médios aplicados aos contratos de planos coletivos (%) | 2021-2024



*Fonte: Pesquisa junto aos associados Anahp (abril/2024) e "Painel de reajuste de planos coletivos", divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em fevereiro/2024. *Os dados de 2024 não foram divulgados pela ANS.*

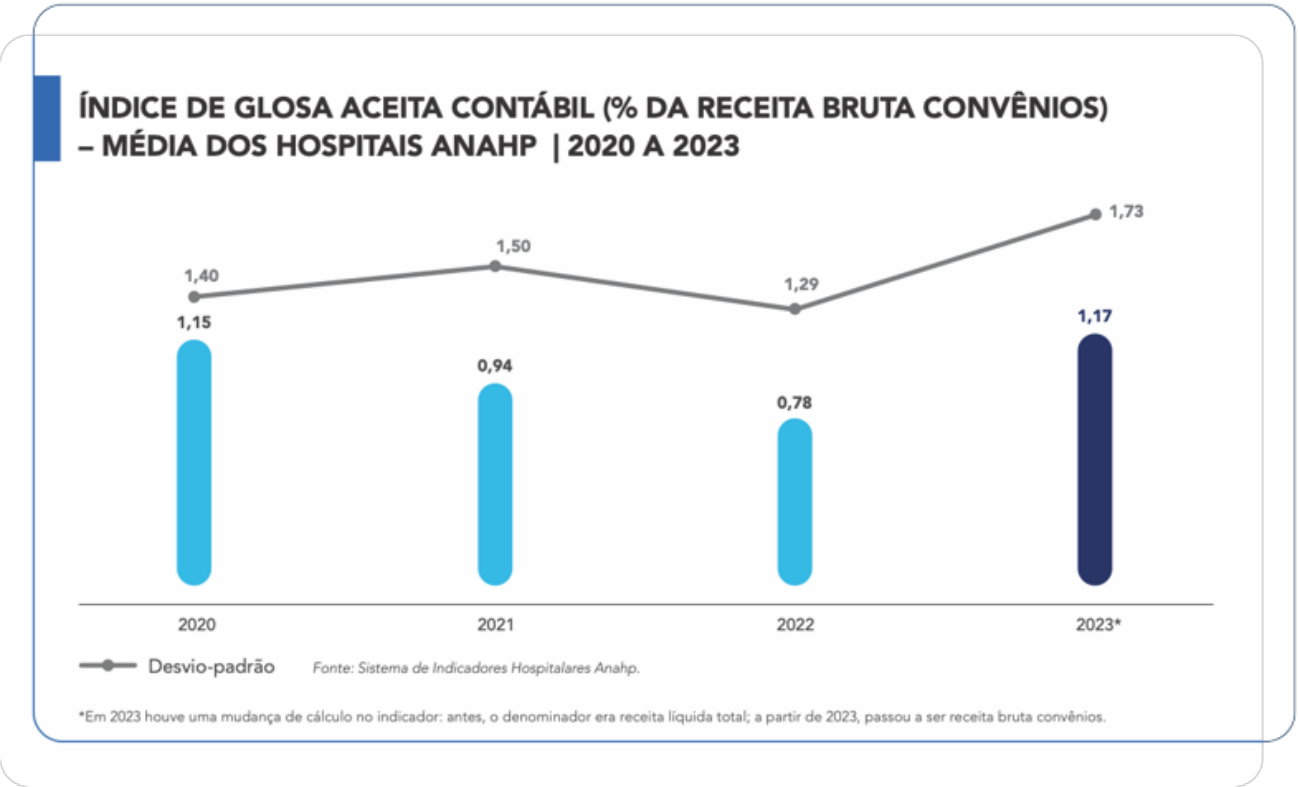
GLOSA PELAS OPERADORAS CHEGA A 11,89%, MAIS DE QUATRO BILHÕES DE REAIS EM 2023

A média de glosa inicial gerencial, que calcula os valores glosados pelas operadoras de planos de saúde ainda em fase de negociação, foi de 11,89% em 2023 (início da coleta) entre os hospitais associados.

