



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE DIREITO, NEGÓCIOS E COMUNICAÇÃO
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO
MONOGRAFIA JURÍDICA**

A ONERAÇÃO EXCESSIVA DOS SEGUINTEs EPIs (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL), LUVAS e MÁSCARAS, DURANTE A COVID 19, E O DESEQUILÍBRIO DE CONTRATO ENTRE OPERADORA E PRESTADORES DE SERVIÇOS HOSPITALARES.

**ORIENTANDA – BEATRIZ COLETA BRUN CLEMENTE
ORIENTADOR Profº Dr. José Querino Tavares Neto**

**GOIÂNIA-GO
2021**

BEATRIZ COLETA BRUN CLEMENTE

A ONERAÇÃO EXCESSIVA DOS SEGUINTEs EPIs (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL), LUVAS E MÁSCARAS, DURANTE A COVID 19, E O DESEQUILÍBRIO DE CONTRATO ENTRE OPERADORA E PRESTADORES DE SERVIÇOS HOSPITALARES.

Monografia Jurídica apresentada à disciplina Trabalho de Curso II, da Escola de Direito e Relações Internacionais, Curso de Direito, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGOIÁS). Prof. (a) Orientador (a): DR. JOSÉ QUERINO TAVARES NETO

GOIÂNIA-GO
2021

BEATRIZ COLETA BRUN CLEMENTE

A ONERAÇÃO EXCESSIVA DOS SEGUINTEs EPIs (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL), LUVAS E MÁSCARAS, DURANTE A COVID 19, E O DESEQUILÍBRIO DE CONTRATO ENTRE OPERADORA E PRESTADORES DE SERVIÇOS HOSPITALARES.

Data da Defesa: ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Orientador (a): DR. JOSÉ QUERINO TAVARES NETO Nota

Examinador (a) Convidado (a): DR. GIL CESAR COSTA DE PAULA Nota

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha amada família, meu marido que muito contribuiu e me ajudou, sendo o mesmo da área da saúde, e as minhas filhas que sempre me incentivaram e compreenderam nos momentos que eu estava envolvida e engajada no projeto.

Agradecimentos

Agradeço a Deus sempre em primeiro lugar e a minha família, pelo tempo que dispensei a este trabalho, e que muito colaboraram nos meus dias ausentes, para me dedicar a este. Agradeço a paciência e atenção do orientador Dr. José Querino Tavares Neto, que com todo seu conhecimento e sabedoria, me orientou e incentivou. Agradeço também aos colaboradores da Ahpaceg, (Associação dos Hospitais particulares de alta complexidade do estado de Goiás), ao me fornecerem dados e um pouco do conhecimento com cada departamento que entrei em contato. E também ao Examinador Convidado: Dr. Gil Cesar Costa de Paula, pelo seu pronto atendimento ao convite em participar desta banca.

RESUMO

A oneração excessiva dos equipamentos de proteção individual (Epi), e o desequilíbrio de contrato entre operadora e prestadora de serviços hospitalares. O aumento súbito dos preços desses itens e a recusa das operadoras de saúde em arcar com os mesmos, em quantidade e valores, mesmo em se tratando de um fator imprevisível na área da saúde no ano de 2020, em detrimento do COVID 19. A necessidade de mudança na forma de remuneração entre operadoras e prestadoras de serviços hospitalares, sem brecha, com negociações e decisões baseada em confiança de ambas as partes.

Palavras-chave: oneração excessiva. Teoria da imprevisão. Desequilíbrio contratual.

ABSTRACT

The excessive encumbrance of personal protective equipment (Epi), and the imbalance in the contract between the operator and the provider of hospital services. The sudden increase in the prices of these items and the refusal of healthcare providers to pay for them, in quantity and value, even in the case of an unpredictable factor in the health area in 2020, to the detriment of COVID 19. The need of change in the form of remuneration between operators and providers of hospital services, without gaps, with negotiations and decisions based on trust on both sides.

Keywords: excessive encumbrance. Unpredictability theory. Contractual imbalance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - aumento dos epi's 2020-2021 fonte hospitais da ahpaceg	21
Tabela 2: percentual do aumento de custos com epi	22
Tabela 3: custos de aquisição	22
Tabela 4: percentual media de glosas por parte das operadoras de saude ...	23
Tabela 5: luvas para procedimento consumo x preço de compra 2019 x2020	24
Tabela 6: mascara n 95 consumo x preço de compra 2019 x2020	24
Tabela 7: máscara descartavel consumo x preço de compra 2019 x2020.....	25
Tabela 8: indice de preços de medicamentos para hospitais e da taxa de câmbio.....	26
Tabela 9: indice de preços de medicamentos para hospitais fonte hospitais da ahpaceg	26

Sumário

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I - A SUBITA MUDANÇA NA AREA DA SAUDE, EM DECORRENCIA DA PANDEMIA DA COVID 19	10
1.1 A SÚBITA MUDANÇA E A NOVA ADEQUAÇÃO NOS ATENDIMENTOS DE INSTITUIÇÕES DE SAUDE E HOSPITAIS DURANTE A PANDEMIA DO COVID 19	10
1.2 – REFLEXOS DA NOVA ADEQUAÇÃO	11
1.3 ONEROSIDADE EXCESSIVA E TEORIA DA IMPREVISÃO REFLEXOS NOS CONTRATOS.....	13
CAPÍTULO II – CONTRATOS E OS MODELOS DE REMUNERAÇÕES EXISTENTES ENTRE OPERADORAS DE SAÚDE E OS SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES	16
2.1 MODELOS DE REMUNERAÇÃO EXISTENTES ATUALMENTE AO PRESTADOR DE SAÚDE;	18
2.2 – O MODELO DE REMUNERAÇÃO MAIS TRADICIONAL HOJE NO BRASIL:	20
CAPITULO III – DEMONSTRATIVO DAS ALTERAÇÕES DOS VALORES DE EPIs NO PERÍODO DA PANDEMIA DO COVID 19, REFLEXOS NOS HOSPITAIS.	21
3.1 - GLOSAS POR PARTE DAS OPERADORAS DE SAÚDE	23
3.2 REFLEXOS NOS HOSPITAIS	27
3.3 ABSENTEÍSMO, NOVAS CONTRATAÇÕES, ADICIONAL DE INSALUBRIDADE DE GRAU MÁXIMO: OS IMPACTOS FINANCEIROS	27
3.4 AUMENTO DO CONSUMO DE OXIGÊNIO E LOCAÇÃO DE RESPIRADORES/VENTILADORES.....	28
3.5 QUEDA NAS INTERNAÇÕES	28
CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

INTRODUÇÃO

Em razão da pandemia decorrente do COVID-19 que atingiu o mundo, especialmente o Brasil, todas as instituições de saúde foram obrigadas a adotar medidas tais como isolamento, quarentena, realizações compulsórias de exames, uso obrigatórios de mascaras de uso individual, e etc..., mediante inúmeros novos protocolos, que obrigaram a seguir novos padrões de atendimento de prevenção e controle mesmo antes da chegada do paciente ao serviço de saúde, na chegada, triagem, espera, atendimento e durante toda assistência prestada.

