REVISTA DE DIREITO DA SAÚDE COMPARADO

Recebido em: 08/10/2024 Aceito em: 29/11/2024
DOI: https://doi.org/10.56242/direitodasaudecomparado;2024;3;5;113-137

Dispute Board nos contratos administrativos firmados com hospitais privados no âmbito do sistema único de saúde

Dispute Board in administrative contracts signed with private hospitals within the unified health system

Márcia Walquiria Batista dos Santos
Pós-Doutora em Gestão de Políticas Públicas pela EACH/USP.
Doutora em Direito Público pela Faculdade de Direito da USP.
Professora Titular do Programa de Mestrado em Soluções Alternativas de Controvérsias Empresariais da Escola Paulista de Direito – EPD.
Procuradora da UNESP. Ex-Procuradora-Geral da Consultoria Jurídica da Universidade de São Paulo. Autora e Coordenadora de diversas obras e artigos em periódicos de Direito Público especializados.
Email: marcia.walquiria@hotmail.com.

Deborah Alessandra de Oliveira Damas
Mestre em Direito pela EPD/SP.
LLM em Direito Empresarial pela FGV/RJ.
Pós-graduada em Direito Empresarial pela PUC/PR.
Graduada em Direito pela Universidade Estadual de Londrina/PR.
Sócia do escritório Oliveira Damas & Graça Advogados.
E-mail: deborah@oliveiradamas.adv.br.

Resumo

Os hospitais privados são importantes prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), que depende deles por falta de capacidade dos hospitais públicos de absorver essa demanda. Problemas crônicos ligados à falta do equilíbrio econômico-financeiro, ausência de integral pagamento pelos serviços prestados em razão do teto financeiro, aplicação equivocada das metas qualiquantitativas e falha na regulação assistencial agravada pela excessiva utilização do regime de vaga zero colocam em risco a continuidade desses contratos, o que pode gerar colapso na assistência. O *Dispute Board* consiste em mecanismo extrajudicial de resolução de conflito amplamente utilizado na área da construção civil devido ao baixo custo de implementação e comprovada eficácia. Embora ainda não tenha sido identificado casos concretos de sua utilização na área da saúde, o *Dispute Board* pode ser aplicável também aos contratos administrativos de prestação de serviços firmados com os hospitais privados, por meio da constituição de um comitê composto por profissionais imparciais e independentes, de elevada capacidade técnica, que poderão auxiliar na resolução dos problemas surgidos durante a execução do contrato, com a mesma eficácia constatada na construção civil.

Palavras-chave: *Dispute Board*; Sistema Único de Saúde; Contrato administrativo; Conflito; Hospitais privados.

Sumário

1. Introdução. 2. Dispute Board: origem e evolução. 2.1 Conceito, natureza jurídica e características do Dispute Board. 2.2. Classificação do Dispute Board. 2.3 Eficácia do Dispute Board segundo a doutrina. 3. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Utilização do Dispute Board nos conflitos envolvendo o contrato administrativo com hospitais privados. 4.1 Conflitos crônicos passíveis de resolução por meio do Dispute Board: equilíbrio econômico-financeiro, teto financeiro, metas qualiquantitativas e regulação assistencial (o problema da vaga zero). 5. Conclusões. Referências.

1 Introdução

Os hospitais privados são importantes prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), em especial os hospitais sem fins lucrativos, que são estratégicos ao Ministério da Saúde para a realização da assistência ao usuário, principalmente no que se refere a alta complexidade. Os contratos administrativos celebrados com os hospitais privados apresentam conflitos crônicos, como a ausência de equilíbrio econômico-financeiro, a falta de integral pagamento dos atendimentos prestados por aplicação do teto financeiro, a avaliação das metas qualiquantitativas, as falhas na regulação assistencial e a vaga zero.

Esses conflitos vêm ocasionando o endividamento dos hospitais privados, em especial os sem fins lucrativos, o que pode acarretar a inviabilidade de manutenção dos contratos administrativos e o colapso do sistema público de saúde, pois como será demonstrado neste artigo, 73% dos hospitais privados prestam serviços ao SUS, e respondem por mais de 40% das internações realizadas em todo o país, 58% dos transplantes e 69% dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia, para citar alguns números, tornando-se necessário identificar um mecanismo de resolução de conflitos que possa ser aplicável a contratos complexos, de longa duração, baixo custo de implementação e que permita manter o relacionamento entre as partes contratantes.

O objetivo desse estudo, a partir de análise de literatura bibliográfica, é analisar o *Dispute Board*, mecanismo extrajudicial de resolução de conflito amplamente utilizado na área da construção civil, e identificar elementos que permitam sua utilização nos contratos administrativos celebrados com os hospitais privados, a fim de responder ao problema central: qual a eficácia do *Dispute Board*, como método de resolução extrajudicial de conflitos, se aplicável aos contratos administrativos firmados com hospitais privados no âmbito do SUS?

A relevância do tema está na importância dos hospitais privados para o SUS e o interesse público existente na manutenção dos serviços que eles prestam ao usuário e o tema é inovador, uma vez que não se identificou pesquisas publicadas sobre a aplicação do *Dispute Board* na área da saúde.

2 *Dispute Board*: origem e evolução

O *Dispute Board* (DB) ou Comitê de Resolução de Disputas (CRD) consiste em Mecanismo Extrajudicial de Resolução de Conflitos (MESC) surgido nos Estados Unidos, na década de

1960, no período de expansão da indústria da construção civil ocorrido no pós-II Guerra Mundial, cujos contratos tornaram-se mais complexos (Wald, 2011, p. 179) por ser necessária a incorporação de novas exigências ambientais, governamentais, socioeconômicas ou de grupos ligados à defesa de interesse público, aliado ao aumento da concorrência entre os construtores (Mello, 2023, p. 57).

Até esse período, os conflitos eram dirimidos (a) por decisão de engenheiros, contratados pelo dono da obra, o que gerava nítido conflito de interesses e suspeitas de imparcialidade em razão da vinculação entre eles (Chapman, 1999, p. 1), e, com o aumento da complexidade dos contratos, a resolução dos conflitos passou a exigir a atuação de outros profissionais, como advogados e economistas (Mello, 2023, p. 57; Wald, 2011, p. 179); (b) pela arbitragem, cujo custo e tempo de resposta não se adequava à nova realidade, até porque sua instalação ocorreria após o surgimento da disputa (Chern, 2015, p. 1-2); (c) pela mediação, que apresentava eficácia reduzida, geralmente por não existir aceitação de uma das partes (Chern, 2015, p. 1-2); e, (d) pela Justiça estatal, denominada por Chern (2015, p. 2) como a "pior opção", principalmente em contratos envolvendo obras internacionais, cujo conflito ocorra em país em desenvolvimento, pelo fato da disputa ser submetida ao sistema jurídico local, geralmente moroso e caro, o que poderia ocasionar a paralisação ou o atraso no desenvolvimento da obra.

Esse cenário exigiu a criação de um mecanismo eficaz para a resolução de controvérsias envolvendo contratos complexos e de longa duração, com atuação técnica, rápida e imparcial, com baixo custo de implementação e, ainda, que permitisse a continuidade da relação entre as partes contratantes (Mello, 2023, p. 57-58). O primeiro embrião do DB que se tem notícia é a construção da represa *Boundary*, no estado de Washington, com a constituição do *Joint Consulting Board*, um comitê técnico criado para auxiliar as partes na resolução de conflitos técnicos, e o sucesso de sua atuação fez com que as partes mantivessem esse comitê em funcionamento até sua conclusão do contrato, ocorrida em 1967 (Silva Neto *et al.*, 2021, p. 37).

Em 1975, na construção do túnel Eisenhower, no estado do Colorado, houve a primeira previsão contratual do DB, o qual foi convocado pelo *Colorado Department of Highways* para resolver disputa envolvendo divergências financeiras graves, a fim de que o comitê expedisse recomendações às partes. O sucesso obtido fez com que as partes mantivessem o DB ativo até o final do contrato para prestar assistência informal (Silva Neto *et al.*, 2021, p. 38).

O mecanismo do DB rapidamente expandiu-se em razão do bom resultado obtido, e foi adotado na construção da barragem *El Cajón*, em 1980, em Honduras, obra financiada pelo Banco Mundial. Popularizou-se a partir da década de 1990, principalmente em obras internacionais, como a construção do Eurotúnel (Canal da Mancha), aeroporto de Hong Kong (China) e a hidrelétrica de Ertan, na China (Mello, 2023, p. 61), ao ponto do Banco Mundial passar a incentivar sua adoção nas obras que financiava, pois as estatísticas demonstravam que um considerável número de empréstimos por ele concedidos não tiveram suas respectivas obras concluídas em razão de conflitos envolvendo o mutuário (dono da obra) e o empreiteiro contratado (Chern, 2015, p. 12).

Com o objetivo de facilitar a implementação do DB e padronizar sua utilização, a Federação Internacional dos Engenheiros Consultores (FIDIC), em conjunto com o Banco Mundial, instituiu e passou a disponibilizar modelos de cláusulas e anexos contendo a estruturação, regulamentação e funcionamento do DB a todos os interessados, e, a partir de 1995, o Banco Mundial tornou obrigatória a previsão do DB no documento-padrão (*Standard Bidding Document for*

Procurement of Works - SBDW), que deve ser utilizado por mutuários nas contratações para execução de obras por ele financiadas (Mello, 2023, p. 62).

O sucesso alcançado pelo DB deu origem, em 1996, à criação da *Dispute Resolution Board Foundation* (DRBF), organismo sem fins lucrativos e de caráter técnico, cuja finalidade é difundir a utilização desse mecanismo, bem como atuar em conflitos por meio de um corpo técnico capacitado e credenciado. Também fez com que outras instituições financiadoras de obras internacionais, como o Banco Asiático de Desenvolvimento e o Banco Europeu de Reconstrução e Desenvolvimento passassem, a partir de 1997, a condicionar a concessão de empréstimos à previsão deste mecanismo nas contratações, a exemplo do Banco Mundial (Domingues, 2022, p. 32).

