



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira

Nota Técnica nº 34/2024

**O Modelo Tripartite de
Financiamento da Saúde e a
Singularidade da Atenção à Saúde
Indígena**

Saúde, Trabalho, Previdência, Assistência Social e Família
Mário Luis Gurgel de Souza - Coordenador de Núcleo

Brasília, Junho/2024

© 2024 Câmara dos Deputados. Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados os autores e a Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados. Este trabalho é de inteira responsabilidade de seus autores, não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados ou de suas comissões



SUMÁRIO

I. FINALIDADE DA NOTA TÉCNICA	3
II. SAÚDE E SISTEMA ÚNICO NA CONSTITUIÇÃO	3
III. FINANCIAMENTO TRIPARTITE DA SAÚDE.....	3
III.1 Fundamentos Constitucionais e Legais	4
III.2 Características do Modelo Tripartite de Financiamento	4
III.2.1 Responsabilidade Compartilhada	5
III.2.2 Descentralização.....	5
III.2.3 Transferências Intergovernamentais	5
III.2.4 Vinculação Orçamentária	5
III.2.5 Fundos de Saúde	6
III.3 Restrição do Núcleo de Despesas SUS Financiadas pela LC nº 141, de 2012.....	7
IV.EXCEÇÃO AO MODELO TRIPARTITE : <i>SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA</i>	7
V. CONCLUSÃO	8



I. FINALIDADE

Esta nota técnica apresenta uma análise do modelo de financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, abordando fundamentos constitucionais, legislação infraconstitucional, particularidades do financiamento da saúde indígena e ausência de previsão constitucional para novos subsistemas de responsabilidade exclusiva da União.

II. SAÚDE E SISTEMA ÚNICO NA CONSTITUIÇÃO

Em seu art. 198, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, constituído por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo.

Compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de “*promoção, proteção e recuperação da saúde*”, com a realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, sendo tais competências fixadas também em norma constitucional (art. 200).

Cabe destacar que a noção de sistema deve ser compreendida não como um novo serviço, mas como um conjunto de unidades, de serviços e ações das três esferas que interagem para um fim comum. Tal sistema deve ainda ser único, no sentido de se subordinar a uma mesma doutrina e uma mesma forma de organização em todo o país¹.

A estrutura do SUS é regida pelos princípios constitucionais da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade, sendo organizado em esferas federal, estadual e municipal.

O Sistema Único de Saúde faz parte das ações definidas na Constituição como de “*relevância pública*”. As competências decorrentes envolvem o exercício de poder regulador, de arbitragem e de intervenção executiva por parte das esferas do Poder Público e, por consequência, de agências e unidades de prestação de serviços. Por isso, é atribuído ao Estado a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independente de a execução ocorrer de forma direta.

III. FINANCIAMENTO TRIPARTITE DA SAÚDE

O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, fundamenta-se em modelo de financiamento tripartite, envolvendo recursos das três esferas governamentais: federal, estadual e municipal. Este modelo visa garantir a universalidade, integralidade e equidade no acesso à saúde pública no Brasil.

¹ O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, através de formas previstas de aproximação da gerência aos cidadãos, seja com a descentralização político-administrativa, seja através do controle social do sistema



III.1 Fundamentos Constitucionais e Legais

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é estruturado em um modelo tripartite, envolvendo recursos provenientes da União, dos Estados e dos Municípios. Este arranjo encontra seu fundamento primário na Constituição Federal de 1988, especificamente em seu artigo 198, §1º, que estabelece que *"o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes"*.

A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, introduziu a vinculação de recursos para a saúde nas três esferas de governo, visando assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Esta emenda foi um marco importante na consolidação do modelo tripartite de financiamento do SUS, estabelecendo bases mais sólidas para a sustentabilidade financeira do sistema.

A Lei Complementar nº 141, de 2012 (LC 141/2012), que regulamentou o §3º do art. 198 da Constituição Federal, detalhou as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado anualmente pelos entes federados.

