www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/fpwvw256

Organização jurídica e orçamentária do SUS e efetividade do direito à saúde: financiamento, responsabilidade federativa e os reflexos do Tema 1234 do STF

Legal and budgetary organization of the Brazilian Unified Health System (SUS) and the effectiveness of the right to health: financing, federative responsibility, and the implications of Brazilian Supreme Court Theme 1234.

Raphael Roberto da Silva Graciano

Cláudio Vilela Rodrigues (Orientador)

Resumo

Este artigo investiga se o arcabouço jurídico e orçamentário que organiza e financia o Sistema Único de Saúde (SUS) é suficiente para que os hospitais públicos funcionem adequadamente e o direito fundamental à saúde seja efetivo. Para isso, percorre a constitucionalização do direito à saúde, a estrutura jurídica do SUS, as regras de financiamento e a divisão de responsabilidades entre União, estados e municípios, além da precarização da rede hospitalar, do mínimo existencial, da reserva do possível e do controle judicial de políticas públicas, com atenção aos Temas 6, 500, 793 e 1234 da repercussão geral do Supremo Tribunal Federal. A pesquisa é qualitativa, de método dedutivo, e se apoia em fontes bibliográficas e documentais. Conclui-se que o ordenamento oferece instrumentos normativos robustos e que o Tema 1234 dá mais racionalidade à definição de competência e de custeio nas demandas por medicamentos não incorporados. Mas a efetividade do direito depende, em última instância, de financiamento estável, gestão qualificada e coordenação federativa, e sobre esses pontos a decisão judicial, isoladamente, pouco pode.

Palavras-chave: Direito à saúde. Sistema Único de Saúde. Financiamento. Federalismo cooperativo. Tema 1234. Judicialização.

Abstract

This article examines to what extent the legal and budgetary framework governing the organization and financing of Brazil's Unified Health System (SUS) is sufficient to

ensure the proper functioning of public hospitals and the effectiveness of the fundamental right to health. It analyzes the constitutional status of the right to health, the legal structure of the SUS, financing rules, the allocation of responsibilities among the Union, states and municipalities, the deterioration of the hospital network, the existential minimum, the reserve of the possible, and judicial review of public policies, with emphasis on Topics 6, 500, 793 and 1234 of the Brazilian Supreme Federal Court's general repercussion system. The research is qualitative, deductive, and based on bibliographic and documentary sources. It concludes that the legal system provides robust normative instruments and that Topic 1234 rationalizes jurisdiction and funding in lawsuits for non-incorporated medicines, but that the effectiveness of the right ultimately depends on stable financing, qualified management and federative coordination, areas in which judicial decisions alone have limited reach.

Keywords: Right to health. Unified Health System. Public financing. Cooperative federalism. Topic 1234. Judicialization.

1 Introdução

A Constituição Federal de 1988 representou um marco na proteção jurídica do direito à saúde no Brasil, elevando-o à condição de direito fundamental social, nos termos do art. 6º, e estabelecendo, no art. 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". A partir desse fundamento constitucional, os arts. 196 a 200 estruturaram o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade e da igualdade no acesso.

Essa proteção constitucional foi posteriormente regulamentada por legislação infraconstitucional destinada a operacionalizar o sistema, com destaque para a Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições de organização e funcionamento dos serviços de saúde, a Lei nº 8.142/1990, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS, e a Lei Complementar nº 141/2012, que fixa os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Constitui-se, assim, um arcabouço normativo denso, que confere ao direito à saúde um grau elevado de proteção formal.

No plano jurisprudencial, o Supremo Tribunal Federal (STF) foi desenhando aos poucos a divisão de responsabilidades entre os entes federativos. No Tema 793, reconheceu que União, estados e municípios respondem solidariamente pelas demandas prestacionais em saúde. Mais recentemente, no Tema 1234 (RE 1.366.243/SC), homologou um acordo interfederativo que definiu critérios de competência e de custeio para as ações sobre medicamentos não incorporados ao SUS e atribuiu à União o custeio das demandas de maior custo. A decisão mostra que o desenho jurídico-orçamentário do sistema não é obra apenas do legislador e do administrador: também passa pelas mãos do Judiciário.

Não obstante essa ampla base jurídica, a realidade estrutural dos hospitais públicos brasileiros revela um cenário recorrentemente marcado por deficiências físicas, insuficiência de recursos humanos, escassez de insumos e equipamentos e problemas de gestão administrativa e orçamentária. Tal constatação evidencia um descompasso entre a garantia normativa do direito à saúde e sua concretização material, o que impõe a necessidade de investigar, sob uma perspectiva jurídica, as razões dessa distância entre o dever constitucional estabelecido e a prestação efetiva do serviço público de saúde.

Diante desse cenário, o presente trabalho tem como problema de pesquisa a seguinte indagação: em que medida o arcabouço jurídico e orçamentário de organização e financiamento do SUS, incluindo a repartição de responsabilidades fixada pelo STF no Tema 1234, é suficiente para garantir condições adequadas de funcionamento dos hospitais públicos e a efetividade do direito fundamental à saúde?

Parte-se da hipótese de que o ordenamento brasileiro dispõe de instrumentos normativos importantes para assegurar o direito à saúde e atribuir responsabilidades aos entes federativos, mas que previsão constitucional e legal, por si sós, não garantem uma rede hospitalar pública bem estruturada. A efetividade do direito depende também de como os recursos públicos são destinados, geridos e executados, e de uma atuação coordenada entre os níveis da federação. Supõe-se, ainda, que a uniformização de competência e de custeio promovida pelo Tema 1234 dá mais previsibilidade ao financiamento e racionaliza a judicialização, sem

enfrentar, porém, os problemas estruturais de gestão e de subfinanciamento que comprometem a rede hospitalar.

O objetivo geral deste trabalho é analisar se o atual arcabouço jurídico brasileiro, especialmente as normas constitucionais e infraconstitucionais relativas ao SUS e ao seu financiamento, é capaz de assegurar condições adequadas de funcionamento aos hospitais públicos e, consequentemente, a efetividade do direito fundamental à saúde. Para tanto, estabelecem-se como objetivos específicos: analisar a constitucionalização do direito à saúde; examinar a estrutura jurídica do SUS; estudar as normas relativas ao financiamento da saúde pública; analisar a responsabilidade dos entes federativos; identificar fatores jurídicos e orçamentários relacionados à precarização hospitalar; discutir a reserva do possível e o mínimo existencial; analisar os limites da atuação estatal e do controle judicial das políticas públicas de saúde, em especial à luz do Tema 1234 do STF e seus reflexos na repartição de competências e no custeio das ações de saúde; e verificar se o ordenamento jurídico dispõe de mecanismos suficientes para garantir a efetividade do direito à saúde.