Pelo sistema adotado por boa parte das operadoras, e dependendo dos valores em discussão, os pagamentos de serviços glosados ficam integralmente bloqueados, ainda que a glosa se refira apenas a um ou alguns itens.

Considerando-se que os hospitais pesquisados pela Anahp realizaram em 2023 serviços no valor de R$ 39,68 bilhões (receita bruta provenientes de convênios) o total glosado equivale a R$ 4,72 bilhões.

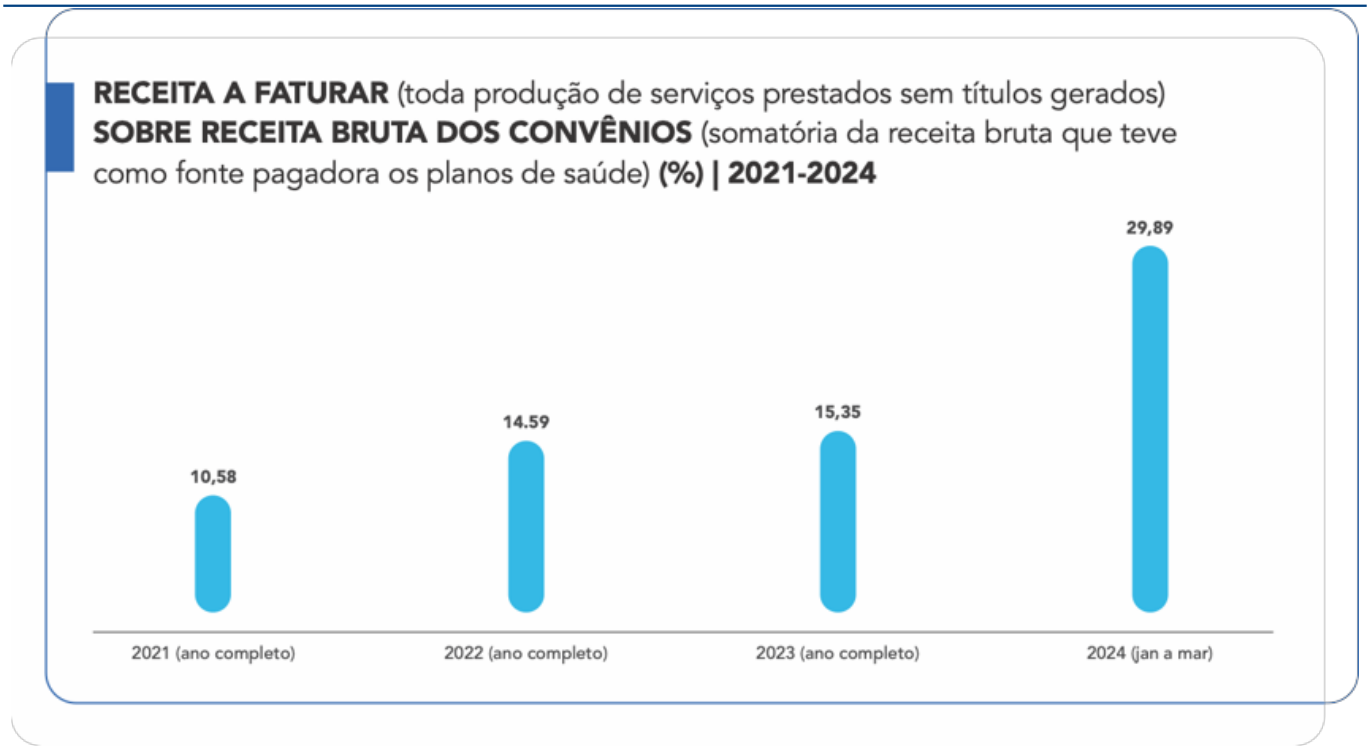
Por último, cabe ressaltar que ao final das discussões sobre cada glosa entre operadoras e prestadores de serviço, dos 11,89% iniciais que constam dos levantamentos gerenciais, apenas 1,17% passam como aceitas nos registros contábeis. E, segundo amostragem, em torno de 5% entram como perdas. Vale dizer: grande parte do volume inicialmente glosado comprova-se, ao final do processo, como indevidamente glosado.