Em decisão relevante, no RE 855178 ED/SE, o Supremo Tribunal Federal (STF) firmou tese de repercussão geral (Rel Min Luiz Fux-Tema 793)² estabeleceu que o financiamento do direito à saúde deve ser realizado de forma solidária pelos entes federativos, conforme previsto nos artigos 23, II, e 198, §1º da Constituição Federal. Esta decisão reforça o caráter cooperativo do modelo tripartite de financiamento do SUS, ressaltando a responsabilidade compartilhada entre União, Estados e Municípios na garantia do direito à saúde.

A jurisprudência do STF também tem sido consistente em reconhecer a essencialidade do financiamento adequado para a efetivação do direito à saúde. Na ADPF 45 MC/DF, o Ministro Celso de Mello destacou que a efetivação dos direitos econômicos, sociais e culturais - incluindo o direito à saúde - depende, em grande medida, de um inescapável vínculo financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias do Estado. As decisões ressaltam a importância do modelo tripartite de financiamento para a concretização do direito à saúde no âmbito do SUS.

Portanto, o SUS é custodiado por recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Essa disposição constitucional estabelece a base legal para o compartilhamento das responsabilidades financeiras entre os diferentes níveis de governo na manutenção e desenvolvimento do sistema de saúde público no país.

III.2 Características do Modelo Tripartite de Financiamento

O modelo tripartido de financiamento da saúde no Brasil caracteriza-se pela participação conjunta e articulada da União, Estados e Municípios na provisão de recursos para o Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo visa promover a descentralização e a regionalização dos serviços de saúde, adaptando-os às realidades locais, o que exige características próprias para funcionamento.

² Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde



III.2.1 Responsabilidade Compartilhada

A Constituição Federal determina que o financiamento do SUS seja de responsabilidade compartilhada entre a União, os estados e os municípios. Essa divisão de responsabilidades visa garantir a sustentabilidade do sistema e a universalidade do acesso à saúde pública no país.

III.2.2 Descentralização

As ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS são descentralizados, com direção única em cada esfera de governo. Essa descentralização permite que municípios e estados tenham autonomia na gestão de recursos e na execução de políticas de saúde, de acordo com as necessidades locais.

III.2.3 Transferências Intergovernamentais

A Constituição determina que a União deve aplicar anualmente o montante correspondente a no mínimo 15% da receita corrente líquida do relativo exercício financeiro no SUS. Já os estados e os municípios devem aplicar, no mínimo, 12% e 15% de suas receitas, respectivamente, em ações e serviços públicos de saúde.

A LC 141/2012 estabelece critérios para o rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde (ASPS) que serão repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. Segundo a norma, devem ser observadas as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, além do disposto no art. 35 da Lei nº 8.080/90.

Esses critérios visam priorizar a equidade, induzindo a redução das desigualdades entre as regiões.

O § 1º do art. 17 da LC 141/2012 determina que o Ministério da Saúde definirá e publicará anualmente os montantes a serem transferidos para cada estado, DF e município para custódia das ações e serviços públicos de saúde. Essa definição deve utilizar metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Já o §2º estabelece que os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde. Esse dispositivo busca direcionar os investimentos para diminuir as iniquidades regionais no SUS.

Portanto, a Lei Complementar nº 141/2012 pretende regular um modelo de rateio de recursos federais para a saúde baseado em indicadores técnicos e legais, visando garantir a equidade na distribuição desses recursos entre os entes federados.

III.2.4 Vinculação Orçamentária

A vinculação orçamentária dos recursos destinados à saúde transferidos pela União aos entes subnacionais é um mecanismo fundamental para garantir a efetividade e a continuidade das políticas públicas de saúde no Brasil. Este instrumento garante que os valores repassados sejam utilizados exclusivamente para os fins previstos, impedindo o



desvio de finalidade e fortalecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as esferas federativas.

Ao vincular os recursos, cria-se uma proteção contra flutuações políticas e econômicas que poderiam comprometer o financiamento da saúde. Essa estabilidade obrigatória permite que estados e municípios planejem e executem ações de saúde a médio e longo prazo, garantindo a manutenção de serviços essenciais e a implementação de programas contínuos de prevenção e tratamento de doenças.