Para o desenvolvimento da pesquisa, adota-se abordagem qualitativa e método dedutivo, mediante pesquisa bibliográfica e documental. Serão analisados dispositivos da Constituição Federal de 1988, legislação infraconstitucional relacionada ao Sistema Único de Saúde, normas referentes ao financiamento da saúde pública, doutrina jurídica e jurisprudência, especialmente a do STF, com destaque para os Temas 6, 500, 698, 793 e 1234 de repercussão geral. Busca-se, com isso, confrontar o conteúdo normativo do direito fundamental à saúde com os mecanismos jurídicos destinados à organização, ao financiamento e à prestação dos serviços hospitalares públicos.

As fontes foram escolhidas por três razões. A primeira é a pertinência temática: deu-se prioridade a normas e decisões sobre organização, financiamento e responsabilidade federativa no SUS. A segunda é a relevância e a força vinculante, o que explica a escolha dos Temas 6, 500, 698, 793 e 1234 da repercussão geral, que produzem efeitos vinculantes e tratam de competência, custeio e limites da intervenção judicial. A terceira é a atualidade. Usam-se textos normativos vigentes e notas técnicas oficiais sobre o financiamento. A doutrina vem de autores de

referência em direitos fundamentais sociais, eficácia e controle judicial de políticas públicas, e a análise confronta, em três planos (normativo, financeiro-orçamentário e institucional), aquilo que o ordenamento prevê com o que se sabe da realidade hospitalar. Considera-se o arcabouço suficiente quando ele cria os instrumentos necessários à realização do direito. Considera-se insuficiente quando esses instrumentos, por sua instabilidade, sua execução ou sua falta de coordenação, não conseguem assegurar o funcionamento da rede.

Convém explicar o papel do Tema 1234 neste trabalho. Como ele trata do fornecimento judicial de medicamentos, e não da infraestrutura hospitalar, não é tratado aqui como solução direta para a precarização dos hospitais. Serve como caso exemplar de redistribuição judicial de competências e de custeio entre os entes federativos.

O trabalho tem sete seções de desenvolvimento, além desta introdução e das considerações finais. A segunda seção trata do direito fundamental à saúde no ordenamento brasileiro; a terceira, da estrutura jurídica do SUS e da responsabilidade dos entes federativos; a quarta, do financiamento da saúde pública e da manutenção da rede hospitalar; a quinta, da precarização dos hospitais públicos diante da efetividade do direito à saúde; a sexta, dos limites jurídicos da atuação estatal, à luz do mínimo existencial e da reserva do possível; e a sétima, do controle judicial das políticas de saúde, com análise do Tema 1234. A oitava seção volta ao problema de pesquisa e confronta a suficiência do arcabouço jurídico com os desafios estruturais que persistem na rede hospitalar pública.

2 O direito fundamental à saúde no ordenamento jurídico brasileiro

2.1 A constitucionalização do direito à saúde

Antes de 1988, a assistência à saúde no Brasil estava, em boa medida, ligada à lógica previdenciária: tinham acesso aos serviços públicos sobretudo os trabalhadores formais e seus dependentes, enquanto os demais contavam com ações pontuais de saúde pública e com a filantropia. A Reforma Sanitária ganhou força na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e defendeu a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Essas propostas chegaram ao texto

constitucional. A Constituição passou a tratar a saúde como parte da seguridade social (art. 194) e como direito social (art. 6º), rompeu com o modelo contributivo e criou um sistema de acesso universal.

O art. 196 reúne os elementos essenciais do direito: titularidade universal (“direito de todos”), sujeito passivo (“dever do Estado”), meio de realização (“políticas sociais e econômicas”) e uma finalidade dupla, preventiva (reduzir o risco de doença) e prestacional (garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços). Esse desenho mostra que o direito à saúde não se limita ao tratamento da doença. Ele abrange a prevenção, a promoção e, sobretudo, a organização do sistema que torna as prestações possíveis, e é nessa dimensão organizatória que se situa o objeto deste artigo.

2.2 Dimensões e eficácia do direito à saúde

Para Sarlet (2015), os direitos fundamentais têm uma dimensão subjetiva, que inclui posições defensivas (o dever de não lesar a saúde) e prestacionais (o direito a ações e serviços), e uma dimensão objetiva, da qual decorrem deveres de proteção e de organização e procedimento. O direito à saúde, nessa leitura, obriga o Estado a criar e manter estruturas institucionais, financeiras e administrativas capazes de realizá-lo, e não só a entregar prestações individuais.

A aplicabilidade imediata das normas que definem direitos fundamentais (art. 5º, § 1º) e a discussão sobre incluir os direitos sociais entre as cláusulas pétreas (art. 60, § 4º, IV) reforçam essa leitura, embora o tema não seja pacífico. A doutrina clássica sobre a eficácia das normas constitucionais (SILVA, 2002) tendia a enquadrar dispositivos como o art. 196 entre as normas programáticas, de eficácia limitada. Essa compreensão foi sendo superada. Para Barcellos (2002), mesmo as normas de conteúdo programático produzem efeitos jurídicos exigíveis, sobretudo em seu núcleo essencial. E o STF, no RE 271.286 AgR/RS, relatado pelo Ministro Celso de Mello, afirmou que o direito à saúde não pode converter-se em “promessa constitucional inconsequente”, reconhecendo-o como direito subjetivo público, exigível do Estado.

2.3 A dimensão internacional

O Brasil é parte do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (promulgado pelo Decreto nº 591/1992), cujo art. 12 reconhece o direito de toda pessoa ao desfrute do mais elevado nível possível de saúde física e mental. É parte, ainda, do Protocolo de São Salvador (promulgado pelo Decreto nº 3.321/1999), cujo art. 10 trata do direito à saúde. O Comentário Geral nº 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU lembra que a realização progressiva do direito exige medidas concretas e o uso máximo dos recursos disponíveis (art. 2º, § 1º, do Pacto), o que conversa diretamente com a questão do financiamento, tratada adiante (COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS, 2000).

2.4 Vigência, eficácia e efetividade

Distinguir vigência, eficácia jurídica e efetividade (ou eficácia social) é essencial para o problema de pesquisa. Barroso (2007) observa que o direito à saúde no Brasil passou da falta de efetividade para a judicialização excessiva, o que mostra que ter norma e ter ação judicial não equivale a realizar o direito na prática. Neste artigo, efetividade é a capacidade da norma de produzir, no mundo dos fatos, os resultados que o direito projeta. No caso dos hospitais públicos, isso significa ter leitos, equipes, insumos, equipamentos e gestão em condições de atender, de modo universal e integral, a população que depende deles.

3 A estrutura jurídica do SUS e a responsabilidade dos entes federativos

3.1 O arcabouço normativo do SUS

Segundo o art. 198 da Constituição, as ações e serviços públicos de saúde formam uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado conforme as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e participação da comunidade. O art. 200 lista as atribuições do sistema, e o art. 197 declara a relevância pública das ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público regulamentá-los, fiscalizá-los e controlá-los.