No Brasil em 6 de fevereiro de 2020, editou-se a Lei nº 13.979/2020 que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública e através do Decreto Legislativo nº 06/2020 que deflagrou o estado de calamidade pública.

Os protocolos dentro dos estabelecimentos da área da saúde, foram redobrados principalmente, em UTI's, apartamentos, enfermarias, pronto socorros, centro cirúrgicos, laboratórios, enfim, todo e qualquer ambiente que poderia ter contato direto com o paciente portador e ou possível portador do novo Coronavírus. O uso desses materiais utilizados, os EPI's, em quantidade muito acima do usual, causou uma onerosidade excessiva aos prestadores de serviços da saúde.

No entanto, algumas operadoras de planos de saúde se negaram ao custeio dos materiais de higienização e equipamentos de proteção individuais, sob o argumento de que as instituições de saúde deviam assumir sozinhas as responsabilidades no fornecimento dos referidos materiais e equipamentos aos seus funcionários, entendendo que não cabia repasse para o plano de saúde.

A situação foi agravada porque as instituições de saúde aumentaram significativamente seus custos por conta da pandemia do novo coronavírus e, ao mesmo tempo, sofreram com a queda de receita ocasionada pela redução e/ou cancelamento de cirurgias eletivas, por decretos, ou mesmo pânico geral da própria população em busca de atendimentos de check-ups rotineiros, e com isso houve, diminuição dos atendimentos.

Além da diminuição da taxa de ocupação, o custo se manteve alto, resultante de diversos investimentos que os hospitais tiveram que realizar para conseguir atender pacientes com COVID-19, tais como: criação de alas específicas, implantação de protocolos, contratação de pessoas, dentre outros.

O custo mais alto refere-se grande parte aos materiais que não foram absorvidos pelas operadoras de saúde e auto-gestões, que permaneceram inertes. Assim, hospitais e clínicas, que realizam exames médicos, sofreram prejuízos incalculáveis e irreversíveis com a negativa das operadoras de saúde em reembolsar referidos materiais.

A atual situação da pandemia do COVID-19, nunca antes ocorrido no mundo, ocasionou a utilização de materiais, equipamentos e insumos não previstos e não remunerados, resultado da onerosidade excessiva desses materiais e medicamentos.

Da mesma forma, acarretando uma vantagem econômica extrema as operadoras de saúde, uma vez que as mesmas obtiveram lucratividade histórica pela baixa extrema da taxa de sinistralidade (relação de usuários x utilização), devido à inibição dos usuários a procurarem assistência médica corriqueira, buscando somente em casos extremos de dores, urgências, ou problemas relacionados à própria covid-19.

Portanto a presente pesquisa demonstra, sob a visão dos gestores de hospitais, que o uso exacerbado e súbito de EPI's durante o fato imprevisível que foi pandemia do COVID – 19, foi uma medida obrigatória para o enfrentamento de emergência de saúde pública de importância internacional, em seus estabelecimentos, visando à proteção da coletividade e não apenas de seus colaboradores, sendo uma reflexão importante, sob o ponto de vista a forma de remuneração entre os agentes envolvidos, operadoras de saúde e prestadores de serviços.

CAPÍTULO I - A SUBITA MUDANÇA NA AREA DA SAUDE, EM DECORRENCIA DA PANDEMIA DA COVID 19

1.1 A SÚBITA MUDANÇA E A NOVA ADEQUAÇÃO NOS ATENDIMENTOS DE INSTITUIÇÕES DE SAUDE E HOSPITAIS DURANTE A PANDEMIA DO COVID 19

Em razão da pandemia decorrente do COVID-19 que atinge o mundo, especialmente o Brasil, editou-se a Lei nº 13.979/2020 que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública e através do Decreto Legislativo nº 06/2020 deflagrou-se o estado de calamidade pública.

LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020

Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

§ 1º As medidas estabelecidas nesta Lei objetivam a proteção da coletividade.

Com efeito, todas as atividades empresariais foram dramaticamente atingidas, sendo certo que a atividade desempenhada pelos prestadores de saúde encontra-se em situação pior, pois se tratam de instituições de saúde receptoras dos casos de COVID-19, tanto para diagnóstico, quanto para tratamento e, de um jeito ou de outro, devem dispor de toda a sua estrutura e recursos humanos voltadas para o atendimento desses casos.

Com a chegada da pandemia, todas as instituições de saúde foram obrigadas a adotar medidas de prevenção e controle mesmo antes da chegada do paciente ao serviço de saúde, na chegada, triagem, espera, atendimento e durante toda assistência prestada, utilizando os EPIs em quantidade muito acima do usual.

A situação é agravada pois as instituições de saúde aumentaram significativamente seus custos por conta da pandemia do novo coronavírus e,

ao mesmo tempo, sofreram com a queda de receita ocasionada pela redução e/ou cancelamento de cirurgias eletivas e diminuição dos atendimentos.

Além da diminuição da taxa de ocupação, o custo se mantém alto, resultante de diversos investimentos que os hospitais tiveram que realizar para conseguir atender pacientes com COVID-19, tais como: criação de alas específicas, implantação de protocolos, contratação de pessoas, dentre outros.

Por exemplo, para a realização de um simples exame, a recomendação técnica e a instrução para o uso durante o procedimento é dos seguintes EPI's pró-pé, máscara N95 (ou PFF2), touca, avental ou macacão descartável e impermeável, óculos de proteção (face shield, se disponível), dois pares de luvas, o que antes usava-se somente um par de luvas.