A partir da década de 2000 vários institutos arbitrais criaram regulamentos próprios sobre o funcionamento do DB, citando-se como exemplo, a *American Arbitration Association* (2000), a *International Chamber of Commerce - ICC (2004)* e o *Chartered Institute of Arbitrators* - CIArb (2014).

O DB constitui, hoje, mecanismo largamente utilizado na área da construção civil, reconhecido e adotado internacionalmente. No Brasil, a utilização do DB tornou-se possível a partir de 1994, por ocasião da Lei nº 8.883, que modificou o § 5º do artigo 42 da Lei nº 8.666/1993 (antiga Lei de Licitações e Contratos[1]). Essa lei foi publicada com o objetivo de compatibilizar a legislação nacional às exigências de organismos internacionais, possibilitando a captação de recursos para a construção de obras. Embora a lei não fizesse expressa menção ao DB, sua utilização tornou-se possível em razão de condições impostas para a obtenção de financiamentos ou doações internacionais (Silva e Pessoa, 2021, p. 423-424).

Várias alterações normativas ocorreram no Brasil, a partir de 2004, objetivando a adoção de mecanismos extrajudiciais de resolução de conflitos, entre eles o DB[2]. A Lei nº 14.133/2021 (Lei de Licitações e Contratos[3]) foi a primeira, em âmbito federal, a prever de forma expressa a possibilidade de adoção do DB. Embora essa previsão seja importante, Domingues (2022, p. 50) entende que não seria necessária, já que sua instituição importa em governança contratual, que confere maior segurança jurídica ao evitar conflitos. E, antes mesmo da previsão expressa na Lei nº 14.133/2021, a adoção do DB pela Administração Pública já era reconhecido, tanto que a 1ª Jornada de Prevenção e Solução Extrajudicial de Litígios do Conselho da Justiça Federal, ocorrida em 2016, aprovou três enunciados sobre DB[4].

[1] Art. 42 – *caput*
§ 5º. Para a realização de obras, prestação de serviços ou aquisição de bens com recursos provenientes de financiamento ou doação oriundos de agência oficial de cooperação estrangeira ou organismo financeiro multilateral de que o Brasil seja parte, poderão ser admitidas, na respectiva licitação, as condições decorrentes de acordos, protocolos, convenções ou tratados internacionais aprovados pelo Congresso Nacional, bem como as normas e procedimentos daquelas entidades, inclusive quanto ao critério de seleção da proposta mais vantajosa para a administração, o qual poderá contemplar, além do preço, outros fatores de avaliação, desde que por elas exigidos para a obtenção do financiamento ou da doação, e que também não conflitem com o princípio do julgamento objetivo e sejam objeto de despacho motivado do órgão executor do contrato, despacho esse ratificado pela autoridade imediatamente superior.

[2] Como exemplo, cite-se: Lei nº 11.079/2004 (o artigo 11, inciso III, possibilitou o "emprego de mecanismos privados de resolução de disputas"); Lei 11.196/2005, que alterou a Lei nº 8.987/1995, para acrescentar o artigo 23-A, possibilitando a utilização de MESCs nos contratos de concessão; Lei 13.448/2017 (Lei de Relicitação, cujo artigo 31 previu a adoção de "outros mecanismos alternativos de solução de controvérsias" nos contratos celebrados nos setores rodoviário, ferroviário e aeroportuário). Em 2018, de modo pioneiro, o município de São Paulo instituiu a Lei Municipal nº 16.873, regulamentando a utilização do DB, e, apesar de sua postura conservadora, conseguiu manter a essência desse mecanismo estabelecida internacionalmente (Domingues, 2022, p. 52).

A utilização do DB no Brasil, pela primeira vez, ocorreu na construção da Linha Amarela do metrô de São Paulo, em razão de exigência do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), organismo responsável pela concessão do financiamento (Domingues, 2022, p. 48). A partir de 2010, passou a ser utilizado em parcerias público-privadas para execução de obras públicas, como a reforma ou construção de estradas (rodovia MG-050, em Minas Gerais; trecho norte do rodoanel Mário Covas, em São Paulo), construção ou reforma de estádios (Arena Fonte Nova, em Salvador; Arena das Dunas, em Natal, além de outros estádios e infraestruturas esportivas utilizados no Brasil na Copa do Mundo de 2014 e nos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos de 2016), para citar alguns exemplos (Ribeiro e Rodrigues, 2015, p. 141; Domingues, 2022, p. 49; Silva Neto *et al.*, 2021, p. 42).

2.1 Conceito, natureza jurídica e características do *Dispute Board*

O DB é um mecanismo instituído por contrato, e desempenha papel de governança contratual através da designação de profissionais, altamente especializados, imparciais e independentes, escolhidos livremente pelas partes e a elas não subordinados, que poderão acompanhar a execução do contrato (formato permanente) ou serem acionados pontualmente por ocasião de algum conflito (formato *ad hoc*). O DB poderá prestar assistência informal[5], emitir recomendações, decisões ou ambos, de acordo com o modelo contratual adotado pelas partes (Charrett, 2009, p. 1; Chapman, 1999), e, por isso, poderá ser considerado como meio autocompositivo, quando por meio da assistência informal auxilia as partes a resolverem diretamente o conflito, ou heterocompositivo, quando expede recomendações ou decisões (Mello, 2023, p. 68).

Mello (2023, p. 67) define esse mecanismo como

> [...] um meio de prevenção e resolução de disputas mediante o qual as partes instituem, no início da relação contratual ou durante seu ínterim, um Comitê de profissionais, independentes e imparciais, formado por um ou mais membros, que tem como função prevenir e solucionar conflitos que surgem entre as partes durante a execução do contrato.

Espanhol *et al.* (2023, p. 58), na mesma linha, conceituam o DB como

> [...] um Comitê, órgão ou painel que tem por objetivo principal a prevenção ou a resolução de controvérsias surgidas entre as partes quando da execução de um contrato, ficando essas partes,

[3] O CRD foi previsto no inciso II do artigo 138 e nos artigos 151 e 154 da Lei nº 14.133/2021.

[4] Enunciado 49: Os Comitês de Resolução de Disputas (*Dispute Boards*) são método de solução consensual de conflito, na forma prevista no § 3º do artigo 3º do Código de Processo Civil Brasileiro.
Enunciado 76: As decisões proferidas por um Comitê de Resolução de Disputas (*Dispute Board*), quando os contratantes tiverem acordado pela sua adoção obrigatória, vinculam as partes ao seu cumprimento até que o Poder Judiciário ou o juízo arbitral competente emitam nova decisão ou a confirmem, caso venham a ser provocados pela parte inconformada.
Enunciado 80: A utilização dos Comitês de Resolução de Disputas (*Dispute Boards)*, com a inserção da respectiva cláusula contratual, é recomendável para os contratos de construção ou de obras de infraestrutura, como mecanismo voltado para a prevenção de litígios e redução dos custos correlatos, permitindo a imediata resolução de conflitos surgidos no curso da execução dos contratos.

[5] A assistência informal ocorre quando o DB procura auxiliar as partes a resolverem suas dificuldades sem que seja por meio de uma decisão vinculativa, atuando mais como um mediador.

> a depender da natureza das conclusões ou decisões emitidas, vinculadas a seu cumprimento, sendo tal obrigação decorrente da própria disposição contratual firmada pelos envolvidos.

Afirma-se que o DB é um instrumento de governança contratual por possibilitar a resolução dos conflitos ainda durante a execução do contrato, reduzindo os riscos de disputas que possam prejudicar a execução do objeto contratual, atingindo-se o objetivo pretendido pelas partes na celebração do contrato (Domingues, 2022, p. 23).

Quanto a natureza jurídica do DB, a doutrina majoritária afirma ser contratual, fruto da autonomia negocial das partes, que estabelecem e legitimam seu modo de funcionamento (Chern, 2025, p. 5; Silva Neto *et al.*, 2021, p. 43-44). Silva Neto (2019, p. 72) ainda complementa que a autonomia contratual das partes e a ausência de regulamentação legal confere a elas "grande flexibilidade na sua estruturação, podendo se adaptar aos mais diversos tipos de projetos em função da conveniência e criatividade das partes envolvidas".

Para Mello (2023, p. 82), no entanto, a natureza jurídica do DB é *sui generis*, por ter origem contratual e, ao mesmo tempo, ser dotada de função jurisdicional. Embora o entendimento sobre a função jurisdicional não seja acompanhado pela doutrina majoritária[6], mostra-se oportuna a transcrição do entendimento desse autor:

> Torna-se imprescindível que se supere a tradicional característica do monopólio estatal da jurisdição e que o instituto passe a incluir, entre os legitimados para seu exercício, os particulares contratados, no âmbito dos métodos alternativos de solução de disputas, para aplicar o direito e tutelar os interesses juridicamente relevantes dos jurisdicionados.
>
> O enfoque da jurisdição, nesse sentido, deve recair sobre sua função de pacificação social e atividade caracterizada como método de solucionar disputas. Mello (2023, p. 214)

Ainda que inexista um rol taxativo, a doutrina elenca com relativo consenso as seguintes características do DB:

Contratualidade ou consensualidade: o DB é uma "criatura do contrato" (Chern, 2015, p. 5), e sua existência está delineada pelos termos e limites estabelecidos pelas partes dentro de sua autonomia negocial. As partes estabelecem "quem", "quando", "como", "onde" e "de que modo" o DB atuará, inclusive elegendo, de forma eventual, o regulamento de alguma câmara arbitral, penalidades, prazos, entre outros.