A Lei nº 8.080/1990 detalha esses comandos: fixa os princípios e as diretrizes do sistema, distribui competências entre as esferas de governo e disciplina a organização, a direção e a gestão do SUS. A Lei nº 8.142/1990 cria as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias de participação social e regula as transferências intergovernamentais de recursos, que dependem da existência de fundo, conselho e plano de saúde, de relatórios de gestão e de contrapartida de recursos, entre outros requisitos. Completam o quadro o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e organiza o sistema em Regiões de Saúde; a Lei nº 12.401/2011, que trata da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologias em saúde no SUS, com participação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec); e a Lei nº 12.466/2011, que reconheceu as comissões intergestores bipartite e tripartite como foros de negociação e pactuação entre gestores.

3.2 Federalismo cooperativo e repartição de atribuições

A organização do SUS parte do federalismo cooperativo adotado em 1988. A Constituição prevê competência administrativa comum de União, estados, Distrito Federal e municípios para cuidar da saúde (art. 23, II), competência legislativa concorrente para proteger e defender a saúde (art. 24, XII) e atribui aos municípios a prestação de serviços de atendimento à saúde da população, com cooperação técnica e financeira da União e do estado (art. 30, VII). A Lei nº 8.080/1990 divide as funções, em linhas gerais, assim: à União cabem a formulação e a coordenação da política nacional, o apoio financeiro e técnico e a regulação do sistema; aos estados, a coordenação da rede regional, o apoio aos municípios e a gestão de serviços de referência; aos municípios, a execução da maior parte dos serviços, em especial a atenção básica e parte da média complexidade.

Essa arquitetura combina descentralização e interdependência. Nenhum ente se basta: os municípios dependem de transferências e da referência regional para a alta complexidade; os estados dependem da pactuação com os municípios e dos recursos federais; e a União depende da execução local para que a política nacional chegue ao cidadão. A efetividade do sistema, portanto, está ligada diretamente à qualidade da coordenação federativa, e não só à quantidade de recursos.

3.3 A rede hospitalar e as formas de gestão

A rede hospitalar do SUS não se resume a estabelecimentos públicos de administração direta. O art. 199, § 1º, da Constituição autoriza a participação complementar de instituições privadas, por contrato de direito público ou convênio, com preferência para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Há ainda os hospitais geridos por organizações sociais (Lei nº 9.637/1998), modelo validado pelo STF, com interpretação conforme à Constituição, na ADI 1.923/DF, e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Lei nº 12.550/2011), voltada à gestão dos hospitais universitários federais. Essa diversidade de modelos amplia as possibilidades de organização, mas torna mais complexos o controle e a responsabilização, ponto que será retomado na análise da precarização hospitalar.

3.4 Da repartição normativa à solidariedade judicial

Há, portanto, uma repartição normativa de atribuições entre os entes. Na prática judicial, porém, prevaleceu o entendimento de que eles respondem solidariamente pelas prestações em saúde, e o cidadão pode demandar qualquer um deles. Essa solidariedade garante acesso à tutela jurisdicional. Em contrapartida, atrapalha o planejamento e a alocação orçamentária, já que o ente condenado nem sempre é aquele a quem a lei atribuiu o serviço. O Tema 793 e, depois, o Tema 1234 do STF, analisados na seção 7, tentam conciliar a solidariedade com a divisão de competências e com o equilíbrio financeiro do sistema.

4 O financiamento da saúde pública e a manutenção da rede hospitalar

4.1 Fontes de recursos e mecanismos de repasse

O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, conforme o art. 195, e com recursos de União, estados, Distrito Federal e municípios, conforme o art. 198, § 1º. Os recursos federais são repassados, em regra, de forma regular e automática, fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais. É o que prevê a Lei nº 8.142/1990. O rateio segue os critérios da Lei Complementar nº 141/2012 (art. 17), que levam em conta, entre outros fatores, as

necessidades de saúde, a dimensão demográfica e a capacidade de oferta. Boa parte do custeio hospitalar de média e alta complexidade chega por meio do limite financeiro federal da média e alta complexidade (Teto MAC). Ele remunera os serviços produzidos pela rede pública, conveniada e filantrópica.

4.2 A trajetória do piso federal: da EC 29/2000 à LC 200/2023

A vinculação de receitas à saúde foi introduzida pela Emenda Constitucional nº 29/2000, que, por meio do art. 77 do ADCT, fixou percentuais mínimos de aplicação para estados e municípios (hoje 12% e 15%, respectivamente, conforme os arts. 6º e 7º da Lei Complementar nº 141/2012) e, para a União, a aplicação do valor do ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Como esse último critério desvinculava o piso federal da arrecadação, parte da literatura sanitarista o criticou por transformar o mínimo em teto efetivo (PIOLA et al., 2013).

A Emenda Constitucional nº 86/2015 mudou a regra e vinculou o piso federal à receita corrente líquida (RCL), em percentual escalonado de 13,2%, em 2016, até 15%, em 2020. A regra durou pouco. A Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o chamado Novo Regime Fiscal, fixou o piso federal da saúde em 15% da RCL de 2017, corrigido apenas pela inflação (IPCA) por vinte anos. Estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada já previam que o congelamento reduziria a participação da saúde na receita federal. Também pressionaria o sistema, diante do crescimento e do envelhecimento da população (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Levantamentos da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde, noticiados em análise sobre os dez anos do teto de gastos, indicaram que as aplicações federais, que equivaliam a 15,77% da RCL em 2017, recuaram para 13,54% em 2019 (CONSULTOR JURÍDICO, 2026).

A Emenda Constitucional nº 126/2022 previu a revogação do regime de teto e condicionou-a à edição de lei complementar que instituísse um novo regime fiscal. Com a Lei Complementar nº 200/2023, que criou o regime fiscal sustentável (arcabouço fiscal), a revogação se consumou: o instrumento foi a emenda constitucional, e a lei complementar foi o marco que a tornou efetiva. Com isso, o piso federal da saúde voltou a ser regido pelo art. 198, § 2º, I, da Constituição. São 15% da RCL do respectivo exercício (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2023; 2024).

Ainda há controvérsia sobre a forma de cálculo, em especial sobre a base da RCL e sobre a inclusão, no cômputo do piso, de despesas e fontes de natureza diversa. O Conselho Nacional de Saúde defende que o percentual incida sobre a RCL efetivamente arrecadada, sem deduções. Essa instabilidade na regra de cálculo já é, por si, um dado jurídico relevante: gestores hospitalares e entes subnacionais precisam de previsibilidade para planejar custeio, contratação e investimento.