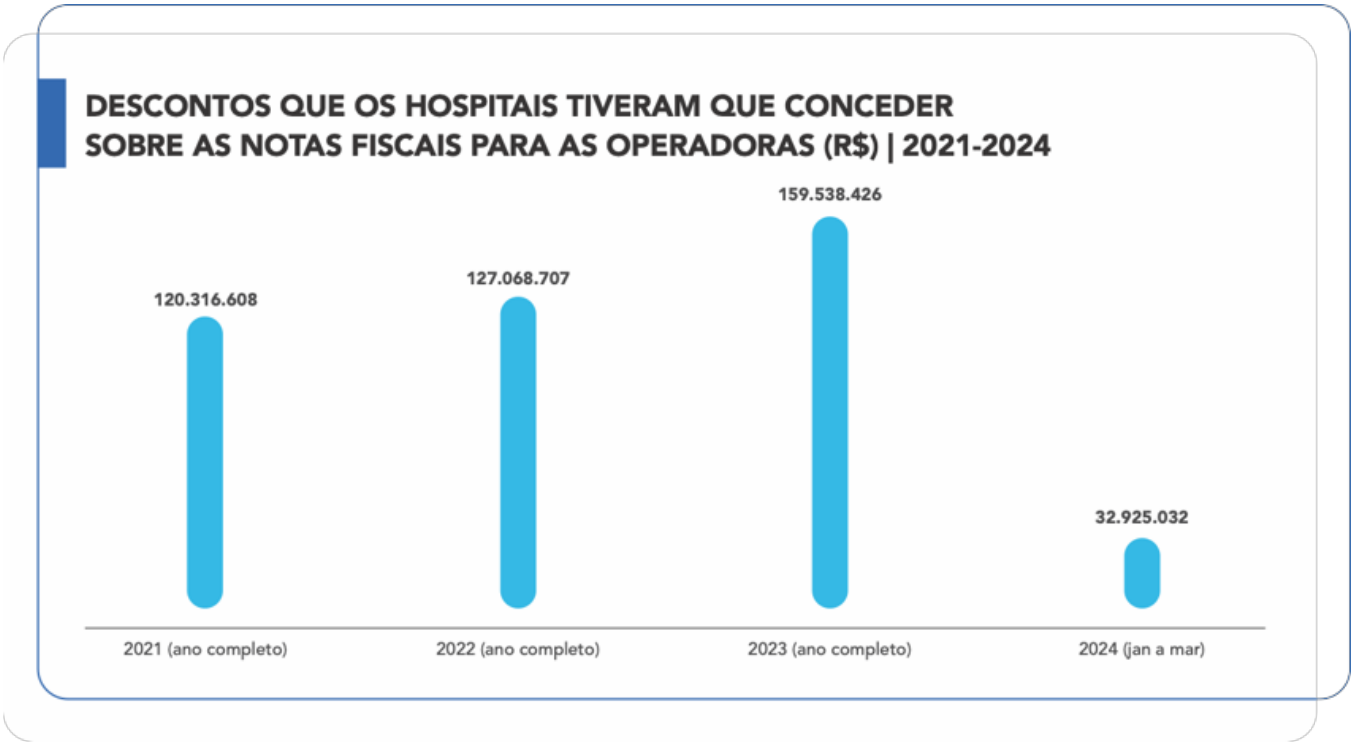
AO LONGO DE 2023, MAIS DE SEIS BILHÕES DE REAIS PERMANECERAM COM PAGAMENTO EM ABERTO

Os hospitais associados pesquisados apontaram à Anahp que 15,35% da receita bruta advinda das operadoras de planos de saúde (correspondente a R$ 39,68 bilhões em 2023) ficaram, por diversos motivos, em aberto ao longo do ano:

- Pela criação de dificuldades para que fossem apresentadas as faturas (exigência, por exemplo, que toda a produção de serviços de um mês apenas possa ser enviada em um único dia);
- Pela glosa;
- Pela exigência de prazos adicionais para pagamento, mesmo depois de enviadas as faturas;
- Pela exigência de descontos para que haja o pagamento.