Imparcialidade e independência de seus membros, devendo eles agirem de forma imparcial, mantendo equidistância das partes e conferindo a elas tratamento isonômico (Mello, 2023, p. 70), e, como pontuado por Chern (2015, p. 16), a imparcialidade não poderá estar (ou parecer estar) comprometida por ser um requisito vital ao bom desenvolvimento do DB. A independência assegurará que os membros do comitê não possuam vínculos com quaisquer das partes, seja de forma direta ou indireta, a fim de evitar a existência de conflito de interesses. Por isso, cabe ao membro indicado, a exemplo do que ocorre na arbitragem, o dever de revelação de qualquer fato que possa futuramente gerar suspeitas sobre sua independência, e não deve ser visto como representante da parte, evitando que suas decisões possam suscitar dúvidas. Essa independência

[6] Chapman (1999, p. 1); Chern (2015, p. 5); Skitnevsky (2016, p. 19); Manso e Silva (2021, p. 159); Espanhol *et al.* (2023, p. 61) e Silva Neto *et al.* (2021, p. 57-58), que justificam que o DB não possui função jurisdicional por não existir lei que lhe outorgue essa condição, como ocorre na arbitragem.

existe também em relação aos demais membros do comitê, pois cada um tem liberdade de decidir de acordo com sua convicção (Chern, 2015, p. 16).

Elevada capacidade técnica de seus membros: as partes devem reconhecer que os membros do comitê possuem grande experiência profissional e são profundo conhecedores da matéria envolvida no objeto do contrato, o que faz com que elas tendam a aceitar e a cumprir de forma espontânea suas recomendações ou decisões (Silva Neto, 2019, p. 94). O fato dessas recomendações ou decisões serem eminentemente técnicas, em caso de questionamento perante o juízo arbitral ou estatal, elas serão utilizadas como evidências e servirão como parecer de especialistas que acompanharam a execução contratual em tempo real (Manso e Silva, 2021, p. 160).

Contemporaneidade: relaciona-se ao fato de que a atuação do DB ocorre durante o período de execução contratual, possibilitando ao comitê a constituição de um arcabouço de informações e documentos obtidos antes mesmo da existência do conflito (Manso e Silva, 2021, p. 160). Por isso, Chapman (1999, p. 1) defende que esse mecanismo "tem valor em tempo real" [tradução livre], pois seu vínculo com as partes antecede o próprio conflito, enquanto o juízo estatal ou arbitral somente são acionados quando o litígio já está instalado, momento em que terão acesso exclusivamente às informações ou documentos que as partes apresentarem, que pode ou não representar a integralidade da situação fática e documental.

Celeridade: por se constituir em órgão eminentemente técnico, designado no início do contrato ou na instauração de um conflito, quando as informações estão muito nítidas e ainda não há um litígio entre as partes, o DB tem a possibilidade de prestar assistência informal ou proferir recomendações ou decisões de forma célere (Manso e Silva, 2021, p. 160). Muitos regulamentos sobre DB estabelecem prazos exíguos para a resolução, citando-se como exemplo o Centro de Arbitragem e Mediação Brasil-Canadá (CAM-CCBC) e o Centro Brasileiro de Mediação e Arbitragem (CBMA) que estabelecem prazo de 14 dias para as questões administrativas e 30 dias para o comitê proferir seu provimento (Mello, 2023, p. 70-71). No âmbito internacional, por exemplo, a FIDIC[7] estabelece o prazo de até 84 dias a partir da instauração para emissão de a decisão pelo comitê e a ICC[8] o prazo máximo de 90 dias, enquanto o tempo médio de duração da arbitragem, citando-se para fins de comparação, está entre um e três anos (Wald, 2011, p. 186).

Informalidade e flexibilidade: o modo de funcionamento do DB é mais simples do que os existentes no juízo arbitral ou estatal (Manso e Silva, 2021, p. 160-161) e as visitas técnicas do comitê ao local de execução do contrato podem ser feitas informalmente, o que facilita a comunicação com as partes, que, em seu ambiente natural, estão mais propícias à aceitação da assistência informal (Chapman, 1999, p. 8). A flexibilidade decorre da autonomia das partes na forma de implementar o DB, e, caso tenham optado pela adoção do regulamento de algum organismo internacional ou instituto arbitral, também poderão efetuar as adaptações necessárias ao atendimento de seus interesses (Mello, 2023, p. 68-70).

Confidencialidade: pode decorrer de previsão contratual ou de regulamentos de alguns organismos, como a ICC (Wald, 2011, p. 187). Os acordos tripartites[9] geralmente possuem cláu-

[7] International Federation of Consulting Engineers (FIDIC). Disponível em: <https://fidic.org/sites/default/files/34%20The%20new%20FIDIC%20provision%20for%20a%20Dispute%20Adjudication%20Board.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2024.

[8] International Chamber of Commerce (ICC). Disponível em: <https://iccwbo.org/dispute-resolution/dispute-resolution-services/adr/dispute-boards/dispute-board-rules/?cmplz-force-reload=1731707619254#block-accordion-22>. Acesso em: 02 jun. 2024.

sula estabelecendo o dever de confidencialidade dos membros do comitê, todavia, ainda que inexistente, a confidencialidade por parte deles é intrínseca, por aplicação analógica do dever de confidencialidade do árbitro e mediador. No que se refere à Administração Pública, as discussões doutrinárias que envolvem a confidencialidade e o princípio da publicidade na arbitragem[10] não são extensíveis ao DB, seja por aplicação analógica da confidencialidade prevista na Lei da Mediação, seja porque o DB não possui função jurisdicional e suas decisões são passíveis de insurgência em juízo arbitral ou estatal, ou, ainda, porque eventual aditivo decorrente de uma decisão ou recomendação do comitê terá seu extrato publicado na forma da legislação, cumprindo assim os princípios da publicidade e transparência.

Benefício econômico: a doutrina ainda aponta como característica do DB o fato de apresentar custo de implementação menor do que o juízo arbitral ou estatal. Para Chapman (1999, p. 8), o custo estimado de um comitê com três membros está entre 0,05% e 0,30% do valor total do projeto. Chern (2015, p. 25) indica que esse custo está entre 0,15% e 0,45% do valor global do contrato. Skitnevsky (2016, p. 72), citando caso concreto de adoção do DB no Brasil, afirma que o custo de implantação do comitê na obra envolvendo a Linha Amarela do metrô de São Paulo foi de 0,06% do valor integral do projeto, e conclui que esse custo demonstra "a eficácia financeira e a validade da obrigatoriedade desse método pelas agências financiadoras internacionais".

2.2 Classificação do *Dispute Board*

A classificação do DB pode ser feita (a) quanto ao momento de sua instauração, (b) quanto à natureza de suas decisões, (c) quanto ao papel desempenhado e, (d) quanto ao número de seus membros.

Quanto ao *momento de sua instauração*, o DB é classificado em permanente ou *ad hoc*. No formato permanente, o comitê é constituído no ato da celebração do contrato ou logo após sua assinatura, permanecendo ativo durante todo o período de execução do objeto e somente se extingue após sua conclusão e resolução de todos os conflitos existentes (Mello, 2023, p. 114). Ele é apontado como ideal por atuar em tempo real, permitindo que o comitê esteja mais familiarizado com as partes e o objeto contratual, tenha maior acesso às informações e documentos, além de realizar visitas presenciais ao local da execução do contrato, o que facilita a assistência informal, a expedição de recomendações ou decisões (Chapman, 1999; Chern, 2015, p. 2). Para Chern (2015, p. 3) esse formato também possibilita maior rapidez nas ações do DB e economia às partes, e Domingues (2022, p. 35-37) complementa que são esses fatores que fazem dele o mais usual atualmente. Apesar de suas vantagens, Manso e Silva (2021, p. 162-163) apontam a necessidade de se realizar uma ponderação entre os dois modelos, já que o formato permanente apresenta maior custo e, por isso, justificável em contratos maiores, de porte médio a grande, que sejam comple-

[9] Denomina-se acordo tripartite o contrato celebrado entre as partes que instituem o DB e cada membro designado para compô-lo, em que se estabelecem os direitos e obrigações de todos os envolvidos, responsabilidades, confidencialidade, honorários, entre outros (Cabanillas, 2020, p. 38).

[10] Salles (2011, p. 283-285) entende que a confidencialidade prevista na arbitragem não se aplica à Administração Pública em face do princípio da publicidade, devendo ser publicizado não apenas a sentença arbitral, mas todos os documentos que integram o procedimento; em sentido contrário, Tonin (2020, p. 231-234) defende que o cumprimento do princípio da publicidade ocorrerá através da divulgação da existência do procedimento, não de seu inteiro teor, sendo assim aplicável a confidencialidade dos atos também nos casos em que a Administração Pública é parte.

xos ou de cumprimento diferido.

No formato *ad hoc*, a instituição do comitê ocorre de forma pontual, quando do surgimento de um conflito, e sua durabilidade é restrita àquele, extinguindo-se após ser proferida a recomendação ou decisão. Por sua atuação específica à disputa para o qual foi convocado, o custo de manutenção desse comitê é menor, o que favorece sua implantação (Mello, 2023, p. 114-115). O DB *ad hoc* poderá ser instituído quantas vezes se fizer necessário, e as partes podem designar membros diferentes a cada convocação, por isso Domingues (2022, p. 37) aponta como outra vantagem desse formato a possibilidade de se convocar profissionais que tenham maior afinidade técnica na questão geradora do conflito. Para Skitnevski (2016, p. 37-38), a utilização desse formato aumenta os riscos de serem proferidas decisões equivocadas em razão de o comitê não ter acompanhado a execução do contrato e não estar familiarizado com as partes.

No que se refere à natureza de suas decisões, o DB se subdivide em três tipos: Dispute *Review Board, Dispute Adjudication Board e Combined Dispute Board.*

O *Dispute Review Board* (DRB) ou Comitê de Recomendação, muito utilizado nos Estados Unidos, onde surgiu, tem como característica o fato do comitê emitir recomendações, sem natureza vinculativa, caracterizando sua manifestação como parecer de caráter meramente opinativo (Manso e Silva, 2021, p. 163). Embora de natureza recomendatória, as partes possuem o dever contratual de segui-las (Mello, 2023, p. 106), pois (a) a recomendação é de natureza técnica e, portanto, faz sentido a elas; (b) é improvável que as decisões beneficiem sempre a mesma parte, logo, a parte que se sentiu prejudicada em uma recomendação acaba por cumpri-la, confiando que em uma recomendação que lhe seja favorável a outra parte também a cumpra espontaneamente (Chapman, 1999, p. 3).