4.3 Aplicação mínima, conceito de ASPS e execução orçamentária

A Lei Complementar nº 141/2012 define quais despesas podem ser contadas como ações e serviços públicos de saúde (ASPS): as destinadas ao acesso universal, igualitário e gratuito, em conformidade com os objetivos e as metas dos planos de saúde de cada ente e de responsabilidade específica do setor da saúde (art. 2º), e os arts. 3º e 4º listam, respectivamente, as despesas que podem e as que não podem ser computadas como tal. Essa delimitação impede que gastos de outras áreas, como saneamento em sentido amplo ou pagamento de inativos, sejam contabilizados para cumprir o piso. Vale lembrar também que, desde a Emenda Constitucional nº 86/2015, metade do montante das emendas parlamentares individuais, de execução obrigatória, deve ir para ASPS (art. 166, § 9º). Isso introduz certa pulverização na alocação de recursos que deveriam seguir o planejamento sanitário.

A mesma lei prevê mecanismos de transparência e controle, como os relatórios quadrimestrais de gestão (art. 36) e a fiscalização pelos Conselhos de Saúde e pelos Tribunais de Contas. São mecanismos essenciais, porque cumprir formalmente o percentual mínimo não garante que o gasto vire serviço efetivamente prestado.

4.4 Do financiamento ao custeio da rede hospitalar

O volume total de recursos é só uma das variáveis do funcionamento hospitalar. Os hospitais dependem de custeio corrente (pessoal, insumos, manutenção), de investimento (obras e equipamentos) e de remuneração pelos serviços prestados. É recorrente, nos estudos e nas manifestações das entidades do setor, a crítica à defasagem da tabela de procedimentos do SUS, que tenderia a pagar abaixo do custo e a pressionar sobretudo os hospitais filantrópicos e os entes subnacionais.

Além disso, o gasto é executado em diferentes esferas, cada uma com regras próprias de contratação, de despesa com pessoal e de prestação de contas. O financiamento da saúde é, assim, um problema ao mesmo tempo de quantidade, de estabilidade e de qualidade do gasto, o que será aprofundado na seção seguinte.

5 A precarização dos hospitais públicos em face da efetividade do direito à saúde

5.1 Manifestações e fatores jurídico-orçamentários

A precarização hospitalar aparece na falta de leitos e de equipamentos, na escassez de insumos, na sobrecarga e na rotatividade das equipes, na superlotação das urgências, nas filas de espera e na manutenção deficiente da estrutura física. O fenômeno tem várias causas, mas é possível identificar fatores jurídicos e orçamentários que o alimentam.

O primeiro é o subfinanciamento, somado à instabilidade das regras de financiamento examinadas na seção anterior: um sistema universal que convive com piso federal congelado por anos e com mudanças sucessivas na fórmula de cálculo tem dificuldade de planejar custeio e investimento de longo prazo. O segundo é a fragmentação federativa. Boa parte dos municípios não tem escala para sustentar serviços de média e alta complexidade, e a regionalização, embora prevista na Constituição e no Decreto nº 7.508/2011, depende da pactuação e da adesão voluntária dos entes, o que a torna desigual. Instrumentos como os consórcios públicos (Lei nº 11.107/2005) e o contrato organizativo da ação pública em saúde existem, mas são usados de forma irregular.

O terceiro fator é a gestão de pessoal. O ingresso por concurso público (art. 37, II, da Constituição) convive com os limites de despesa com pessoal da Lei de Responsabilidade Fiscal (arts. 19 e 20). Segundo uma hipótese frequente no debate sobre gestão pública, esses limites podem induzir vínculos precários, terceirização e rotatividade, com possíveis reflexos na continuidade e na qualidade do atendimento. Trata-se de uma relação causal que precisa ser verificada empiricamente em cada rede. O piso salarial nacional da enfermagem (Lei nº 14.434/2022), objeto da ADI 7222, ilustra o problema: para viabilizá-lo foram necessárias uma emenda

constitucional (EC nº 127/2022) e a assistência financeira complementar da União, o que mostra como decisões sobre custo de pessoal repercutem na sustentabilidade de hospitais públicos e filantrópicos de diferentes entes.

O quarto fator é a execução orçamentária. Contingenciamentos, atrasos de repasse, restos a pagar, obras inacabadas e dificuldades de contratação pública fazem com que a dotação formalmente existente nem sempre vire serviço. Por fim, levanta-se a hipótese de que o controle exercido pelos Tribunais de Contas, pelo Ministério Público e pelos Conselhos de Saúde, historicamente voltado à legalidade formal dos atos, tenha menos capacidade de avaliar resultados. Esse quadro se agrava com a multiplicação de modelos de gestão (administração direta, organizações sociais, entidades filantrópicas, empresa pública) e com a consequente dispersão da responsabilização.

Alguns indicadores ilustram essa hipótese de fragilização da capacidade instalada, embora precisem ser lidos com cautela. Um levantamento do Conselho Federal de Medicina, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apontou o fechamento de mais de 34 mil leitos de internação de uso exclusivo do SUS entre 2010 e 2018, a partir de cerca de 336 mil leitos, enquanto a rede não SUS ampliou a oferta (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Pode-se objetar que a redução de leitos acompanha a tendência de fortalecer a atenção ambulatorial e domiciliar, de modo que o número de leitos, isoladamente, não demonstra precarização. Esse desacordo reforça a necessidade de combinar a oferta de leitos com indicadores de ocupação, tempo de espera, distribuição regional e desempenho, a partir de fontes como o CNES, o DATASUS e o SIOPS, além de relatórios de auditoria dos Tribunais de Contas. Os dados citados são anteriores à pandemia e deveriam ser atualizados em um aprofundamento empírico, o que é uma limitação deste estudo.

5.2 Precarização e inadimplemento do dever constitucional

Quando a estrutura hospitalar falha, o direito individual à prestação perde seu suporte material. A dimensão objetiva do direito à saúde exige que o Estado organize as condições institucionais para realizá-lo, e a doutrina sustenta que a omissão ou a ação estatal manifestamente insuficiente viola a proibição de proteção

deficiente, assim como a proibição de retrocesso, que veda reduzir sem justificativa o grau de efetividade já alcançado (SARLET, 2015). Nessa perspectiva, a precarização persistente não é só um problema de política pública: é indício de descumprimento de um dever constitucional de organização e de financiamento, ainda que identificar o ente e o ato responsáveis seja, muitas vezes, complicado.

6 Limites jurídicos da atuação estatal: mínimo existencial e reserva do possível

6.1 A reserva do possível

A reserva do possível nasceu na jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal alemão, no caso conhecido como numerus clausus (BVerfGE 33, 303, de 1972), em que se afirmou que as pretensões prestacionais estão sujeitas àquilo que o indivíduo pode razoavelmente exigir da coletividade. No Brasil, a ideia foi recebida e, muitas vezes, simplificada, como se significasse apenas falta de recursos. Sarlet e Figueiredo (2008) propõem entendê-la em três dimensões: a disponibilidade fática de recursos, a disponibilidade jurídica (competências, previsão orçamentária e distribuição federativa) e a razoabilidade e proporcionalidade da prestação exigida. Holmes e Sunstein (1999) lembram, de modo mais geral, que todos os direitos têm custos públicos, o que desloca o debate: a questão deixa de ser se há recursos e passa a ser como alocá-los de forma legítima.