1.2– REFLEXOS DA NOVA ADEQUAÇÃO

O aumento dos custos e da utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI's) foi um dos principais desafios dos hospitais na gestão financeira, esses equipamentos tiveram aumento de uso de 200% e 300% de aumento no valor de aquisição, em média, conforme estudo realizado desses itens no período de março de 2020 a março de 2021.

No entanto, algumas operadoras de planos de saúde negam o custeio dos materiais de higienização e equipamentos de proteção individuais, sob o argumento de que as instituições de saúde devem assumir sozinhas a responsabilidade no fornecimento dos referidos materiais e equipamentos, entendendo que não cabe repasse para o plano de saúde.

Assim, hospitais e clínicas, que realizam exames médicos, sofreram prejuízos incalculáveis e irreversíveis com a negativa das operadoras de saúde em reembolsar referidos materiais.

A efetivação dos direitos sociais previstos no artigo 6º da CF/88, bem como os contidos no artigo 7º da Carta Magna, decorrem do desempenho do trabalho e da saúde e encontram-se ligados à efetiva proteção da ordem econômica contemplada no artigo 170 da CF/88.

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 7º INC XXII: São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social, XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;

A realização da ordem econômica através do desempenho da atividade empresariais dos prestadores de saúde, permitem em parte ao Estado eximir-se dos deveres descritos nos artigos 6º e 7º da CF/88, os quais, em um Estado Social como foi instituído pela CF/88, é verdadeiro dever do Poder Público.

Ocorre que, a realização de tais direitos, todos eles, podem ser inviabilizados caso os contratantes de serviços das instituições de saúde não sejam compelidos ao pagamento dos materiais utilizados para o tratamento do COVID-19.

Assim sendo os hospitais correm sério riscos de fechar suas portas e suspender os serviços até então prestados com regularidade, o que provocará total colapso nos serviços de saúde do Estado, uma vez que o setor privado exerce profícuo auxílio à rede pública.

1.3 ONEROSIDADE EXCESSIVA E TEORIA DA IMPREVISÃO REFLEXOS NOS CONTRATOS

A força maior ou o caso fortuito são fatos ou eventos imprevisíveis ou de difícil previsão que não podem ser evitados, mas que provocam consequências ou efeitos para alguns.

Segundo Farias,

O Código Civil de 1916 não cogitava da onerosidade excessiva. À luz do estatuto civil revogado, seguíamos o modelo oitocentista do *pacta sunt servanda* (das coisas como estão, estando assim as coisas), pelo qual as convenções eram leis entre as partes (art.1.134, Código Francês de 1804)228 e o conteúdo contratual, intangível, exceto pelo mesmo consenso que a ele dera origem. Todavia, o Código Civil de 2002 mitiga rigidez negocial. (FARIAS, 2015, p.219)

A excessiva onerosidade nas relações paritárias encontra-se disciplinada nos artigos 317, 478 e subsequentes do Código Civil 2002, que, em consonância com o princípio do equilíbrio econômico dos pactos, autoriza a revisão do contrato na hipótese de verificação de fatos extraordinários e imprevisíveis que tornem a prestação de uma das partes excessivamente onerosa, com extrema vantagem para a outra, abalando o equilíbrio em que se fundamentou a contratação.

Como preleciona Farias,

Acontecimentos novos, da mais variada natureza, revolucionam o programa contratual, impedindo as partes de tirar da operação as vantagens esperadas ou, até, transformando-as em fonte de prejuízos. Quando as circunstâncias supervenientes e as perturbações da economia do contrato por elas determinadas são de molde a justificar que o contratante atingido seja desvinculado dos compromissos contratuais, o remédio previsto pela lei para a sua tutela é a possibilidade – que só a ele pertence – de pedir ao juiz a resolução do contrato.

Ao disciplinar a excessiva onerosidade superveniente, o legislador procurou dar resposta ao problema da alteração das circunstâncias. Quer se explique a resolução do contrato por se considerar subentendida a cláusula *rebus sic stantibus*, quer pela teoria da imprevisão, ou da base do negócio, a verdade é que, no direito contemporâneo, a alteração radical das

condições econômicas dentro das quais o contrato foi celebrado tem sido considerada uma das causas que, com o concurso de outras circunstâncias, podem determinar a sua resolução ou revisão.

A cláusula *rebus sic stantibus* é uma reação à rigidez do princípio da obrigatoriedade, enfatizado na fórmula clássica do *pacta sunt servanda*. Se antes a intangibilidade contratual – mesmo diante de imprevisíveis mudanças das circunstâncias – era uma garantia de segurança jurídica e de confiança na palavra empenhada pelo devedor, no alvorecer do século XX o resgate da *rebus sic stantibus*, pela via da teoria da imprevisão e da intervenção estatal na vontade contratual, coincide com o advento do Estado Social na Europa do pós-Primeira Guerra Mundial. (FARIAS, 2015, p.219)

Para a incidência da normativa relativa à onerosidade excessiva, exige-se o atendimento cumulativo aos seguintes pressupostos: vigência de contrato de longa duração, de execução continuada ou diferida; a ocorrência de evento superveniente, extraordinário, imprevisível e não imputável a qualquer das partes que onere excessivamente um dos contratantes; acarrete extrema vantagem ao outro.

Assim, verificada a existência dos requisitos autorizadores da incidência da teoria da onerosidade excessiva, uma das consequências possíveis é a revisão para expurgar o desequilíbrio entre as prestações.

De acordo com os artigos 478, 479 e 480 do atual Código Civil:

478. Nos contratos de execução continuada ou diferida, se a prestação de uma das partes se tornar excessivamente onerosa, com extrema vantagem para a outra, em virtude de acontecimentos extraordinários e imprevisíveis, poderá o devedor pedir a resolução do contrato. Os efeitos da sentença que a determinar, retroagirão à data da citação.

479. A resolução poderá ser evitada, oferecendo-se o réu a modificar equitativamente as condições do contrato.

480. Se no contrato as obrigações couberem a apenas uma das partes, poderá ela pleitear que sua prestação seja reduzida, ou alterado o modo de executá-la, a fim de evitar a onerosidade excessiva.

O Código Civil brasileiro, assim, permite a intervenção judicial na esfera da autonomia privada quando um fator externo superveniente cause sacrifício excessivo a uma das partes, à custa do empobrecimento significativo desta enquanto a outra sofre enriquecimento imoderado.