No DRB, a parte que discordar de uma recomendação tem a possibilidade de apresentar notificação de insatisfação dentro do prazo estabelecido contratualmente ou no regulamento escolhido, devendo na seguida submeter essa discordância ao juízo arbitral ou judicial, conforme tenha sido eleito em contrato, dentro do prazo estabelecido, sob pena de transmutar a recomendação em decisão vinculante (Mello, 2023, p. 106-107). Segundo esse autor, a parte que apresentou notificação de insatisfação não está obrigada a cumprir a recomendação do DB até que haja pronunciamento na via jurisdicional eleita.

O *Dispute Adjudication Board* (DAB) ou Comitê de Adjudicação, surgiu na Inglaterra e é o modelo mais utilizado na Europa. O DAB é dotado de poder decisório, expedindo decisões vinculativas, estando as partes obrigadas a cumpri-las a partir do momento em que tomam conhecimento delas, somente se desonerando caso haja alguma decisão contrária obtida na via jurisdicional escolhida (Manso e Silva, 2021, p. 163). O descumprimento de uma decisão caracteriza descumprimento contratual, podendo a parte responder pelos prejuízos causados à outra (Mello, 2023, p. 111). A decisão do DAB constitui título executivo extrajudicial, conforme inciso III do artigo 784 do Código de Processo Civil, podendo a parte prejudicada requerer em juízo o cumprimento da obrigação pela outra (Espanhol *et al.*, 2023, p. 60-61; Silva Neto *et al.*, 2021, p. 74).

Também no DAB é possível à parte discordante apresentar notificação de insatisfação, conforme regras e prazos escolhidos contratualmente. Apresentada a notificação, a parte discordante deverá submeter o conflito ao juízo estatal ou arbitral, podendo requerer a concessão de tutela com o objetivo de se desonerar do cumprimento da decisão, mas enquanto não houver pronunciamento da via jurisdicional, a parte discordante estará obrigada ao seu cumprimento (Espanhol *et al.*, 2023, p. 61).

O *Combined Dispute Board* (CDB) ou Comitê Híbrido, foi criado em 2004 pela ICC e caracteriza-se como um misto dos dois modelos anteriores (Chern, 2015, p. 5). Nesse formato, o CDB emite inicialmente uma recomendação, que pode ser convertida em decisão vinculativa por solicitação conjunta das partes ou, então, de uma das partes sem que haja objeção da outra. Se uma parte requerer a conversão em decisão e a outra apresentar oposição, cabe ao CDB ponderar os aspectos favoráveis e desfavoráveis à essa conversão, tais como, a existência de motivos relevantes e urgentes que justificam a expedição de decisão, se ela pode evitar conflitos graves capazes de ocasionar rupturas contratuais ou, ainda, se a decisão é importante para preservar evidências e provas (Domingues, 2022, p. 39). Em países em que a cultura do litígio é grande o CDB tem maior propensão em expedir decisões do que em países em que há cultura da pacificação, em que as partes estão habituadas à utilização de MESC na resolução de conflitos (Chern, 2015, p. 8).

Quanto ao *papel desempenhado*, o DB é preventivo, ao identificar potenciais pontos de conflitos e, assim, prestar assistência informal às partes, a fim de que elas, por meio da autocomposição, encontrem a melhor solução (Charret, 2009, p. 8). Todavia, nos casos em que o conflito não possa ser evitado, a atuação do comitê também ocorre na resolução de disputas (Spencer, 2016, p. 152), através da expedição de recomendações (sem caráter vinculante) ou decisões (vinculativas), conforme o tipo de DB estabelecido no contrato (Charret, 2009, p. 8), manifestando seu modo heterocompositivo.

Por fim, *quanto ao número de membros*, as partes são livres para estabelecer o dimensionamento do comitê, recomendando-se a existência de número ímpar para se evitar situação de empate e a criação de impasses (Charrett, 2009,p. 2; Domingues, 2022, p. 34). Cabe às partes a ponderação quanto ao número de membros levando em conta a complexidade do contrato, o tempo de duração, os riscos que podem advir e as especializações que seriam exigidas. Muitas câmaras ou organismos indicam o DB constituído por três membros, sendo essa a forma mais comum.

Para demonstrar a flexibilidade na constituição do DB, Chern (2015, p. 14) cita o exemplo do Eurotúnel, no Canal da Mancha, cujo comitê foi constituído por cinco membros, que tinham acesso a todas as reuniões e participavam das visitas, mas quando da necessidade de algum posicionamento, apenas três membros participavam: o presidente e outros dois escolhidos pela maior afinidade com o objeto do conflito. Em outro exemplo, esse autor cita a construção do aeroporto de Hong Kong, cujo DB foi composto por seis membros e um coordenador, mas quando do surgimento de alguma divergência, era designado um comitê específico composto por um ou três profissionais, conforme a especialidade necessária. Os exemplos indicam que a conformação do DB pode ser variada, conforme o interesse das partes e a peculiaridades do contrato, o que favorece a indicação de profissionais que detenham maior especialização em áreas mais específicas do projeto, aumentando o caráter técnico do comitê.

2.3 Eficácia do *Dispute Board* segundo a doutrina

O DB é um mecanismo que surgiu na construção civil, e nessa área tem eficácia amplamente reconhecida. Segundo Domingues (2022, p. 41) a eficácia está no fato de que as recomendações/decisões do DB são cumpridas pelas partes entre 85% e 98% dos casos, sem que haja acionamento da jurisdição estatal ou arbitral.

Cabanillas (2020, p. 38) faz um levantamento do banco de dados da DRBF do período de 1975 e 2018, com análise de mais de 1200 projetos de DB, e constata que em 60% dos casos não houve qualquer disputa em razão da atuação preventiva do comitê; nos casos em que houve disputas, em 98% deles o encerramento ocorreu com a recomendação/decisão do comitê, sem que as partes tenham apresentado insurgência na via arbitral ou judicial.

Monaghan (2024) analisa os dados estatísticos da DRBF referente ao ano de 2018 e constata que em apenas 6% dos casos houve submissão de questionamento na via jurisdicional eleita e em apenas 22% desses casos a decisão do DB foi alterada. O autor ainda faz um comparativo entre os formatos permanente e *ad hoc*, concluindo que no formato permanente, apenas 1,75% dos casos foram submetidos à arbitragem, contra 14% no formato *ad hoc*, demonstrando assim a maior eficiência daquele formato.

A doutrina converge para o entendimento quanto à eficiência e eficácia do DB, em razão do caráter técnico do comitê, sua imparcialidade e independência (Domingues, 2022, p. 44-45), a possibilidade de prestar assistência informal (Chern, 2015, p. 3), o baixo custo de implantação (Sousa, 2020, p. 138) e a redução do risco de paralisação da execução do contrato (Ribeiro e Rodrigues, 2015, p. 133).

3 Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)

O artigo 196 da Constituição Federal (CF) estabeleceu que a saúde consiste em direito de todos, com acesso universal e igualitário por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada. Todavia, em um país de proporções continentais, a organização e manutenção de um sistema unificado não é tarefa fácil, ainda mais quando existem grandes disparidades socioeconômicas entre suas regiões.

Se de um lado há amplo acesso ao direito à saúde, de outro há um modelo de subfinanciamento (Mendes, 2013), tornando frágil a estrutura do sistema público de saúde existente, pois parcela significativa da assistência é prestada por hospitais privados, com ou sem fins lucrativos, uma vez que os hospitais públicos são insuficientes para o atendimento da população.

O mapeamento do cenário dos hospitais brasileiros realizado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Confederação Nacional de Saúde (CNS), edição de 2023, aponta que 73% dos hospitais privados existentes no Brasil são contratualizados com o SUS. Desse número, 40% são hospitais com fins lucrativos e 94% são entidades sem fins lucrativas (CNS e FBH, 2023, p. 31).

Dados da Confederação Brasileira de Misericórdia (CMB) indicam a importância dos hospitais sem fins lucrativos para o SUS, pois são responsáveis por 41% das internações, 69% dos tratamentos de radioterapia e quimioterapia, 50% dos atendimentos ambulatoriais, 58% dos transplantes realizados, além de serem o único serviço de saúde existente em mais de novecentos municípios, o que demonstra sua capilaridade (CMB, 2024). A importância dos hospitais sem fins lucrativos é reconhecida pelo Ministério da Saúde, que aponta serem estratégicos para o sistema (Frazão, 2021).

Segundo Mendes (2013), "A história do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcada pelos problemas de financiamento. Os recursos públicos envolvidos sempre foram insuficientes para garantir uma saúde pública, universal, integral e de qualidade". Esse subfinanciamento gera,

como consequência, a existência de realidades diferentes entre os prestadores de serviços ao SUS, com disparidades que violam o princípio da isonomia.

A primeira realidade que se encontra dentro do sistema é aquela presente nos hospitais privados, com ou sem fins lucrativos: essas instituições, contratadas pelos gestores do SUS para a assistência aos usuários, possuem como contraprestação a Tabela SUS[11], por vezes acrescida de algum incentivo contratual. São exigidos desses hospitais o atendimento de paciente por valores que, muitas vezes, estão abaixo do custo efetivo da assistência.

Para comprovar o fato, cita-se o valor previsto na Tabela SUS para o tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)[12], código 03.03.14.015-1, competência novembro/2024: o valor pago para o período de internação médio de quatro dias corresponde a R$ 504,07 para cobertura dos serviços hospitalares e R$ 78,35 para o profissional médico. Nesse cenário, o hospital recebe, por dia, o valor de R$ 126,01 para custeio de cinco refeições (ou mais, caso o paciente tenha direito a acompanhante), medicamentos (incluindo antibióticos e outros de alto custo), materiais, manutenção de enxoval (toalha, lençol etc.), além de todos os profissionais envolvidos na assistência, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, psicólogo, profissionais da limpeza, para citar alguns. O médico, por sua vez, recebe por dia o valor equivalente a R$ 19,58 para passar visitas e prestar toda a assistência.