Alexy (2011) aborda o tema pela ponderação. Os direitos a prestações em sentido estrito colidem com princípios formais, como a competência orçamentária do legislador, e com outros princípios materiais. Por isso, a reserva do possível funciona como um argumento a ser ponderado, e não como cláusula que exclui o direito.

6.2 O mínimo existencial

O mínimo existencial, por sua vez, é o conjunto de condições materiais indispensáveis a uma existência digna, que escapa da livre disposição do legislador e do administrador. Para Barcellos (2002), esse núcleo inclui, entre outros elementos, a saúde básica, e tem eficácia jurídica positiva, podendo ser exigido judicialmente. Na saúde, a categoria convive com um texto constitucional que não se

limita ao mínimo. O art. 196 assegura acesso universal, igualitário e integral. Por isso, o mínimo existencial funciona como critério de prioridade na alocação de recursos escassos, mais do que como limite máximo do direito (FIGUEIREDO, 2007).

A escassez, porém, impõe escolhas que não são apenas técnicas, mas também morais. Calabresi e Bobbitt (1978) as chamaram de escolhas trágicas: ao financiar um tratamento de alto custo, o sistema deixa de financiar outras ações que poderiam beneficiar mais pessoas. A decisão sobre incorporar tecnologias e sobre os parâmetros para conceder medicamentos judicialmente, tratados adiante, é uma forma institucional de enfrentar essas escolhas.

6.3 A jurisprudência do STF e o ônus da demonstração

Na ADPF 45 MC/DF, em decisão monocrática de 2004, o Ministro Celso de Mello admitiu o controle judicial de políticas públicas quando a omissão estatal comprometer a integridade dos direitos fundamentais e afirmou que a reserva do possível não pode ser invocada para que o Estado se livre de obrigações constitucionais, salvo justo motivo objetivamente aferível. A ação foi julgada prejudicada por perda superveniente do objeto, o que reduz o peso da decisão como precedente, embora sua fundamentação seja amplamente citada. Isso significa que a alegação de insuficiência de recursos deve ser demonstrada, e não presumida. Wang (2008), porém, observa que a jurisprudência do Tribunal nem sempre examina de modo sistemático a escassez efetiva. O potencial analítico da categoria fica, assim, reduzido. Na prática, no debate sobre hospitais públicos, a reserva do possível tende a funcionar mais como argumento retórico do que como parâmetro de decisão. Usá-la com rigor exigiria dados concretos sobre orçamento, execução e custos, que nem sempre estão acessíveis aos órgãos de controle.

7 O controle judicial das políticas públicas de saúde e o Tema 1234 do STF

Esta seção trata do controle judicial como parte do desenho jurídico-institucional que condiciona o financiamento e o funcionamento do SUS, e não como solução direta para a precarização hospitalar. O Tema 1234 é analisado como caso exemplar. Ele

mostra como o Judiciário redistribui competências e custeio entre os entes, com efeitos indiretos sobre os orçamentos que sustentam a rede.

7.1 Da afirmação do direito à judicialização

Desde o fim da década de 1990, o STF consolidou o entendimento de que o direito à saúde pode ser exigido judicialmente. No RE 271.286 AgR/RS (2000), a Segunda Turma garantiu o fornecimento gratuito de medicamentos a pessoas vivendo com HIV, e a partir daí a judicialização cresceu de modo significativo. Em 2009, o Tribunal realizou audiência pública sobre o tema e, no julgamento da STA 175 AgR/CE (2010), o Ministro Gilmar Mendes, então Presidente, sistematizou parâmetros, como a existência de política pública que contemple a prestação, o registro do fármaco na Anvisa e a existência de alternativa terapêutica no SUS.

O fenômeno gerou críticas. Barroso (2007) alertou para os riscos do casuísmo, da desorganização da administração e da concentração de recursos em demandas individuais, em prejuízo das políticas coletivas. Estudos empíricos sugeriram que, em certos contextos, a judicialização pode beneficiar de forma desproporcional quem tem melhor acesso à informação e à assistência jurídica (FERRAZ, 2009; SILVA; TERRAZAS, 2011). Em sentido contrário, sustenta-se que o acesso ao Judiciário é, muitas vezes, a única via que os pacientes têm para obter tratamentos que o sistema deveria oferecer, e que o controle judicial é legítimo para corrigir falhas das políticas públicas (KRELL, 2002). O debate, portanto, não se resume a ser a favor ou contra a judicialização: trata-se de escolher arranjos institucionais para limitá-la e qualificá-la.

7.2 Os Temas 6, 500 e 793

No Tema 6 (RE 566.471/RN), o STF concluiu o julgamento de mérito em 2020, mas só fixou a tese em setembro de 2024, quando definiu parâmetros para a concessão judicial de medicamentos registrados na Anvisa, mas não incorporados às listas do SUS. Entre os requisitos cumulativos estão a prévia negativa administrativa; a ilegalidade do ato de não incorporação pela Conitec (ou a ausência de pedido ou a demora na sua análise); a impossibilidade de substituição por fármaco já incorporado; a comprovação de eficácia, acurácia, efetividade e segurança com base em evidências científicas de alto nível; a imprescindibilidade clínica; e a

incapacidade financeira do paciente. O Tema 6 reforça, assim, o papel da Conitec e da incorporação administrativa como principal porta de entrada de novas tecnologias no sistema. Suas teses foram consolidadas na Súmula Vinculante nº 61, de 2024. A tese de repercussão geral já orienta o Judiciário, e a súmula acrescenta a vinculação da administração pública (art. 103-A da Constituição), de modo que o ato administrativo que a contrarie pode ser questionado por reclamação.

No Tema 500 (RE 657.718/MG, 2019), o Tribunal estabeleceu que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais e que a ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento por decisão judicial. Admitiu hipóteses excepcionais, como a mora irrazoável da agência na análise do pedido de registro, desde que observados requisitos específicos, e determinou que as ações que demandem medicamentos sem registro na Anvisa sejam propostas necessariamente em face da União, ponto que dialoga com a discussão sobre competência retomada no Tema 1234.

No Tema 793 (RE 855.178/SE), o STF reconheceu em 2015 a repercussão geral e reafirmou sua jurisprudência sobre a responsabilidade solidária dos entes federativos nas demandas prestacionais em saúde, de modo que o demandante pode acionar qualquer deles, isolada ou conjuntamente. Em embargos de declaração, julgados em 23 de maio de 2019 (com redação do acórdão pelo Ministro Edson Fachin, publicado em 2020), a Corte fixou a tese de repercussão geral e precisou que o juiz deve direcionar o cumprimento da decisão conforme as regras de repartição de competências do SUS e determinar o ressarcimento a quem arcou com o custo, buscando conciliar a solidariedade com a organização do sistema.