As relações nos contratos também são passíveis de acontecimentos na vigência dos mesmos, podem acontecer fatos imprevisíveis no meio do caminho, que também possa fazer parte dessa relação, sem disputar com o princípio da segurança jurídica,

Entre nós, a teoria em tela foi adaptada e difundida por Arnaldo Medeiros Da Fonseca, com o nome de teoria da imprevisão, em sua obra Caso fortuito e teoria da imprevisão. Em razão da forte resistência oposta à teoria revisionista, o referido autor incluiu o requisito da imprevisibilidade, para possibilitar a sua adoção. Assim, não era mais suficiente a ocorrência de um fato extraordinário, para justificar a alteração contratual. Passou a ser exigido que fosse também imprevisível. É por essa razão que os tribunais não aceitam a inflação e alterações na economia como causa para a revisão dos contratos. Tais fenômenos são considerados previsíveis entre nós. (RT, 788/270) (apud, FARIAS, 2015, p.21).

Assim explica Bierwagen,

A teoria da imprevisão consiste, portanto, na possibilidade de desfazimento ou revisão forçada do contrato quando, por eventos imprevisíveis e extraordinários, a prestação de uma das partes tornar-se exageradamente onerosa – o que, na prática, é viabilizado pela aplicação da cláusula rebus sic stantibus, inicialmente referida. (BIERWAGEN, apud GONÇALVES, 2019, p. 60).

Completando o círculo da positivação da imprevisibilidade em nosso ordenamento jurídico, o Código Civil de 2002, em seu art. 317, estabelece:

Quando, por motivos imprevisíveis, sobrevier desproporção manifesta entre o valor da prestação devida e o do momento de sua execução, poderá o juiz corrigi-lo, a pedido da parte, de modo que assegure, quanto possível, o valor real da prestação. (RODRIGUES, 2017, p. 11).

CAPÍTULO II – CONTRATOS E OS MODELOS DE REMUNERAÇÕES EXISTENTES ENTRE OPERADORAS DE SAÚDE E OS SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES

Todo e qualquer serviço prestado pelos prestadores de serviços médicos hospitalares às operadoras de saúde, são permeados de inúmeros e diferentes contratos e acordos, feito previamente entre os envolvidos, sob a chancela da ANS (Agência Nacional de Saúde), que recentemente instituiu a Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com prestadores (Catec).

Os mesmos são revistos e registrados anualmente no órgão em questão, sob a lei nº 9656/98 art. 1º, inc. I e II e § 1º, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art .1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. § 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: [...]

E também, a lei n 13.003/14, trouxe algumas alterações a lei 9.656/98 reforçando a obrigatoriedade como bem explana Londres,

Mais de 10 anos depois da primeira tentativa de se iniciar as discussões sobre contratualização, a Presidência da República sancionou a lei de 13.003, de junho de 2014, alterando a lei 9656 de 1998 e reforçando a obrigatoriedade de contratos escritos e detalhados entre as operadoras e os prestadores, com obrigações e responsabilidades específicas, estimulando assim maior transparência e equilíbrio entre as partes. (LONDRES, 2020, p 150).

Esses contratos estabelecidos entre os operadores e fornecedores, são revistos anualmente como dito anteriormente, e há livre negociação entre as partes para ajustar o melhor modelo de remuneração do serviço prestado:

Segundo Azevedo,

Assim, desde o início devem os contratantes manter seu espírito de lealdade, esclarecendo os fatos relevantes e as situações atinentes à contratação, procurando razoavelmente equilibrar as prestações, prestando informações, expressando-se com clareza e esclarecendo o conteúdo do contrato, evitando eventuais interpretações divergentes, bem como cláusulas leoninas, só em favor de um dos contratantes, cumprindo suas obrigações nos moldes pactuados, objetivando a realização dos fins econômicos e sociais do contratado; tudo para que a extinção do contrato não provoque resíduos ou situações de enriquecimento indevido, sem causa. (AZEVEDO, 2019, p.36).

2.1 MODELOS DE REMUNERAÇÃO EXISTENTES ATUALMENTE AO PRESTADOR DE SAÚDE;

Segundo, Bichuetti e Meri Junior, 2016, p.01

No Brasil o sistema privado de saúde remunera prestadores de serviços pela quantidade de procedimentos e não pela qualidade. Primeiro porque o foco está na doença e não na prevenção de suas causas. Segundo, porque a preocupação predominante está na forma de remunerar, na redução imediata de custos e não no resultado final do serviço assistencial prestado. As negociações de preços de procedimentos assistenciais entre prestador e o plano de serviços de saúde é um dos principais entraves no avanço da relação entre eles no Brasil. Atrelar qualidade a custo não é fácil de equacionar em qualquer segmento empresarial, mais complexo ainda na saúde. (BICHUETTI E MERI JUNIOR , 2016, p.01)

Vejamos Alguns modelos de remuneração em saúde:

Segundo modelos exemplificados por Bichuetti e Meri Junior

- Captation - Prestadores recebem um valor fixo por mês, por pessoa coberta, o qual remunera todos os serviços de saúde ao longo de um período. O valor pode ser ajustado conforme necessidades específicas. (Bichuetti e Meri Jr, 2016, p.01)
- Diagnosis Related Group (DRG) - Neste modelo se remunera mediante um único pagamento para um conjunto de serviços prestados, conforme o diagnóstico. Tem como base a CID (Classificação Internacional de Doenças), que padroniza a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. Ela fornece códigos relativos à classificação de enfermidades e de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas de ferimentos ou doenças. Este modelo desconsidera o ciclo completo de atenção para o tratamento da doença, e os pagamentos são feitos separadamente, a cada especialista, o que pode descoordenar o serviço. Tem a vantagem de homogeneizar as categorias de doenças, e está sendo usado no Brasil para a definição de pacotes de serviços dentro do modelo Fee For Service. Exige flexibilidade para ajuste de preços ao longo do processo]. (BICHUETTI E MERI JUNIOR, 2016, P.01)

Também exemplificou Moraes, sobre modelos existentes:

- Bundle Service (Pagamento por pacote) - Tentando mudar um pouco esse cenário de “conta aberta” da saúde suplementar e do sistema público, criou-se o “conta fechada” ou pacote, em que todos os procedimentos e exames necessários à realização de uma colecistectomia, por exemplo (a retirada da vesícula biliar), são agrupados, precificados e é definido um preço em cima, por exemplo, R\$ 20.000,00 por uma colecistectomia, que inclui desde o preço da internação hospitalar, o pagamento dos honorários médicos, os equipamentos médicos envolvidos etc. (MORAIS, 2014, P. 02)