O subfinanciamento, que leva à defasagem da Tabela SUS, ocasiona o endividamento das entidades privadas, em especial as sem fins lucrativos, que para alcançar a filantropia são obrigadas a destinar, pelo menos, 60% de seus leitos ao SUS, o que gera maior grau de endividamento, pois são obrigadas a prestar a integralidade da assistência recebendo como contrapartida o valor defasado da tabela.

Esses hospitais ainda sofrem com políticas do Ministério da Saúde, como a prevista na Portaria MS/GM nº 3.693/2021, que reduziu os valores de tabela das órteses, próteses, materiais especiais e sínteses (OPMES) cardíacos, para alcançar uma economia de R$ 292.653.290,61; como exemplo, o valor do marcapasso multissítio, que era R$ 15.720,15 passou para R$ 8.318,18 (redução de 47%) e o *stent* para artéria coronária, que tinha o preço na Tabela SUS de R$ 2.034,50 passou para R$ 341,17 (redução de 83%). As empresas que forneciam essas OPMES deixaram de fazê-lo pela Tabela SUS, o que obrigou os hospitais a custearem, com recursos próprios, a diferença decorrente da redução. Como consequência, muitos hospitais deixaram de aceitar pacientes cardíacos, como medida para não aumentar o déficit, o que aumentou a fila de espera para atendimento nessa especialidade e a insatisfação do usuário (Custódio, 2022), e a pressão social levou o Ministério da Saúde a revogar essa portaria.

Portanto, há no SUS a realidade dos hospitais privados, especialmente os sem fins lucrativos, que prestam atendimentos tendo como contrapartida unicamente a Tabela SUS.

A segunda realidade é a existente nos hospitais públicos, que prestam serviços ao SUS da mesma forma que os privados, recebem como contraprestação a Tabela SUS, mas com um acréscimo: toda a folha de pagamento é custeada pelo Estado, por serem servidores públicos, o que

[11] Tabela SUS: tabela expedida pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em: 12 nov. 2024.

[12] A tabela desse procedimento citado como exemplo está disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0303140151/11/2024. Acesso em: 12 nov. 2024.

gera uma disparidade imensa em relação aos hospitais privados, pois esse custo representa algo em torno de 50% e 60% da receita auferida (Bittar, 1996, p. 54; Mansur *et al.*, 2021, p. 7). Além disso, toda e qualquer necessidade dos hospitais públicos que extrapole os limites da Tabela SUS é coberta pelo Estado, como mantenedor dessas instituições.

O fato desses hospitais não conseguirem sobreviver com a Tabela SUS evidencia a questão do subfinanciamento do sistema e gera a violação ao princípio da isonomia retratado no artigo 5º da Constituição[13], que exige o mesmo tratamento a todos os prestadores. Nessa lógica, os hospitais privados deveriam ter acrescido em seu contrato o da folha de pagamento, proporcional aos atendimentos que realiza para o SUS.

A terceira realidade é a vivenciada pelas organizações sociais de saúde[14] (OSS), os consórcios intermunicipais de saúde[15] e as fundações estatais de saúde[16]. Essas três instituições são utilizadas pela Administração Pública como alternativas para complementação da assistência, mas com uma grande diferença: por trabalharem com orçamento, ainda que esse seja deficitário, contempla valores acima da Tabela SUS, o que também causa violação ao princípio da isonomia em relação aos hospitais privados.

A quarta realidade é a existente no estado de São Paulo após a edição da Tabela SUS Paulista[17], que majorou diversos procedimentos assistenciais, com aplicação de percentuais variáveis e que em alguns casos chegaram a 400% de aumento, como é o caso do parto normal (código 03.10.01.003-9)[18]. A complementação da Tabela SUS realizada pelo estado de São Paulo é o reconhecimento do subfinanciamento do sistema público de saúde. Outros estados[19] também concederam aumentos pontuais aos prestadores de serviços, mas ao que se saiba, nenhum com a amplitude da Tabela SUS Paulista.

A demonstração das diferentes realidades dentro do SUS gera a necessidade de reflexão sobre o modelo atual adotado, ainda mais porque os hospitais privados, em especial os sem fins

[13] Para Sarlet (2012, p. 223-224), as pessoas jurídicas são titulares dos direitos fundamentais, desde que esses sejam compatíveis com sua natureza, o que seria o caso do princípio da isonomia.

[14] As OSS são organizações constituídas por um conselho de administração, com participação obrigatória de representantes da Administração Pública e de entidades da sociedade civil (como as Santas Casas), além de outros membros previstos em lei e no estatuto. Sua existência foi prevista na Lei nº 9.637/1998, cujo § 1º do artigo 12 assegura a possibilidade de celebração de contrato de gestão, com o custeio dos serviços com base em planilha orçamentária.

[15] Os consórcios intermunicipais de saúde foram criados pela Lei nº 11.107/2005, e através deles os municípios e estados somam esforços para suprir demandas na área da saúde, partindo da premissa de que essa união gera uma economia de escala. Cada ente participante deve prever em seu orçamento os recursos necessários para o custeio do Consórcio de que participa.

[16] As fundações estatais foram instituídas pelo Decreto-Lei nº 200/1967, com as alterações da Lei nº 7.596/1987, e por meio delas a Administração Pública faz gestão de hospitais públicos ou supre necessidades deles, como a contratação de profissionais ou serviços (exames e procedimentos) por valores de mercado e acima da tabela SUS.

[17] A Tabela SUS Paulista foi instituída pela Resolução SS nº 198, de 29 de dezembro de 2023 e majorou diversos procedimentos previstos na Tabela SUS, beneficiando todos os hospitais do estado.

[18] Na Tabela SUS, o valor da remuneração do parto normal é de R$ 443,40, enquanto na Tabela SUS Paulista é de R$ 2.217,00.

[19] Cita-se, como exemplo, o estado do Espírito Santo, que através da Lei Complementar nº 907/2019, estabeleceu valores diferenciados para um pequeno rol de procedimentos, medicamentos e OPMES. Também o estado do Paraná, através da Resolução PR/SESA nº 904/2023, estabeleceu uma complementação de 150% para um rol de cirurgias eletivas, com o diferencial que esse benefício não é extensível a todos os hospitais, apenas àqueles que são contratualizados com o estado (gestão semiplena), gerando desigualdade em relação àqueles que possuem contrato firmado com os municípios (gestão plena).

lucrativos, integrantes do denominado Terceiro Setor, desenvolvem atividades que são de interesse público (Oliveira, 2011, p. 201).

Há necessidade da Administração Pública olhar para essas entidades como parceiros importantes que são, compreendendo que qualquer ato que coloque em risco o vínculo contratual com o SUS ou a sobrevivência desses hospitais pode ser causa de colapso do sistema público de saúde.

As transformações ocorridas no direito administrativo contemporâneo já não admite que, sob o manto da supremacia do interesse público, sejam preteridos outros direitos constitucionais que também são assegurados (Binenbojm, 2021, p. 2-3). Essa releitura do interesse público gera abertura à consensualidade, como o "meio mais apto para alcançar os objetivos da lei, meio esse que eventualmente, não será a simples aplicação da regra legal (Aragão, 2005, p. 293).

Por isso, a adoção de mecanismos de resolução de conflitos, como o DB, podem contribuir para um equilíbrio nas relações, tornando mais sustentável o vínculo contratual entre Administração Pública e hospitais privados, e, dessa forma, também atender ao interesse público.

4 Utilização do *Dispute Board* nos conflitos envolvendo o contrato administrativo com hospitais privados

O hospital é uma estrutura complexa, que envolve uma operação igualmente complexa, altamente regulamentada e fiscalizada, com multiplicidade de atores. Dentro do hospital convivem pluralidade de profissões (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, biomédicos, farmacêuticos, administradores, contadores, para citar alguns), estando presentes distintas linguagens: linguagem técnica dos profissionais de saúde; linguagem administrativa-financeira dos gestores; linguagem emocional do paciente e acompanhantes, entre outras (Nascimento, 2017, p. 507; Pascucci e Meyer Jr, 2013, p. 541).

Os hospitais geralmente são dimensionados de acordo com seu porte (pequeno, médio, grande e especial), nível de atenção (primário, secundário ou terciário) e perfil assistencial (hospital geral, especializado, de ensino, ou grupos etários) (Negri Filho e Barbosa, 2014, p. 43).

Os contratos administrativos celebrados entre os hospitais e a Administração Pública são complexos, de longa duração, por vezes envolvendo valores substanciais na contratação e, por força da natureza dos serviços - assistência à saúde – a paralisação da execução contratual tem como consequência direta o colapso do sistema público de saúde loco-regional, dependendo do porte e nível de atenção do hospital, e prejuízo à assistência dos usuários.

E justamente por esse cenário é que a presença do DB, como órgão técnico, composto por pessoas imparciais e independentes, pode colaborar na manutenção do bom relacionamento entre as partes e na continuidade da execução do objeto do contrato. A partir do momento que as partes designam membros para o comitê, reconhecendo neles a elevada capacidade técnica, o seu pronunciamento acaba sendo aceito pelas partes pelo fato de, tecnicamente, fazer sentido. E o custo de sua implementação, se tomado por referência o valor médio de 0,15% e 0,30% apontado na construção civil, certamente será muito menor do que a busca das partes pela jurisdição estatal, via mais usual, mas que é morosa, imprevisível e pouco efetiva (Silva, 2013, p.12; Tartuce, 2021, p. 157) e muito mais célere.

Embora o formato ideal de DB seja o permanente, nas contratações envolvendo hospitais de pequeno porte, com nível assistencial de baixa e média complexidade, a existência de comitê *ad hoc* constituído por um membro pode ser indicado em razão do baixo custo de sua manutenção. Nos contratos celebrados com hospitais de médio porte a porte especial, o formato permanente é o indicado em razão da possibilidade do DB de acompanhar a execução contratual e, com isso, não apenas prestar assistência informal, mas também expedir recomendações (DRB) ou decisões (DAB), conforme tipo eleito pelas partes. Justifica-se esse formato em razão da complexidade que envolve esses contratos, com conflitos crônicos e rotineiros que precisam ser enfrentado pelas partes, conforme será discorrido no tópico seguinte. Quanto ao número de membros, nos hospitais de médio porte, a presença de três profissionais com formações distintas é o recomendável; nessa formação, sugere-se a indicação de um médico, administrador hospitalar e advogado, profissionais que terão condições de avaliar desde fluxo de regulação, interpretação de cláusulas contratuais e a urgencialização de atendimentos, como será visto no item 4.1.