A vinculação também promove maior transparência e controle social sobre a aplicação de recursos. Com a finalidade específica, torna-se mais fácil para os órgãos de controle e para a sociedade civil acompanhar e fiscalizar o uso adequado das palavras, contribuindo para a eficiência e a eficácia dos gastos públicos em saúde.

Além disso, este mecanismo fortalece o pacto federativo na área da saúde, garantindo que os entes subnacionais tenham condições financeiras para cumprir suas responsabilidades no âmbito do SUS. Isso é especialmente importante considerando as disparidades regionais existentes no país, pois a vinculação ajuda a garantir um patamar mínimo de investimento em saúde em todas as regiões, contribuindo para a redução das desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

III.2.5 Fundos de Saúde

Os Fundos de Saúde, instituídos em cada esfera de governo, têm a função de receber, movimentar e aplicar os recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde. Esses fundos deverão ser geridos de forma transparente e com a participação da sociedade, por meio dos Conselhos de Saúde. A estrutura de financiamento tripartite do SUS, com responsabilidades compartilhadas, descentralização, transferências intergovernamentais, vinculação orçamentária e fundos de saúde, visa garantir a sustentabilidade e a eficácia do sistema público de saúde no Brasil.

Trata-se de determinação constante da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, que, ao acrescentar o art. 77 do ADCT, determinou no § 3º do art. 77 que *“os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal”*.

Posteriormente, ao regulamentar a mencionada EC, a LC 141/2012 reiterou a determinação de que os recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde devem ser alocados em fundos de saúde específicos, criados em cada esfera de governo, como se observa ao longo de todo o texto da Lei Complementar³.

A alocação dos recursos em fundos específicos visa garantir a transparência e o controle social sobre a aplicação desses recursos. Ao serem depositados em contas especiais, os valores ficam claramente identificados e sua movimentação fica sujeita à fiscalização dos Conselhos de Saúde.

Essa medida também facilita o acompanhamento da execução orçamentária e financeira do SUS, permitindo verificar se os recursos mínimos constitucionais e legais

³ Parágrafo único do art. 2º, inciso X do art. 4º, § 4º do art. 13 e outros.



são aplicados em saúde. Além disso, os fundos de saúde possibilitam um melhor planejamento e a programação das ações de forma integrada entre as diferentes esferas de governo.

Portanto, a exigência de alocação dos recursos em fundos específicos é um importante mecanismo de gestão e controle dos recursos do SUS, garantindo maior transparência e efetividade na aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

III.3 Restrição do Núcleo de Despesas SUS Financiadas pela LC nº 141, de 2012

A LC 141/2012 estabelece regras sobre financiamento do SUS. De acordo com a Lei, um montante mínimo de recursos deve ser aplicado anualmente categoria de despesas denominada como “ações e serviços públicos de saúde (ASPS)”, não podendo tais recursos serem destinados a despesas relacionadas a outras áreas.

A Lei determina especificamente que apenas despesas voltadas para a “promoção, proteção e recuperação da saúde” (art. 2º, caput, da LC) e que “atendam aos princípios de acesso universal, igualitário e gratuito” (art. 2º, I, da LC) podem ser consideradas como ASPS. Tal orientação exclui, por exemplo, gastos com hospitais militares ou corporativos, planos de saúde com servidores (art. 4º, III, da LC), bem como unidades de saúde afetas a outras áreas de governo (art. 2º, III, da LC).

Além disso, despesas com ações assistenciais não devem ser contabilizadas como parte do financiamento do SUS (art. 4º, VIII, da LC), mesmo que beneficiem indiretamente a área da saúde.

Deve-se frisar que a Lei Complementar nº 141/2012 não altera a estrutura e as atribuições do SUS - que são definidas na Constituição e na LOSUS -, apenas busca garantir que o montante mínimo garantido pela Constituição seja empregado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios integralmente em atividades relacionadas a conjunto de despesas do SUS afetas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, sem prejuízo de outras fontes e órgãos efetuarem despesas relacionadas a saúde.⁴

IV. EXCEÇÃO: SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) foi criado pela Lei nº 9.836/1999, conhecida como “Lei Arouca”, que adicionou dispositivos à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Essa lei instituiu o SasiSUS como um componente do Sistema Único de Saúde (SUS), com financiamento e gestão exclusivos da União.