- Fee for Service (Pagamento por serviço) - Imagina um restaurante, em que você entra, pede o couvert, pede o prato principal, o suco, a sobremesa e no final recebe a conta. Esse é o atual modelo, o fee-for-service. O paciente é atendido no pronto socorro, o médico pede um raio-X, faz medicamentos, interna o paciente, faz antibióticos e outros exames, e no final manda a conta pro convênio ou para o governo, no sistema “conta aberta”. Esse é um modelo econômico que chamo de perverso pois o hospital e o médico “ganham mais” quanto mais o paciente fica doente, e não quanto mais ele fica saudável. Eu não quero acreditar que qualquer médico ou hospital vai fazer exames ou medicações desnecessárias só pra ganhar dinheiro, mas eu já vi acontecer (e ainda prefiro não acreditar na frase “pode internar que o hospital está vazio hoje”)]. (MORAIS, 2014, P. 02)

Os gastos na saúde crescem mais rápido em relação aos demais na economia, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), já representam 10% do PIB mundial. No Brasil, o gasto total na saúde representa 8% do PIB, sendo que 55% dos gastos são privados. A curva de investimentos na saúde não significa, necessariamente, pessoas mais saudáveis. (TIME CONEXÃO, 2020, P. 01).

2.2 – O MODELO DE REMUNERAÇÃO MAIS TRADICIONAL HOJE NO BRASIL:

Fee for Service, modelo mais utilizado no Brasil, sistema de conta aberta. O paciente chega no Pronto Socorro, é solicitado uma bateria de exames, julgados necessários pelo médico, para levantar um possível diagnóstico, caso seja passível de internação, ali mesmo o faz.

A Conta hospitalar fica em aberto, e a cada momento em que materiais e medicamentos são utilizados, aumenta o valor da conta, até que o paciente tenha alta. Nesse intermeio, pode o paciente permanecer somente em uma internação de observação como também, pode acabar em uma cirurgia não esperada.

Apesar de óbvio, não é considerado pelos especialistas o mais adequado, pois o foco fica na doença e não na saúde do paciente.

Como bem exemplifica, Bichuetti e Meri Junior:

Modelo utilizado há décadas no Brasil. O prestador é remunerado por procedimento. As partes estabelecem previamente uma tabela de preços por procedimento ou conjunto deles. Os valores praticados para os mesmos tipos de procedimento variam amplamente entre diferentes prestadores e pagadores. O desempenho não é levado em conta, os custos reais raramente o são e os valores ficam condicionados aos poderes de barganha. Remunera-se a quantidade, não a qualidade; reinternações decorrentes de evoluções clínicas ou erros médicos são novamente remuneradas. Este modelo tem estimulado a aplicação de glosas pelos pagadores, baseadas em recursos técnicos ou administrativos, ou aplicadas simplesmente de forma linear; elas se transformaram num dos principais instrumentos de pressão por parte das fontes pagadoras. Há, entretanto, operadoras que tentam evoluir para um modelo de diária compacta, que reduziria o custo administrativo de pré-análise de contas hospitalares, auditorias médicas e glosas. (Glosa é o não pagamento das operadoras, referente a atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas pelos prestadores por falta de documentação adequada ou incorreção dos valores cobrados, entre outros fatores.) (BICHUETTI E MERI JR, 2016, p.02).

CAPITULO III – DEMONSTRATIVO DAS ALTERAÇÕES DOS VALORES DE EPIs NO PERÍODO DA PANDEMIA DO COVID 19, REFLEXOS NOS HOSPITAIS.

O aumento dos custos dos equipamentos de proteção individual (EPI's) foi um dos principais desafios dos hospitais na gestão financeira, esses equipamentos tiveram aumento de uso de 200% e 300% de aumento no valor de aquisição, em média, conforme estudo realizado e demonstrado na Tabela I abaixo desses itens no período de março de 2020 a março de 2021,

Equipamento de Proteção Individual	Média de preços em março de 2020	Média de preços pandemia 2020	Média de preços em março de 2021	Média de reajuste de 12 meses
AVENTAL TNT 40/50 – UND.	3,00	4,96	6,99	99%
CAPOTE IMPERMEAVEL - UND	5,85	7,50	25,00	07%
GORRO/TOUCA - UND	0,18	0,55	0,32	40%
PRO-PÉ - UND	0,18	0,26	0,26	44%
LUVA DESCATÁVEL CX 100 UND	15,00	40,0	92,00	50%
MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA-UND	0,60	3,60	1,50	25%
MASCARA N95/PFF2 - UND	4,60	25,0	8,00	58%
MACAÇAO MANIPULACAO IMPERMEAVEL	12,00	50,00	40,00	74%

Tabela 1 - AUMENTO DOS EPI's 2020-2021 FONTE HOSPITAIS DA AHPACEG

De acordo com as tabelas abaixo, tabela II e III percebe-se o aumento dos custos de aquisição desses EPIs para os hospitais, a porcentagem de aumento, chegou em até 397,24%.