O DB vem sendo utilizado com sucesso na área da construção civil há mais de cinquenta anos e a mesma eficácia ali alcançada é possível de ser obtida na resolução dos conflitos advindos dos contratos administrativos celebrados entre a Administração Pública e os hospitais privados, o que exigirá a mudança na cultura atualmente existente e a busca pela consensualidade. Por certo haverá um período de maturação e adaptação desse mecanismo na área de saúde, mas o baixo custo de sua implementação e os resultados que podem ser obtidos justificam a adoção do DB, até que o modelo seja aperfeiçoado e as experiências demonstrem qual o melhor formato do mecanismo e a formação do comitê.

4.1 Conflitos crônicos passíveis de resolução por meio do *Dispute Board*: equilíbrio econômico-financeiro, teto financeiro, metas qualiquantitativas e regulação assistencial (o problema da vaga zero)

Os contratos administrativos celebrados com os hospitais privados são marcados por conflitos crônicos, cuja resolução não é fácil diante de uma cultura fundada no ultrapassado conceito da supremacia do interesse público e do subfinanciamento do sistema, mas que há necessidade de enfrentamento para se evitar o fechamento de leitos hospitalares em razão da inviabilidade na prestação de serviços por parte dos hospitais privados.

Nesse cenário, a utilização do DB auxiliará as partes na transposição destes conflitos, ao contar com profissionais imparciais e independentes, de elevada capacidade técnica, que através de assistência informal, de recomendações e até de decisões vinculativas poderão contribuir para sua resolução, evitando prejudicar a execução contratual.

O primeiro conflito é o *equilíbrio econômico-financeiro dos contratos:* apesar de a Constituição Federal (artigo 37, inciso XXI) e a Lei nº 14.133/2021 (inciso V do artigo 92; § 2º do artigo 104; alínea "d" do artigo 124, artigos 130 e 131) estabelecerem a obrigatoriedade de se manter o equilíbrio econômico financeiro, essa não é uma realidade nos contratos administrativos firmado com os hospitais privados, que, quando muito, possuem cláusula estabelecendo que o reajuste está atrelado à majoração da Tabela SUS.

O equilíbrio econômico-financeiro ocorre quando há correlação entre o objeto do contrato e sua contraprestação (Santos, 2004, p. 187). Essa recomposição é importante porque, sem ela,

"o contrato pode tornar-se inviável e levar à necessidade de sua rescisão. É do interesse público a continuidade dos contratos administrativos." (Di Pietro, 2022, p. 1050).

A atuação do DB dentro dos contratos administrativos pode facilitar essa recomposição, não através da aplicação de índices aleatórios que pouco se relacionam com o efetivo custo-saúde ou aplicável sobre uma tabela defasada[20], mas por meio da análise efetiva e concreta dos fatos, levando em consideração eventuais distorções que possam existir na gestão hospitalar e que impactam no custo dos serviços.

A Tabela SUS, de aplicação nacional, não contempla realidades regionais, como os pisos regionais de salário, o percentual de ICMS incidente sobre energia elétrica e medicamentos, a logística de distribuição de produtos, para citar alguns exemplos. Por isso, o custo da assistência no interior do Amazonas não é o mesmo do existente na cidade de São Paulo. São realidades diferentes que precisam ser consideradas na formulação do custo da assistência, e que um DB atuante terá condições de mensurar e de auxiliar as partes a estabelecerem essa correlação entre custo e remuneração.

O subfinanciamento do sistema público de saúde é uma realidade que precisa ser superada, e ao mesmo tempo, não se poderá dar margem para que falhas gerenciais nos hospitais acarretem ônus ao erário público, por isso o DB pode facilitar a identificação e correção de distorções que possam se originar em quaisquer dos lados.

O segundo conflito crônico existente está na *limitação dos pagamentos ao teto financeiro*. Os contratos administrativos celebrados com os hospitais privados estabelecem a contraprestação aos serviços calculados proporcionalmente às metas estabelecidas. A apuração do valor devido leva em consideração: a) na alta complexidade, o pagamento é realizado de acordo com a produção, isto é, com a quantidade de atendimentos realizados, por isso é denominado de "pós-fixado"; b) na média complexidade, a remuneração é feita por um valor fixo, mas atrelado ao cumprimento de metas e indicadores, por isso é denominado de "pré-fixado" (Wanderley, 2008, p. 46).

A regra, no entanto, é a existência de atendimentos muito acima dos limites estabelecidos no contrato, e, apesar de o hospital possuir gasto com a assistência prestada, os pagamentos são realizados até o limite do valor contratual, por força do que se denomina de teto financeiro. A justificativa é de inexistência de orçamento para suportar o atendimento acima do estabelecido contratualmente, ainda que esses pacientes tenham sido encaminhados pelos próprios gestores do SUS.

Esse atendimento excedente ao contratual e não pago, por determinação dos gestores do SUS, é transferido para meses subsequentes, onde também há extrapolação, criando-se assim um acúmulo crescente de contas não pagas em favor das instituições hospitalares, que por outro lado, acabam se endividando por serem obrigadas a custear a assistência, fato que vem desaguando no Judiciário[21], com as ações conhecidas como "extrateto".

A assistência informal do DB poderá contribuir para que as partes estabeleçam mecanismos de autorregulação, assim como o estabelecimento de determinados gatilhos para a incidência da cláusula do equilíbrio econômico-financeiro.

[20] A Lei nº 14.820/2024 acrescentou o § 5º no artigo 26 da Lei nº 8.080/1990 para prever a correção da Tabela SUS, por ato do Ministério da Saúde, sem estabelecer critérios para essa correção e ressalvando a existência de disponibilidade orçamentária e financeira.

Outro conflito crônico decorre da *aplicação das metas qualiquantitativas,* que são previstas nos contratos administrativos. As metas qualiquantitativas foram estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 3410/2013 e são utilizadas como referencial para pagamento. Essa portaria faculta a distribuição dos valores entre as metas qualitativa e quantitativa, desde que uma delas tenha percentual mínimo de 40%.

As metas quantitativas estão relacionadas aos serviços objeto do contrato. Nessas metas são contempladas, por exemplo, a quantidade de leitos contratados, o referencial de cirurgias eletivas e de primeiras consultas ambulatoriais por especialidade, os exames contratados (tomografia, ultrassonografia, ressonância magnética etc.), entre outros.

As metas qualitativas são variáveis e estabelecem uma gama de indicadores que o gestor regional do SUS pretende alcançar e entende como referencial de qualidade. Incluem-se nessas metas a definição de índices, como taxa de mortalidade institucional, taxa de infecção hospitalar e taxa de ocupação de leito; atuação efetiva de comissões obrigatórias (como a comissão de revisão de prontuários, comissão de revisão de óbitos e comissão de controle de infecção hospitalar); adoção de políticas de aleitamento materno; ampliação de horário de visitas; existência de protocolos assistenciais, e até o alcance de metas de interesse regional, como é o caso da redução de óbitos materno-infantil, caso esse seja elevado na região.

Seguindo a sugestão feita pelo parágrafo 1º do artigo 28 da citada portaria, em relação ao valor estabelecido para o componente pré-fixado, 40% do valor contratado tem o pagamento condicionado ao cumprimento das metas quantitativas e 60% das metas qualitativas. Se as metas não são alcançadas, há dedução no valor pago ao hospital, conforme estabelecido no documento descrito (anexo do contrato administrativo).

O conflito surge quanto o hospital não consegue cumprir as metas qualiquantitativas por atos praticados pelo próprio sistema, como ocorre no caso de pacientes encaminhados ao pronto-socorro, acima da capacidade estimada, exigindo que o hospital cancele cirurgias eletivas por ser necessária a utilização da sala cirúrgica ou leito (UTI ou internação), pois se deve priorizar sempre os casos de urgência ou emergência, o que ocorre com frequência. Por isso, Melo *et al.* (2021, p. 1160) defende que não é possível correlacionar a qualidade assistencial ao cumprimento das metas.

Os contratos administrativos preveem que a avaliação dessas metas sejam feitas por uma comissão de avaliação, com a presença de representante dos gestores do SUS, hospital e do controle social (Wanderley, 2008, p. 47); na prática, o hospital é voto vencido e a comissão não leva em consideração as razões que levaram ao não cumprimento das metas, e, assim, sofrem triplamente: primeiro, porque são obrigados a receber pacientes acima do limite contratado e até mesmo acima da capacidade técnico-operacional; segundo, porque muitos valores não lhes são pagos por força do teto financeiros e, terceiro, porque acabam tendo redução no valor contratado porque não conseguiram cumprir as metas contratadas.

O DB, como órgão técnico que acompanha a execução do contrato, possui condições de

[21] Cite-se, como exemplos de ações em que se discute o extrateto: a) Autos nº 5023875-27.2021.4.04.0000 (Agravo de Instrumento), Tribunal Regional Federal da 4ª Região, Partes: Irmandade da Santa Casa de Londrina e União Federal, tramitação na 4ª Turma, Relator Luís Alberto D'Azevedo Aurvalle, juntado aos autos em 13/10/2021; b) Autos nº 5012862-60.2023.4.04.0000 (Agravo de Instrumento), Tribunal Regional Federal da 4ª Região, Partes: Hospital Nossa Senhora das Graças e União Federal, tramitação na 12ª Turma, Relatora Gisele Lemke, juntado aos autos em 28 jul. 2023.

avaliar as razões do não cumprimento das metas qualiquantitativas, identificando se suas causas são originadas do próprio sistema ou por falhas na gestão hospital. Ademais, o acompanhamento pelo comitê das reuniões de avaliação facilitará o processo de comunicação, gerando equilíbrio entre as partes, e, por meio da assistência informal, pode contribuir para a manutenção do bom relacionamento entre elas, pois "O bom relacionamento entre a Secretaria [de Saúde] e o hospital é muito importante para que se consiga administrar o complicado e complexo acompanhamento das informações hospitalares (Borges Neto, 2008, p. 52)."