7.3 O Tema 1234: competência, legitimidade da União e custeio

O Tema 1234 (RE 1.366.243/SC), de relatoria do Ministro Gilmar Mendes, discute a legitimidade passiva da União e a consequente competência da Justiça Federal nas demandas por medicamentos registrados na Anvisa, mas não padronizados no SUS. A repercussão geral foi reconhecida em setembro de 2022. Diante da complexidade da matéria e de seus efeitos federativos e orçamentários, construiu-se uma solução consensual, com participação de União, estados e municípios. O julgamento terminou em setembro de 2024, com a homologação, em parte, do acordo

interfederativo e a fixação das teses, consolidadas na Súmula Vinculante nº 60 (publicada em 20 de setembro de 2024) e ajustadas depois, em embargos de declaração e em novos acordos homologados.

Em síntese, o acordo e a tese criaram um critério de competência baseado no valor da causa, apurado a partir do custo anual do tratamento: ações de valor igual ou superior a 210 salários mínimos ficam com a Justiça Federal, e as ações processadas nessa Justiça são custeadas integralmente pela União. Também definiram o conceito de medicamento não incorporado, previram regras específicas para medicamentos oncológicos e criaram uma plataforma nacional para registrar e acompanhar as demandas e os fornecimentos.

Quanto ao ressarcimento, a tese prevê compensação financeira entre os entes. Nas ações que permanecem na Justiça Estadual, envolvendo medicamentos não incorporados, com valor da causa superior a sete e inferior a 210 salários mínimos, a União ressarce 65% dos desembolsos decorrentes das condenações; para os medicamentos oncológicos, o percentual é de 80%. Nas ações de competência da Justiça Federal, o custeio é integral pela União, como visto.

O arranjo foi ajustado novamente em 2026. Em 19 de fevereiro desse ano, o Plenário do STF referendou, por unanimidade, a decisão do relator que homologou um acordo firmado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e alterou as teses do Tema 1234 apenas quanto aos medicamentos oncológicos. O acordo manteve em 80% o ressarcimento pela União dos valores pagos por estados e municípios nas ações oncológicas, até que os entes federativos pactuem uma alteração, que deverá ser submetida ao STF. Também modulou os efeitos das regras de competência para os oncológicos incorporados, com eficácia ex nunc a contar de 22 de outubro de 2025, em razão da Portaria GM/MS nº 8.477, de 20 de outubro de 2025, que instituiu o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-ONCO) no SUS (BRASIL, 2026). Para esses medicamentos incorporados, a competência passou a depender do modelo de aquisição: Justiça Federal para os de aquisição centralizada e Justiça Estadual para os de negociação nacional ou aquisição descentralizada. A trajetória mostra o caráter dinâmico e cooperativo do arranjo: a própria tese é revista conforme muda a política pública do SUS.

7.4 Alcance e limites do Tema 1234

Do ponto de vista da organização jurídica e orçamentária do SUS, o Tema 1234 produz ao menos quatro efeitos relevantes. Primeiro, transforma a solidariedade abstrata do Tema 793 em regra de competência e de custeio, o que reduz a litigiosidade entre os entes sobre quem deve responder e quem deve pagar. Segundo, desloca para a União, que tem maior capacidade fiscal, o financiamento dos tratamentos de maior custo e, por meio do ressarcimento de 65% ou 80%, parte do custeio das condenações impostas a estados e municípios. Isso tende a proteger os orçamentos estaduais e municipais, justamente os que sustentam a maior parte da rede hospitalar. Terceiro, cria a plataforma nacional. É um instrumento de produção de dados que pode subsidiar o planejamento e a avaliação da judicialização. Quarto, adota um método de solução consensual e de diálogo institucional entre os entes, em contraste com a lógica adversarial das demandas individuais.

Há, porém, limites que não podem ser ignorados. O primeiro é o objeto: o Tema 1234 trata de medicamentos, e não de infraestrutura, pessoal ou insumos hospitalares. Seus efeitos sobre o funcionamento dos hospitais são indiretos e dependem de uma hipótese a ser testada empiricamente: a de que a previsibilidade e a federalização do custeio das demandas de alto custo liberem capacidade orçamentária dos entes subnacionais para manter a rede. O segundo é o impacto. Ao concentrar o custeio na União, o Tema aumenta a pressão sobre um orçamento federal que também sustenta o piso do sistema e que, como visto, tem regras de cálculo disputadas; por isso, é real o risco de que a despesa judicializada desloque recursos de ações universais. O terceiro é o acesso. Instituições de defesa de direitos, como as Defensorias Públicas, manifestaram preocupação com o maior rigor dos critérios fixados nos Temas 6 e 1234 em relação à jurisprudência anterior, em especial para pacientes com doenças raras. Em sentido oposto, defende-se que esses critérios protegem a equidade e a sustentabilidade do sistema, ao dar prioridade à avaliação técnica de incorporação.

Só a implementação e a análise de dados permitirão saber qual dessas leituras se confirma. Para os fins deste artigo, o que importa é que o Tema 1234 mostra que parte da organização jurídico-orçamentária do SUS passou a ser construída no

Judiciário, o que reforça a necessidade de coerência entre a decisão judicial, o planejamento sanitário e o orçamento.

7.5 Processos estruturais e diálogo institucional

A experiência do Tema 1234 se aproxima do debate sobre processos estruturais, nos quais o Judiciário, em vez de decidir apenas litígios individuais, atua na reorganização de situações complexas, de modo dialogado e com participação dos envolvidos (ARENHART, 2013; VITORELLI, 2020). Em relação aos hospitais públicos, o precedente mais próximo é o Tema 698 (RE 684.612/RJ), em que o STF tratou da falta de profissionais de saúde no Hospital Municipal Salgado Filho, no Rio de Janeiro.

No julgamento, concluído em 30 de junho de 2023, o Tribunal decidiu que a intervenção judicial em políticas públicas, em caso de ausência ou deficiência grave do serviço, não viola a separação dos Poderes, desde que observados parâmetros: a falha deve estar comprovada nos autos e a decisão, em vez de impor medidas pontuais, deve, como regra, apontar as finalidades a alcançar e determinar que a Administração apresente um plano ou os meios adequados para alcançá-las, com apoio em manifestações de órgãos técnicos e, sempre que possível, com a participação de terceiros (amici curiae e audiências públicas). No caso dos serviços de saúde, a tese admite que o déficit de profissionais seja suprido por concurso público ou, por exemplo, pelo remanejamento de recursos humanos e pela contratação de organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP). Esse modelo troca a multiplicação de ordens individuais por planos de ação construídos com a Administração e dialoga com os arts. 20 a 22 da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (Decreto-Lei nº 4.657/1942, com a redação da Lei nº 13.655/2018), que exigem do julgador considerar as consequências práticas da decisão e as dificuldades reais do gestor. Os riscos, porém, são conhecidos: os juízes têm capacidade institucional limitada para gerir políticas complexas, as decisões podem ficar desvinculadas do orçamento e a execução é difícil. A conclusão prudente é que o controle judicial complementa o planejamento e a gestão, mas não os substitui.