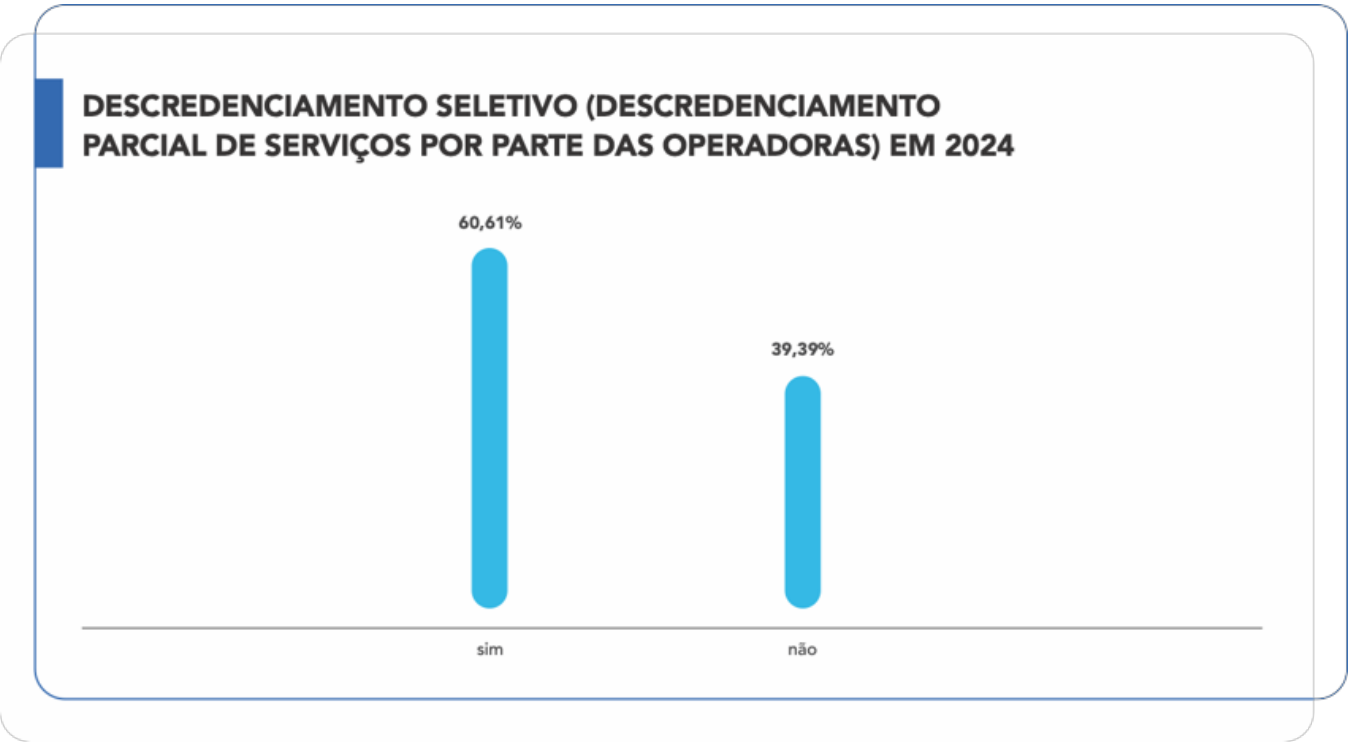
DESCONTOS SOLICITADOS CHEGAM A 159 MILHÕES DE REAIS
Os descontos que os hospitais tiveram que conceder sobre as notas fiscais para as operadoras somaram o montante de R$ 159,54 milhões em 2023.



60% DOS HOSPITAIS TIVERAM SERVIÇOS DESCREDENCIADOS
A pesquisa também aponta que 60% dos hospitais sofreram com descredenciamento seletivo dos serviços por parte das operadoras.

Especialmente nos últimos meses, um novo fator veio somar-se à preocupação com a qualidade da assistência prestada aos beneficiários de planos de saúde. Trata-se da intensa política de

descredenciamento parcial de serviços de hospitais. A seleção de fornecedores de serviços, um direito das operadoras, vem tomando uma proporção que coloca em dúvida, em muitos casos, as consequências para os pacientes, especialmente quando interrompem linhas de cuidado.



Fonte: Anahp, em 20.05.2024