Outro conflito crônico está na *regulação assistencial: o problema da vaga zero*. A vaga zero é o mecanismo criado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 2048/2002, que assegura ao serviço regulador a competência para definir o encaminhamento de um paciente a um serviço de saúde, quando não há leitos disponíveis no sistema. O hospital não pode recusar esse atendimento, ainda que sua capacidade técnico-operacional esteja esgotada, pelo fato de que a vaga zero, em tese, somente ocorre quando todos os hospitais se encontram sem leitos SUS disponíveis.

A criação desse regime foi o meio encontrado pelo Ministério da Saúde para resolver o problema da falta de vaga no atendimento de urgências e emergências, transferindo para o hospital, que não possui leitos disponíveis, o problema de atender o paciente. Por causa desse mecanismo é que se encontra, hoje, pacientes em corredores, sentados em cadeiras ou deitados rente ao chão em macas de ambulâncias, por falta de espaço nos prontos-socorros. O que era para ser um recurso esporádico[22], tornou-se a rotina dentro dos hospitais.

A regulação[23] assistencial foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1863/2003, que criou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), reformulada pela Portaria GM/MS nº 1600/2011, que constituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) com o objetivo de integrar os serviços assistenciais, desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) até os hospitais de alta complexidade, por meio de atuação regionalizada e que leva em consideração a classificação de risco dos pacientes. A pretensão da RUE é atribuir aos gestores locais do SUS o controle e gestão das vagas dos leitos hospitalares contratados, para melhor organização dos fluxos (Santos Filho *et al.*, 2020, p. 1).

O fato de existir mais pacientes do que leitos contratados pelo SUS já seria causa de superlotação nos prontos-socorros, mas a isso devem ser acrescidas as falhas no sistema de regulação e as regulações paralelas.

De acordo com estudo efetuado por Konder e O'dwyer (2019, p. 20) o sistema de regulação muitas vezes se mostra falho por existir um falso agravamento do caso, seja pelo solicitante da vaga (serviço de origem), seja pelo próprio sistema regulador, como meio de forçar o hospital ao recebimento do paciente. As autoras transcrevem os depoimentos prestados por profissionais que atendem em Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) em que apontam claramente esse fato, como se observa do relato a seguir: "Eu já recebi uma Vaga Zero 'paciente entubado, choque anafilático, de picada de abelha', aí falei com todo mundo: 'prepara a sala vermelha'. Aí o paciente chega andando, falando 'porque a médica achou que ia ter que entubar'. (UPA M8)".

[22] O Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio das Resoluções CFM nº 2007/2014 e 2110/2014 estabelece que a vaga zero deve ser utilizada como situação de exceção, e, não, rotina dentro dos serviços de urgência.

[23] Tofani *et al.* (2023, p. 2) afirmam que a regulação é um conceito polissêmico, e, na saúde, deve ser entendido como a "capacidade de intervenção nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientado sua execução por meio de ações técnicas e/ou políticas."

Cecílio *et al.* (2014, p. 1509) apontam, por outro lado, a existência do que denomina de regulação paralela, citando: a) regulação clientelística, que é a aceitação e atendimento de pacientes, pelo hospital, para atender solicitação de políticos; b) regulação profissional, que é a aceitação e atendimento de pacientes, pelo hospital, para atender pedidos de outros profissionais de saúde, em razão de vínculo de amizade; c) regulação leiga, através da qual o próprio paciente busca mecanismos para furar filas do sistema. Sobre a regulação leiga, Tofani *et al.* (2023) citam exemplos de pacientes que pagam a realização de exames com recursos próprios para acelerar o atendimento, existindo assim um misto de atendimento público e privado. Os autores também citam que a regulação leita gera a "produção de iniquidades ou favorecimentos para determinados grupos de usuários" (Tofani *et al.*, 2023, p. 11), como é o caso de atendimentos que são "urgenciados" nas portas dos hospitais.

A falha no processo de regulação pode existir tanto em relação à Administração Pública quanto ao hospital e o DB pode desempenhar importante papel. Esse comitê, pelo seu caráter técnico, possui condições de identificar o efetivo limite da capacidade técnico-operacional do hospital e identificar distorções na transferência de pacientes por meio da regulação assistencial, municiando o gestor local do SUS de elementos que lhes permita sua correção[24]. Também pode contribuir para a redução das regulações paralelas, com maior disponibilidade de leitos no sistema, ao identificar os casos de fluxo irregular.

5 Conclusões

Os hospitais privados representam importante prestadores de serviços ao SUS, pois sua participação na assistência gera dependência do sistema, que não tem condições de absorver essa demanda em caso de extinção dos contratos administrativos firmados com os hospitais privados. Problemas ligados à falta do equilíbrio econômico-financeiro, ausência de integral pagamento pelos serviços prestados em razão do teto financeiro, aplicação equivocada das metas qualiquantitativas e falha na regulação assistencial agravada pela excessiva utilização do regime de vaga zero são causas de conflitos crônicos, que geram o endividamento dos hospitais, especialmente os sem fins lucrativos.

O *Dispute Board* é mecanismo extrajudicial de resolução de conflitos, amplamente utilizado na construção civil, cuja eficácia é comprovada internacionalmente.

Os hospitais privados são estruturas complexas, que celebram com a Administração Pública contratos administrativos para prestação de serviços, igualmente complexos e de longa duração, sendo importante a existência de mecanismo consensual de resolução dos conflitos, como meio de manter o bom relacionamento entre as partes e assegurar a adequada execução dos contratos administrativos.

O *Dispute Board* pode ser aplicável aos contratos administrativos celebrados pelos hospi-

[24] Entre essas distorções cita-se o caso de municípios menores que não cumprem com sua obrigação de manter profissionais médicos nas especialidades básicas (clínica médica, pediatria e obstetrícia) e, por isso, muitas vezes utilizam do expediente de falso agravamento do paciente para transferi-lo para hospitais situados em municípios-polo. Entre essas distorções cita-se o caso de municípios menores que não cumprem com sua obrigação de manter profissionais médicos nas especialidades básicas (clínica médica, pediatria e obstetrícia) e, por isso, muitas vezes utilizam do expediente de falso agravamento do paciente para transferi-lo para hospitais situados em municípios-polo.

tais privados no âmbito do SUS, com possibilidade de se alcançar a mesma eficácia já constatada na construção civil, inclusive na resolução dos conflitos crônicos, o que se dará através da designação de um comitê composto por profissionais imparciais e independentes, de elevada capacidade técnica, que por meio de assistência informal, recomendação ou decisão vinculativa, resolverá os conflitos surgidos durante a execução do contrato.

Referências

ARAGÃO, A. S. A consensualidade no Direito Administrativo: acordos regulatórios e contratos administrativos. **Revista de Informação Legislativa:** RIL, v. 42, n. 167, p. 293-309, jul/set 2005. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/42/167/ril_v42_n167_p293.pdf. Acesso em: 03 jul. 2024.

BINENBOJM, G. A consensualidade administrativa como técnica juridicamente adequada de gestão eficiente de interesses sociais. **Revista Eletrônica da PGE RJ**, v. 3, n.3, 2021. Disponível em: https://revistaeletronica.pge.rj.gov.br/index.php/pge/article/view/190. Acesso em: 03 jul. 2024.

BITTAR, O. J. N. V. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista em Saúde Pública**, 30(1): 53-60, 1996. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZPtLC4k4t7HBznLYnngt8Dk/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 08 jul. 2024.

BORGES NETO, B. A. A missão da Comissão de Acompanhamento do Processo de Contratualização: dificuldades, perspectivas e propostas. Representante da SES/SP. Exposição ocorrida dia 09/12/2008, vespertino, p. 45-58. Exposição ocorrida dia 09/12/2008, vespertino, p. 45-58. *In*: ANÁLISE DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO E FILANTRÓPICOS NO SUS: dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília, 08 e 09 dez. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_contratualizacao_hospitais_ensino_filantropicos.pdf. Acesso em: 18 jun 2024.

BRASIL. Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 08 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em: 08 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.883, de 08 de junho de 1994. Altera dispositivos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8883.htm. Acesso em: 08 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previstos no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8987cons.htm. Aces-

so em 08 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm. Acesso em: 08 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.448, de 5 de junho de 2017. Estabelece diretrizes gerais para prorrogação e relicitação dos contratos de parceria definidos nos termos da Lei nº 13.334, de 13/09/2016, nos setores rodoviários, ferroviários e aeroportuários da administração pública federal e altera a Lei nº 10.233, de 05/06/2001, e a Lei nº 8.987, de 13/02/1995. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13448.htm. Acesso em: 08 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 08 jul. 2024.

BRASIL. São Paulo. Município de São Paulo. Lei Municipal nº 16.873, de 22 de fevereiro de 2018. Reconhece e regulamenta a instalação de Comitês de Prevenção e Solução de Disputas em contratos administrativos continuados celebrados pela Prefeitura de São Paulo. Disponível em: https://app-plpconsulta-prd.azurewebsites.net/Forms/MostrarArquivo?TIPO=Lei&NUMERO=16873&ANO=2018&DOCUMENTO=Atualizado. Acesso em: 08 jul. 2024.