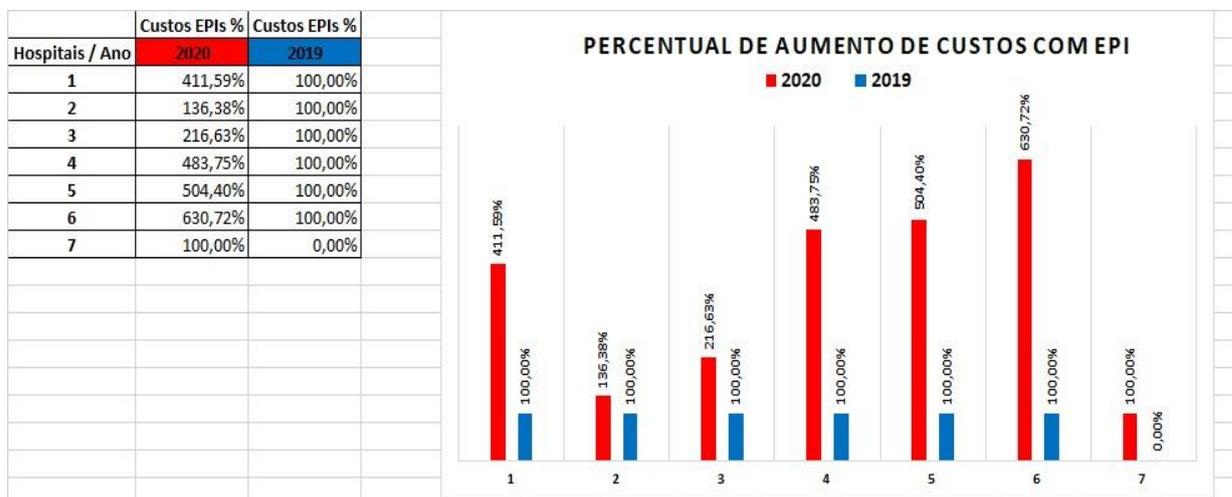


Tabela 2: PERCENTUAL DO AUMENTO DE CUSTOS COM EPI



Tabela 3: CUSTOS DE AQUISIÇÃO

3.1 - GLOSAS POR PARTE DAS OPERADORAS DE SAÚDE

Encontrou-se também o aumento súbito da utilização desses EPIs, o que provocou impacto financeiro significativo nos estabelecimentos, sem a devida contrapartida por parte dos operadores de saúde, muito pelo contrário, o que gerou um elevado número de glosas, como exemplifico na tabela abaixo, pela Operadora A, conforme demonstrada pela tabela IV, em relação a Operadora A.

Resumo de Glosas de EPIs Operadora A de EPI – Operadora A

HOSPITAL	FATURADO	RECEBIDO	PERCENTUAL DE GLOSA (Jun. a Dez./2020)
1	100,00%	54,82%	45,18%
2	100,00%	27,62%	72,38%
3	100,00%	9,55%	90,45%
4	100,00%	56,46%	43,54%
HOSPITAL	FATURADO	RECEBIDO	% MÉDIO DE GLOSA
MÉDIA	100,00%	37,11%	62,89%

Percentual médio de Glosa

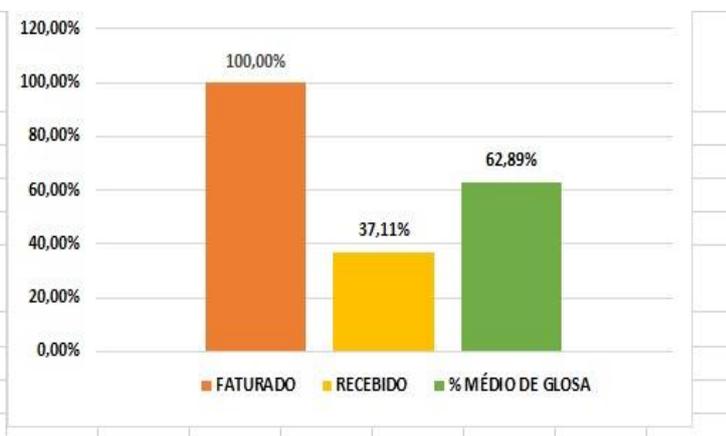


Tabela 4: PEERCENTUAL MEDIA DE GLOSAS POR PARTE DAS OPERADORAS DE SAUDE

Ao longo do ano de 2020, os hospitais passaram por problemas para adquirir luvas de procedimentos, que tiveram um aumento expressivo de preços que foram agravados com faltas devido o fechamento por motivos do aumento de casos de covid entre os funcionários, e também da necessidade do isolamento social, uma media de 28 fábricas na Malásia, entre novembro e dezembro de 2020, maior produtora de luvas no Mundo, amplamente divulgado pela mídia¹.

Somente como esclarecimento, antes da pandemia uma caixa de luva de procedimento (tabela 05) custava em média R\$ 15,00 a caixa com 50

¹[Malásia fecha 28 fábricas da maior produtora de luvas sanitárias do mundo - 23/11/2020 - UOL Notícias](#)

pares, em dezembro em média R\$ 70,00 e hoje custa em média R\$ 82,00 a R\$ 90,00 a caixa com 50 pares.

Da mesma forma as máscaras n95, antes da pandemia, a unidade custava R\$ 2,00 a unidade, a média do valor de custo no ano de 2020 ficou em R\$ 5,00, um aumento muito expressivo de aproximadamente 250%.

LUVA PARA PROCEDIMENTO M				
	CONSUMO 2019	PREÇO DE COMPRA 2019	CONSUMO 2020	PREÇO DE COMPRA 2020
JANEIRO	9100	R\$ 13,50	7900	R\$ 16,50
FEVEREIRO	6300	R\$ 14,90	8300	R\$ 16,50
MARÇO	8050	R\$ 14,00	7040	R\$ 35,80
ABRIL	9100	R\$ 14,00	16700	R\$ 23,54
MAIO	8800	R\$ 13,50	15300	R\$ 30,00
JUNHO	8900	R\$ 14,49	16800	R\$ 39,87
JULHO	10400	R\$ 13,80	16300	R\$ 47,00
AGOSTO	12900	R\$ 12,90	15050	R\$ 42,00
SETEMBRO	10300	R\$ 13,50	14300	R\$ 42,00
OUTUBRO	10700	R\$ 13,55	12900	R\$ 59,00
NOVEMBRO	10100	R\$ 13,50	12980	R\$ 77,00
DEZEMBRO	7400	R\$ 13,40	13200	R\$ 87,00

Tabela 5: LUVAS PARA PROCEDIMENTO CONSUMO X PREÇO DE COMPRA 2019 X2020

MASCARA N 95				
	CONSUMO 2019	PREÇO DE COMPRA 2019	CONSUMO 2020	PREÇO DE COMPRA 2020
JANEIRO	4	R\$ 1,89	26	R\$ 1,66
FEVEREIRO	1	R\$ 1,89	20	R\$ 10,00
MARÇO	6	R\$ 1,89	306	R\$ 2,80
ABRIL	27	R\$ 2,61	189	R\$ 5,00
MAIO	10	R\$ 2,61	147	R\$ 4,49
JUNHO	53	R\$ 1,77	240	R\$ 5,00
JULHO	40	R\$ 1,77	274	R\$ 7,90
AGOSTO	36	R\$ 1,62	279	R\$ 3,95
SETEMBRO	11	R\$ 1,68	253	R\$ 4,80
OUTUBRO	28	R\$ 1,68	247	R\$ 3,10
NOVEMBRO	19	R\$ 1,67	180	R\$ 3,10
DEZEMBRO	49	R\$ 1,66	140	R\$ 3,10