8 A suficiência do arcabouço jurídico diante dos desafios estruturais da rede hospitalar pública

Voltando ao problema de pesquisa, a suficiência do arcabouço pode ser avaliada em três planos. No plano normativo, o ordenamento é denso: há previsão constitucional expressa do direito, estrutura organizacional definida, divisão de atribuições entre os entes, regras de vinculação mínima de recursos, mecanismos de controle e de participação social e, agora, critérios jurisprudenciais de competência e custeio nas demandas por medicamentos. Nesse plano, a insuficiência não é de normas, e a hipótese inicial se confirma.

No plano financeiro-orçamentário, o piso federal voltou a 15% da RCL, mas a instabilidade das regras nas últimas décadas e as controvérsias sobre a base de cálculo comprometeram a previsibilidade do financiamento. Além disso, o piso é um mínimo de aplicação, e não uma garantia de suficiência: nada assegura que esse valor corresponda às necessidades de uma população que envelhece e de uma rede hospitalar em constante incorporação tecnológica. Nesse plano, o arcabouço protege formalmente, mas é materialmente frágil.

No plano institucional e de gestão estão as lacunas que, segundo o diagnóstico deste artigo, mais comprometem a efetividade. Algumas decorrem do próprio desenho normativo examinado, como a regionalização incompleta e a coordenação federativa dependente de pactuação. Outras, como as fragilidades na gestão de pessoal e a possível limitação de um controle voltado à legalidade formal para avaliar resultados, são hipóteses que dependem de verificação empírica. É nesse plano que está o principal desafio à efetividade. É nele também que o controle judicial, individual ou estrutural, tem menos capacidade de atuação.

A partir desse diagnóstico, é possível indicar algumas linhas de aperfeiçoamento, sem pretender esgotá-las. A primeira é dar estabilidade e transparência à regra de cálculo do piso federal, com clareza sobre a base de apuração e sobre as despesas computáveis, e a segunda é instituir um planejamento plurianual de custeio e investimento hospitalar, fundado em custos reais e na revisão periódica da remuneração dos serviços. A terceira é fortalecer a regionalização, com uso efetivo de consórcios públicos e de instrumentos de pactuação com força vinculante. A

quarta é qualificar a governança e o controle. A ênfase deve recair sobre resultados e sobre indicadores de acesso e qualidade. A quinta é acompanhar os efeitos do Tema 1234 com os dados da plataforma nacional, para verificar se a federalização do custeio das demandas de alto custo se traduz em maior capacidade de manter a rede. A sexta é reservar o controle judicial estrutural para casos de falha sistêmica comprovada, nos termos do Tema 698, com respeito ao diálogo institucional.

9 Considerações finais

Este artigo buscou responder em que medida o arcabouço jurídico e orçamentário do SUS, incluída a repartição de responsabilidades fixada pelo STF no Tema 1234, é suficiente para garantir o funcionamento adequado dos hospitais públicos e a efetividade do direito à saúde. A análise mostrou que o ordenamento brasileiro oferece alto grau de proteção normativa. O direito à saúde é fundamental, o SUS tem estrutura constitucional e legal definida, existem regras de financiamento mínimo e a jurisprudência sobre a exigibilidade do direito está consolidada.

Vale retomar o caminho percorrido. Quanto à constitucionalização, viu-se que o direito à saúde é um direito fundamental social de aplicação imediata e de dimensão objetiva, o que obriga o Estado não só a oferecer prestações individuais, mas também a organizar e financiar as estruturas que as tornam possíveis. Quanto à estrutura do SUS, assentada nos arts. 196 a 200 da Constituição e nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, ela se apoia no federalismo cooperativo, com atribuições comuns e interdependentes entre União, estados e municípios. Por isso, a efetividade do sistema depende tanto do volume de recursos quanto da qualidade da coordenação entre os entes.

Mesmo assim, essa proteção formal não se traduz automaticamente em efetividade. As oscilações das regras de financiamento e a fragmentação da coordenação federativa ajudam a explicar a distância entre o dever constitucional e a realidade dos hospitais públicos, e a isso se somam, como hipótese, dificuldades na gestão de pessoal, na execução orçamentária e na avaliação de resultados.

No controle jurisdicional, a reserva do possível e o mínimo existencial funcionam como critérios de ponderação, e não como fórmulas que excluem o direito: a

escassez precisa ser demonstrada, e a prioridade na alocação de recursos recai sobre o núcleo essencial da proteção. A jurisprudência do STF nos Temas 6, 500 e 793 saiu de uma afirmação ampla da exigibilidade do direito e chegou a parâmetros mais criteriosos, que valorizam a avaliação técnica de incorporação de tecnologias e a organização federativa do sistema. Com isso, o Judiciário passou a atuar não só como garantidor de direitos individuais, mas também como agente de conformação do desenho institucional da saúde pública.

O Tema 1234 é um avanço relevante na racionalização da judicialização, porque define competência e custeio nas demandas por medicamentos não incorporados e o faz por meio de uma solução consensual entre os entes. Sua contribuição para a efetividade do direito à saúde nos hospitais, porém, é indireta e condicionada. Depende de que a previsibilidade do custeio se converta em capacidade orçamentária para manter a rede e de que o impacto sobre o orçamento federal não comprometa as ações de caráter universal. Os critérios fixados também exigem acompanhamento quanto ao acesso de pacientes em situação de maior vulnerabilidade.

Em resumo, o Tema 1234 traz contribuições relevantes, como a regra de competência e de custeio, a plataforma nacional de dados e a solução consensual entre os entes, mas tem limites claros, descritos na seção 7.4. Por isso, a hipótese de pesquisa se confirma em linhas gerais. O efeito do Tema 1234 sobre o funcionamento dos hospitais, porém, continua, por ora, como hipótese a ser testada com dados empíricos.

Desse diagnóstico decorrem as propostas apresentadas na seção 8, que indicam que o aperfeiçoamento do sistema depende mais de consolidar e executar instrumentos que já existem do que de criar novas normas: estabilidade e transparência na regra de cálculo do piso federal; planejamento plurianual de custeio e investimento hospitalar, com base em custos reais; regionalização fortalecida por consórcios públicos e pactuação vinculante; governança e controle voltados a resultados; avaliação sistemática do Tema 1234; e uso criterioso do controle judicial estrutural, reservado a falhas sistêmicas comprovadas.

Registram-se, por fim, as limitações do trabalho. Como a abordagem é qualitativa, o método é dedutivo e a pesquisa é bibliográfica e documental, o estudo não mede empiricamente a situação da rede hospitalar nem os efeitos concretos do Tema 1234 sobre os orçamentos estaduais e municipais. Essas lacunas apontam caminhos para pesquisas futuras, como estudos de caso em hospitais e regiões de saúde, análises da execução orçamentária por ente federativo e avaliações baseadas nos dados da plataforma nacional de demandas.