BRASIL. São Paulo. Resolução SS nº 198, de 29 de dezembro de 2023. Disciplina a aplicação da Tabela SUS Paulista aos estabelecimentos de saúde, com ou sem fins lucrativos, que participam do Sistema Único de Saúde, de forma complementar para assistência à saúde aos usuários do SUS/SP. Disponível em: https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2023/12/RESOLUCAO-TABELA-SUS-PAULISTA.pdf. Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Com recursos da Saúde, setor filantrópico representa quase metade de procedimentos realizados no SUS. Notícia veiculada em 02 ago. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados. Informações sobre o Projeto e Lei Complementar enviado ao Congresso Nacional pelo Governo Federal. Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0862_M.pdf. Acesso em: 13 jun. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina, Resolução nº 1.451/1995, publicada no DOU de 17/03/1995, Seção I, p. 3666. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf. Acesso em: 06 jun. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Agravo de Instrumento 5023875-27.2021.4.04.0000, 4ª Turma, Relator Des. Luis Alberto D´Azevedo Aurvalle. Disponível em: https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=principal&. Acesso 20 jun. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Agravo de Instrumento 5012862-63.2023.4.04.0000, 12ª Turma, Relatora Des. Gisele Lemke. Disponível em: https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=principal&. Acesso em: 20 jun. 2024.

CABANILLAS, R. F. El cambio físico y químico en la Ley de Contrataciones del Estado: la fórmula ganhadora es el Arbitraje y la Junta de Resolución de Disputas. **Foro Juridico (Lima)**, n. 18, 2020, p. 33-51. Disponível em: https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/forojuridico/article/view/23400. Acesso em: 10 maio 2024.

CECÍLIO, L. C. O. *et al*. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(7):1502-1514, jul 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913. Acesso em: 08 jul. 2024.

CHAPMAN, P. H. J. Dispute Boards. [*S.l.*]: [*S.n.*], 1999. Disponível em: https://www.fidic.org/sites/default/files/25%20Dispute%20Boards.pdf. Acesso em: 02 jun. 2024.

CHARRETT, D. Dispute Boards and construction contracts: dispute resolution board of Australia, 2009. Disponível em: https://fidic.org/sites/default/files/3%20charrett09_dispute_boards.pdf. Acesso em: 08 jul. 2024.

CHERN, C. Chern on Dispute Boards: practice and procedure. 3. ed. Nova Iorque: Informa Law from Routledge, 2015.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Federação Brasileira De Hospitais (Fbh). Cenário dos Hospitais no Brasil 2021-2022. Disponível em: https://indd.adobe.com/view/publication/da2a8973-0675-4109-9aba-dc367df1f720/klgs/publication-web-resources/pdf/Cena%CC%81rio_dos_Hospitais_no_Brasil_2023.pdf. Acesso em: 10 maio 2024.

CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL (CMB). Disponível em: https://www.cmb.org.br/cmb/quem-somos/. Acesso em: 08 jun. 2024.

CUSTÓDIO, A. Corte no valor pago por marca-passos dificulta realização de cirurgias cardíacas pelo SUS. Notícia veiculada em 09 set. 2022. *In*: GZH Saúde. Disponível em: https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2022/09/corte-no-valor-pago-por-marca-passos-dificulta-realizacao-de-cirurgias-cardiacas-pelo-sus-cl7uyxgag00aa0163t1s4n0ke.html. Acesso em: 08 jun. 2024.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo.** 35. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2022.

DOMINGUES, I. G. A. **Comitês de Resolução de Disputas (Dispute Boards) nos contratos da administração pública.** São Paulo: Almedina, 2022, p. 31

ESPANHOL, R. J; COSTA, P. A.; DALBIANCO, N. O Dispute Adjudication Board em contratos administrativos: o caso do Município de São Paulo. **Revista de Direito Público da Procu-**

radoria-Geral do Município de Londrina, v. 12, n. 2, 2023. Disponível em: https://www.academia.edu/114355491/O_dispute_adjudication_board_em_contratos_administrativos_o_caso_do_munic%C3%ADpio_de_S%C3%A3o_Paulo. Acesso em: 15 jun. 2024.

FRAZÃO, G. **Com recursos da Saúde, setor filantrópico representa quase metade de procedimentos realizados no SUS**. Ministério da Saúde, publicado em 02 ago. 2021. Atualizado em 01 nov. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/agosto/com-recursos-da-saude-setor-filantropico-representa-quase-metade-de-procedimentos-realizados-no-sus. Acesso em: 15 maio 2024.

KONDER, M.; O´DWYER, G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. **Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 29(2), 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290203. Acesso em: 08 jul. 2024.

MANSO, A. M.; SILVA, S. O. M. Desafios para a adoção do Dispute Board por empresas públicas e sociedade de economia mista. *In:* FIGUEIREDO, A. B.; SALLA, R. M (coord.). **Manual de Dispute Board:** teoria, prática e provocações. São Paulo: Quartier Latin, 2021.

MANSUR, N. S. *et al*. Financiamento público versus faturamento privado em um hospital público sob gestão de uma Organização Social de Saúde. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, 2021, 48:e20202840. DOI: https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202840. Acesso em: 17 jun. 2024.

MELO, M. V.; CARNUT, L.; MENDES, Á. Relação entre cumprimento de metas dos contratos de gestão e qualidade da atenção à saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**. 2021, v. 45, n. 131, pp. 1140-1164. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113115. Acesso: 21 jun. 2024.

MELLO, F. V. **Dispute Boards:** meio de prevenção e resolução de disputas. São Paulo: Quartier Latin, 2023.

MENDES, Á. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, 22(4), 987-893. 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400002. Acesso em: 12 jun. 2024

MONAGHAN, G. P. Dispute Avoidance: is it realistic? *In*: CIARB IRELAND BRANCH ANNUAL CONFERENCE. MARCH 2024. Disponível em: https://www.disputeboard.org/wp-content/uploads/2024/06/Paper-Dispute-avoidance-is-it-realistic-Gerard-Monaghan-CIArb-Annual-Conference-Dublin-March-2024.pdf. Acesso em: 15 jun. 2024.

NASCIMENTO, D. M. M. Mediação de conflitos na atualidade: mudando paradigmas na saúde. *In:* CADERNO IBERO-AMERICANO DE DIREITO SANITÁRIO. Brasília: dez. 2017. v. 6, suplemento parte 2. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1110. Acesso 27 jun. 2023.

NEGRI FILHO, A.; BARBOSA, Z. O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde. Elementos para pensar uma agenda estratégica para o SUS. **Consensus**, 2º trimestre de 2014. Disponível em: https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consen-

sus_11.pdf. Acesso em: 20 jun. 2024.

PASCUCCI, L.; MEYER JUNIOR, V. Estratégia em Contextos Complexos e Ploralísticos. **Revista de Administração Contemporânea (RAC)**, v. 17, n. 5, set./out. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rac/a/SZppvZq6Bjs9mwDqbPDskqn/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 04 jun. 2024.

RIBEIRO, A. P. B.; RODRIGUES, I. C. M. Os Dispute Boards no Direito Brasileiro. **Revista de Direito Mackenzie**, v. 9, n.2, 2015, p. 129-159. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-Dir-Mackenzie_v.09_n.02.08.pdf. Acesso em: 14 jun. 2024.

SANTOS FILHO, A.; DOURADO, P.; LIMA, A. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Gerência de Informações Estratégicas em Saúde. **O conceito de "vaga zero" na rede de atenção às urgências e emergências do SUS**. 2020. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140814/vaga-zero.pdf. Acesso em: 08 jul. 2024.

SANTOS, M. W. B. Equilíbrio econômico-financeiro nos contratos administrativos. **Boletim de Licitações e Contrato**, mar. 2004. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5339414/mod_resource/content/1/Texto%2003%20Equil%C3%ADbrio%20contrato%20Marcia%20Santos.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

SARLET, I. W. **A eficácia dos Direitos Fundamentais:** uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SILVA, É. B. **Conciliação Judicial.** Brasília: Gazeta Jurídica, 2013.

SILVA, L. T.; PESSOA, J. P. Os Dispute Adjudication Boards ("DAB") em contratos públicos e privados e o problema das decisões judiciais liminares. *In:* FIGUEIREDO, A. B.; SALLA, R. M(-coord.). **Manual de Dispute Board:** teoria, prática e provocações. São Paulo: Quartier Latin, 2021.

SILVA NETO, A. B. F. Os dispute boards no Brasil: evolução histórica, a prática e perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Alternative Dispute Resolution – RBADR**. Ano 01, n. 02, p. 69-95. Belo Horizonte, jul./dez 2019. Disponível em: https://rbadr.emnuvens.com.br/rbadr/article/view/44/27. Acesso em: 10 Abr. 2024.

SILVA NETO, A. B. F.; SALLA, R. M. Conceituação dos Dispute Boards. *In:* MANUAL DE DISPUTE BOARDS. TEORIA, PRÁTICA E PROVOCAÇÕES. São Paulo: Quartier Latin, 2021.

SKITNEVSKY, K. H. **Dispute Boards:** meios de prevenção de controvérsias. Belo Horizonte: Arraes, 2016.

SPENCER, D. **Principles of dispute resolution**. 2. ed. Australia: Thomson Reuters, 2016.

SOUSA, A. L. P. Dispute Boards. **Revista Brasileira de Alternative Dispute Resolution (RBADR)**, Belo Horizonte, ano 02, n. 03, jan./jun. 2020, p. 71-156.

TARTUCE, F. **Mediação nos conflitos civis**. 6. ed. São Paulo: Método, 2021.

TOFANI, L. F. N. *et al*. Dimensões e regimes da regulação na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: um jogo de disputas entre o interesse público e o privado. **Cadernos de Saúde Pública.** 2023, 39(1). DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT161222. Acesso em: 08 jul. 2024.

WALD, A. Dispute Resolution Boards: evolução recente. **Revista de Arbitragem e Mediação**, São Paulo, v. 30, jul. 2011.

WANDERLEY, K. L. A missão da comissão de acompanhamento do processo de contratualização: dificuldades, perspectivas e propostas. Representante da coordenação-geral de atenção hospitalar/DAE/SAS/MS. Exposição ocorrida dia 09 dez. 2008, vespertino, pp. 45-58. *In:* ANÁLISE DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO E FILANTRÓPICOS NO SUS: Dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília, 08 e 09 dez. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_contratualizacao_hospitais_ensino_filantropicos.pdf. Acesso em: 18 jun. 2024.