Tabela 6: MASCARA N 95 CONSUMO X PREÇO DE COMPRA 2019 X2020

MÁSCARA DESCARTÁVEL				
	CONSUMO 2019	PREÇO DE COMPRA 2019	CONSUMO 2020	PREÇO DE COMPRA 2020
JANEIRO	811	R\$ 0,12	3000	R\$ 0,09
FEVEREIRO	2100	R\$ 0,08	3100	R\$ 0,25
MARÇO	2200	R\$ 0,08	6800	R\$ 1,45
ABRIL	3800	R\$ 0,09	9100	R\$ 1,45
MAIO	3200	R\$ 0,08	6800	R\$ 1,45
JUNHO	4600	R\$ 0,09	6200	R\$ 2,00
JULHO	4800	R\$ 0,09	6500	R\$ 1,98
AGOSTO	4200	R\$ 0,09	5940	R\$ 1,45
SETEMBRO	3900	R\$ 0,06	5100	R\$ 0,90
OUTUBRO	3600	R\$ 0,09	4900	R\$ 0,48
NOVEMBRO	3400	R\$ 0,08	5100	R\$ 0,48
DEZEMBRO	3800	R\$ 0,09	5200	R\$ 0,48

Tabela 7: MÁSCARA DESCARTÁVEL CONSUMO X PREÇO DE COMPRA 2019 X2020

No contexto da crise sanitária e repercussões, é possível atribuir esses aumentos a um ou vários dos seguintes fatores:

- Choque positivo da demanda das unidades de saúde,
- Desabastecimento do mercado doméstico,
- Elevação do dólar e do preço de insumos, entre outros fatores.

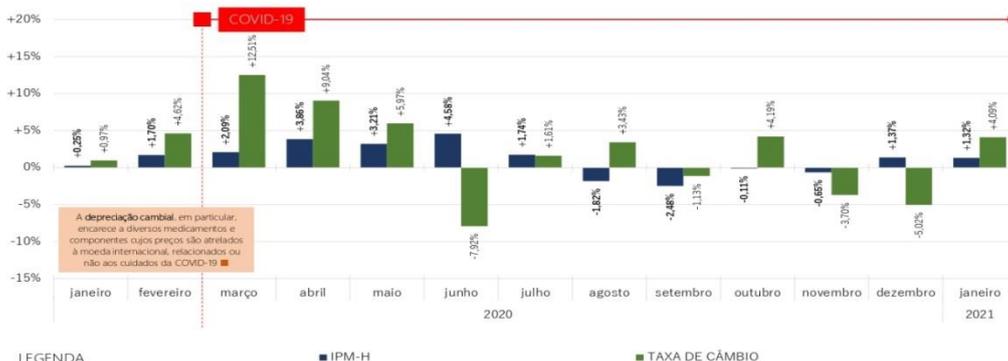
Como resultado do choque positivo de demanda sobre a rede de fornecedores e fabricantes, governos, secretarias e hospitais da rede pública e privada passaram a lidar com problemas relacionados ao preço e disponibilidade de materiais e medicamentos, incluindo, por exemplo, equipamentos de proteção pessoal (aventais, luvas, máscaras descartáveis, álcool gel, soro fisiológico, cateteres), medicamentos (relaxantes musculares, anestésicos, sedativos), sem mencionar equipamentos de suporte à vida nos centros de terapia intensiva (notadamente, os ventiladores mecânicos).

Reforçando o descompasso no mercado doméstico e a dificuldade para atender ao volume elevado de pedidos no curto prazo, é necessário ressaltar que uma parte importante dos medicamentos e/ou de

insumos necessários para produzi-los no país é obtida no mercado internacional, tornando os preços suscetíveis à variação cambial (Tabela VIII).

VARIAÇÃO RECENTE (COVID-19) fipe

Variação mensal do IPM-H e da taxa de câmbio após o início da pandemia da COVID-19 (%)



INFORME DE LANÇAMENTO | ÍNDICE DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS PARA HOSPITAIS (IPM-H)

JANEIRO/2021

Tabela 8: INDICE DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS PARA HOSPITAIS E DA TAXA DE CAMBIO

Com o aumento da incerteza e a conseqüente depreciação expressiva da moeda brasileira, o custo de aquisição de medicamentos, de insumos da indústria e de transporte de produtos também se tornou mais elevado. Além da exposição cambial, a concorrência internacional pelos mesmos produtos reforçou depressão no mercado, resultando na elevação dos preços.

SÉRIE HISTÓRICA DO IPM-H fipe

Série histórica do Índice de Preço de Medicamentos para Hospitais (IPM-H) e outros índices de preço



INFORME DE LANÇAMENTO | ÍNDICE DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS PARA HOSPITAIS (IPM-H)

JANEIRO/2021

Tabela 9: INDICE DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS PARA HOSPITAIS FONTE HOSPITAIS DA AHPACEG

3.2 REFLEXOS NOS HOSPITAIS

Com a pandemia, ocorreu um aumento de permanência nos hospitais (em dias) nos primeiros meses de 2020, no período (bimestre) de jan/fev e mar/abr, no segundo semestre de 2020, e nos três primeiros meses de 2021.

Um dos pontos principais que deve ser analisado com a situação ocasionada com a pandemia é o tempo de permanência nos leitos, que é um dos fatores que impacta toda a cadeia de custos das unidades hospitalares e por consequência as receitas.

Quando os hospitais têm um aumento do tempo médio de permanência, estes têm uma diminuição no giro de leitos, ou seja, o número de vezes que aquele leito gira com os pacientes.

A receita dos hospitais foi reduzida nos 04 primeiros meses do ano, comparado com o mesmo período de 2019 (janeiro a abril). Esta redução está atrelada ainda, ao aumento das despesas variáveis e à manutenção das despesas fixas.

Também esta redução está atrelada com a diminuição no primeiro semestre de 2020 de cirurgias eletivas, no segundo semestre 2020 houve uma melhora mas não aos números de 2019 e no primeiro trimestre de 2021.

O aumento de custos, absenteísmo e contratação de novos profissionais, impactou negativamente na receita das instituições hospitalares, bem como a com a nova suspensão em meados de 2021 das cirurgias eletivas e restrições ocasionadas pelo agravamento da COVID 19.