Conclui-se, assim, que o ordenamento é normativamente suficiente, mas institucional e financeiramente insuficiente diante dos desafios estruturais da rede hospitalar. A efetividade do direito à saúde depende menos de novas normas e mais da estabilidade do financiamento, da qualidade da gestão e da coordenação entre os entes, e o Judiciário, embora relevante, não pode ocupar o lugar do planejamento. Assegurar que o direito à saúde chegue de fato aos hospitais exige, em última análise, transformar a previsão constitucional em financiamento estável, gestão qualificada e cooperação federativa.

Referências

ALEXY, Robert. Teoria dos direitos fundamentais. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

ARENHART, Sérgio Cruz. Decisões estruturais no direito processual civil brasileiro. Revista de Processo, São Paulo, v. 38, n. 225, p. 389-410, 2013.

BARCELLOS, Ana Paula de. A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Interesse Público, Belo Horizonte, ano 9, n. 46, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Brasília, DF: Presidência da República, 2000.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Brasília, DF: Presidência da República, 2016.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 127, de 22 de dezembro de 2022. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Brasília, DF: Presidência da República, 1998.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Brasília, DF: Presidência da República, 2005.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Brasília, DF: Presidência da República, 2000.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023. Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992 (Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais). Brasília, DF: Presidência da República, 1992.

BRASIL. Decreto nº 3.321, de 30 de dezembro de 1999 (Protocolo de São Salvador). Brasília, DF: Presidência da República, 1999.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro), com as alterações da Lei nº 13.655, de 25 de abril de 2018. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.477, de 20 de outubro de 2025. Institui o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-ONCO) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-8.477-de-20-de-outubro-de-2025-664002839. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 1.923/DF. Relator para o acórdão: Min. Luiz Fux. Julgamento em 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 7.222 MC-Ref-segundo/DF (piso salarial nacional da enfermagem). Rel. Min. Luís Roberto Barroso, red. p/ o acórdão Min. Luís Roberto Barroso e Min. Gilmar Mendes. Julgamento virtual finalizado em 30 jun. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADPF 45 MC/DF. Rel. Min. Celso de Mello. Decisão monocrática de 29 abr. 2004.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 271.286 AgR/RS. Rel. Min. Celso de Mello. Segunda Turma. Julgamento em 12 set. 2000.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STA 175 AgR/CE. Rel. Min. Gilmar Mendes (Presidente). Tribunal Pleno. Julgamento em 17 mar. 2010. DJe de 30 abr. 2010.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 657.718/MG (Tema 500 da repercussão geral). Rel. Min. Marco Aurélio, red. do acórdão Min. Roberto Barroso. Julgamento em 22 maio 2019. DJe de 9 nov. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 855.178/SE (Tema 793 da repercussão geral). Rel. Min. Luiz Fux. Mérito julgado em 5 mar. 2015 (DJe de 16 mar. 2015). Embargos de declaração julgados em 23 maio 2019, red. p/ o acórdão Min. Edson Fachin (DJe de 16 abr. 2020).

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 566.471/RN (Tema 6 da repercussão geral). Rel. Min. Marco Aurélio, red. p/ o acórdão Min. Luís Roberto Barroso. Mérito julgado em 2020; teses fixadas em 26 set. 2024. DJe de 28 nov. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 684.612/RJ (Tema 698 da repercussão geral). Rel. Min. Ricardo Lewandowski, red. p/ o acórdão Min. Luís Roberto Barroso. Julgamento virtual finalizado em 30 jun. 2023. Embargos de declaração rejeitados em 2 out. 2023; acórdão publicado em 18 out. 2023. Trânsito em julgado em 17 nov. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 1.366.243/SC (Tema 1234 da repercussão geral). Rel. Min. Gilmar Mendes. Julgamento concluído em set. 2024 (DJe de 11 out. 2024); teses consolidadas na Súmula Vinculante nº 60 e alteradas, quanto aos medicamentos oncológicos, em 19 fev. 2026. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Informativo STF nº 1.206: medicamentos para tratamentos oncológicos: ressarcimento e competência jurisdicional (RE 1.366.243

Ref/SC, Tema 1.234 RG). Brasília, 9 mar. 2026. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/informativoSTF/anexo/Informativo_PDF/Informativo_stf_1206.pdf. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Súmula Vinculante nº 60. Aprovada em 16 set. 2024; publicada em 20 set. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Súmula Vinculante nº 61. Aprovada em 20 set. 2024; publicada em 3 out. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Fornecimento de medicamentos pelo SUS: confira os parâmetros fixados em acordo homologado pelo STF. Notícias do STF. Disponível em: https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/fornecimento-de-medicamentos-pelo-sus-confira-os-parametros-fixados-em-acordo-homologado-pelo-stf/. Acesso em: 10 nov. 2026.

CALABRESI, Guido; BOBBITT, Philip. Tragic choices. New York: W. W. Norton, 1978.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Nota Técnica nº 20/2023: pisos da saúde e da educação com a EC nº 126/2022 e a LC nº 200/2023. Brasília, 2023. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2023/nt-n-20-de-2023-pisos-da-saude-e-da-educacao-coma-ec-n126-de-2022-e-a-lc-200-de-2023-1. Acesso em: 10 nov. 2026.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Nota Técnica nº 36/2024: simulações dos gastos mínimos da União com saúde, educação e benefícios do RGPS. Brasília, 2024. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2024/nt-36-de-2024-simulacoes-gastos-minimos-da-uniao-saude-educacao-e-beneficios-rgps. Acesso em: 10 nov. 2026.

COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS (ONU). Comentário Geral nº 14 (2000): o direito ao mais alto padrão possível de saúde (art. 12 do Pacto). Genebra: ONU, 2000. Doc. E/C.12/2000/4.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 34 mil unidades a menos para atender. Portal CFM, 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/noticias/34-mil-unidades-a-menos-para-atender/. Acesso em: 10 nov. 2026.

CONSULTOR JURÍDICO. Teto de gastos: o que os indicadores dizem sobre a austeridade. Conjur, 26 jul. 2026. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2026-jul-26/dez-anos-do-teto-de-gastos-o-que-os-indicadores-dizem-sobre-a-austeridade-constitucionalizada/. Acesso em: 10 nov. 2026.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? Health and Human Rights, v. 11, n. 2, p. 33-45, 2009.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. The cost of rights: why liberty depends on taxes. New York: W. W. Norton, 1999.

KRELL, Andreas J. Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os (des)caminhos de um direito constitucional comparado. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 2002.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (org.). Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SILVA, José Afonso da. Aplicabilidade das normas constitucionais. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

SILVA, Virgílio Afonso da; TERRAZAS, Fernanda Vargas. Claiming the right to health in Brazilian courts: the exclusion of the already excluded? Law & Social Inquiry, v. 36, n. 4, p. 825-853, 2011.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28).

VITORELLI, Edilson. Processo civil estrutural: teoria e prática. Salvador: JusPodivm, 2020.

WANG, Daniel Wei Liang. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. Revista Direito GV, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 539-568, 2008.