A criação do SasiSUS foi resultado de um longo processo de reivindicações e debates envolvendo povos indígenas, indigenistas e o movimento sanitário. Desde a década de 1980, eventos como o Encontro sobre Problemas Indígenas na Área de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde apontaram a necessidade de um modelo de atenção à saúde indígena diferenciada, com maior participação comunitária e integrada ao SUS.

⁴ O assunto é abordado de forma mais abrangente na Nota Técnica nº 28, de 2024 (<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2024/nota-tecnica-n-28-de-2024-saude-asps-despesas-nao-computaveis-no-piso-constitucional>) e na Nota Técnica nº 25, de 2023 (<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2023/nota-tecnica-n-25-de-2023-asps-e-hu-mec>)



A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado e reconhece aos povos indígenas direitos territoriais e a organização social, costumes, línguas, crenças e tradições (art. 231). Além disso, atribui à União a competência privativa para legislar sobre "populações indígenas" (art. 22, XIV). Essa base constitucional ampara a criação de subsistema de saúde indígena de responsabilidade exclusiva da União.

Decisão do STJ no REsp 1.064.009 foi fundamental para consolidar a responsabilidade da União pela saúde indígena, independentemente do local de residência, o que contribuiu para a estruturação do SasiSUS como um subsistema de saúde de financiamento exclusivo federal.

A saúde indígena no Brasil é de responsabilidade da União, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde. A principal missão está relacionada ao exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

O DSEI se baseia em um modelo de gestão e de atenção descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e com responsabilidade sanitária. Tais distritos podem agregar vários municípios e inclusive unidades federativas diferentes

A estrutura de atendimento nos DSEI conta com postos de saúde, com os Polos-base e as Casas de Saúde Indígena (Casais). A rede de serviços tem como base de organização serviços de saúde nas aldeias que contam com a atuação do Agente Indígena de Saúde (AIS) com atividades vinculadas a um posto de saúde.

O financiamento da saúde indígena é realizado por meio de dotações orçamentárias específicas no Orçamento Geral da União, não estando sujeito a percentuais mínimos de aplicação de recursos estabelecidos para o SUS.

V. CONCLUSÃO

No atual modelo constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), não há previsão de subsistemas de responsabilidade exclusiva da União, além do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Isso se deve aos seguintes aspectos:

- Responsabilidade solidária dos entes federados no financiamento do SUS: A Constituição Federal de 1988, bem como a respectiva interpretação a cargo do Supremo Tribunal Federal (STF)⁵, estabelecem que o financiamento do SUS é de responsabilidade solidária da União, estados e municípios. Dessa forma, exceção a essa regra deveriam estar expressamente previstas na Constituição, como foi interpretado no caso da saúde indígena.
- Preservação dos princípios constitucionais do SUS: eventuais novos subsistemas de saúde devem respeitar os princípios constitucionais do SUS, como

⁵ Tema 793-STF



universalidade, integralidade e equidade no atendimento. A criação de subsistemas paralelos não pode gerar fragmentação e desequilíbrio no sistema de saúde.

- Preservação do financiamento e da organização do SUS: a criação de novos subsistemas não deve prejudicar/comprometer o financiamento e a organização do SUS. Não deve criar desequilíbrios no sistema público de saúde.
- Saúde indígena: o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é uma exceção, pois possui previsão constitucional específica e responsabilidade exclusiva da União.

O modelo de financiamento tripartite do SUS enfrenta desafios significativos que demandam soluções inovadoras e sustentáveis. Porém, é fundamental respeitar a estrutura constitucional vigente, mantendo a integridade do sistema único e o princípio do federalismo cooperativo em saúde. Estratégias futuras devem visar o fortalecimento do SUS, considerando as diversidades regionais e as necessidades específicas de diferentes grupos populacionais, mas sempre dentro do marco constitucional estabelecido.

Elaboração: Núcleo de Saúde/Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados.⁶

⁶ Mario Luis Gurgel de Souza - Consultor de Orçamento da CD