3.3 ABSENTEÍSMO, NOVAS CONTRATAÇÕES, ADICIONAL DE INSALUBRIDADE DE GRAU MÁXIMO: OS IMPACTOS FINANCEIROS

O absenteísmo e as despesas com novas contratações foi um dos principais desafios dos hospitais na gestão financeira, atrelados ao aumento da folha devido à insalubridade.

Um hospital não pode operar sem pessoas qualificadas. O absenteísmo está ligado, mesmo com todos os nossos cuidados, ao risco dos nossos profissionais serem contaminados. Foi feita novas contratações, e a projeção com um aumento elevado no custo fixo ao final do ano.

Em relação ao adicional de insalubridade os hospitais tiveram um aumento na folha de 10%, ocasionados pela alteração do grau de insalubridade de 30% para 40% para casos de insalubridade de grau máximo, para todo o ambiente hospitalar, somados ao reajuste da folha de funcionários em média de 5% em 2020, com impacto de 15%.

3.4 AUMENTO DO CONSUMO DE OXIGÊNIO E LOCAÇÃO DE RESPIRADORES/VENTILADORES

É inegável que o aumento de pacientes com SRAS, impactou também em outro item crítico que é o oxigênio. Além do aumento da média de consumo, houve também aumento da indústria fornecedora.

Com o aumento da demanda de pacientes que necessitam intubar, os hospitais também tiveram que locar respiradores/ventiladores que simplesmente sumiram do mercado, seguidos de uma alta de mais de 30% no valor da locação.

3.5 QUEDA NAS INTERNAÇÕES

Houve a queda geral de internações entre jan/fev e mar/abri, e aumento nas internações relacionadas a doenças infecciosas – da qual está classificada a Covid-19 em 2020.

Os atendimentos de urgência e emergência também caíram drasticamente, comparando o intervalo de janeiro a abril de 2019/2020.

CONCLUSÃO

Quando iniciei o trabalho tinha a intenção de compreender a correlação do aumento dos preços de epi,s – equipamento de proteção individual, (objeto do estudo em questão), por se tratarem de materiais comuns, usados no dia a dia nos hospitais, e que por um fato totalmente inesperado da história da saúde mundial, esses mesmos epi´s se tornaram exponencialmente muito caros e indispensáveis na rotina hospitalar, não só o uso perante o paciente a ser tratado, mas que passou a fazer parte da rotina de um hospital, até mesmo para pacientes, possivelmente acometidos com o Coronavírus, ou seja, desde o primeiro atendimento, até os cuidados obviamente com os mesmos dentro de uma Uti, o que triplicou o seu consumo dentro do ambiente hospitalar, e também a análise do porque da resistência dos operadores de saúde em arcar com esses aumentos e como alto número de glosas, em relação a quantidade no uso.

Ao desenrolar do trabalho, outra questão interessante foi que ao analisar essas discrepâncias de preços e quantidades na compra, consumo e glosas, de luvas e máscaras, entre os anos de 2019, 2020 e 2021, notei que as operadoras de saúde estavam fazendo as formas de pagamento vigentes, desconsiderando o fator imprevisível, ou seja, a pandemia.

As chamadas formas de remuneração, com que os hospitais e operadores de saúde trabalham, as quais foram citadas, e algumas formas existentes de contas hospitalares abertas e contas hospitalares fechadas, são formas obviamente pré-acordadas a cada contrato que são feitos entre si, operadores e prestadores de serviços hospitalares.

O modelo mais usado no Brasil hoje, é o *fee for service*, ou seja a conta aberta, onde todo o consumo do paciente é colocado naquela conta e no final a mesma é enviada a operadora de saúde para o pagamento a prestadora de serviço do seu usuário, modelo este muito longe do ideal, por existir inúmeras deficiências, tais como glosas.

E por fim, ao analisar os dados, percebe-se no Brasil hoje, uma questão que já vem sendo discutida antes mesmo deste momento de pandemia, mas que este momento oportunamente acelerou as agendas e as discussões, de que melhorias são estritamente necessárias, como regulamentações mais flexíveis, por parte dos órgãos públicos que regulam a saúde, tanto para operadores quanto para prestadores do serviço de saúde.

É necessário construção de pontes mais inteligentes para um sistema de saúde eficiente, que proteja todos os envolvidos, pois o objetivo é um mercado menos regulado, maior liberdade econômica, e maior liberdade entre as partes, ou seja, construir uma relação de confiança e não de desconfiança entre os envolvidos.

Os contratos precisam e devem ser analisados, aprimorados a cada ano, o que a pandemia trouxe para área de saúde foram, de fato infinitas possibilidades, além de mostrar que todos os acalorados debates no meio, são de fato produtivos e que não há só muita coisa a se mudar mas uma necessidade de mudança para prevenir as partes de possíveis dissabores futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Álvaro Villaça. **Curso de direito civil: teoria geral dos contratos**. 4ªEd. – São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

BICHUETTI, José Luiz e MERE Jr, Yussif Ali. **Harvard Business Review Brasil**. Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-em-geral/modelos-de-remuneracao-na-saude/> Acesso em agosto de 2021.

FARIAS, Cristiano Chaves de. **Curso de direito civil: contratos – teoria geral e contratos em espécie**.5ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2015.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro, volume 3 : contratos e atos unilaterais**.16ª Ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

LONDRES, Adriano, **A culpa é do dono: custos de plano de saúde empresariais** – 1ª Ed. Rio de Janeiro, RJ: Autografia, 2020.

MORAIS, Vitor Asseituno, **Qual a diferença entre fee-for-service, pay for performance, pagamento por pacote, entre outros, e agora o mais recente fee-for-value?** Disponível em: <https://www.saudebusiness.com/mercado/o-que-fee-value-afinal/> Acesso em Agosto de 2021.

RODRIGUES, Madson Ottoni de Almeida, **A cláusula rebus sic stantibus e a onerosidade excessiva do contrato no Código de Defesa do Consumidor e no Código Civil de 2002**. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-civil/a-clausula-rebus-sic-stantibus-e-a-onerosidade-excessiva-do-contrato-no-codigo-de-defesa-do-consumidor-e-no-codigo-civil-de-2002/>Acesso em Maio de 2021.

Time conexão, Disponível em:

<https://conexao.segurosunimed.com.br/exemplos-de-adocao-do-modelo-de-fee-for-value-no-mundo/> Acesso em Agosto de 2021.