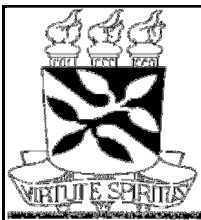


Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Turma Tocantins

DANIEL BORINI ZEMUNER

**O FINANCIAMENTO DA SAÚDE: ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DAS
RECEITAS E DESPESAS DA SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE DO TOCANTINS, 2003 A 2014.**

Palmas - TO
2016



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado profissional em Saúde Coletiva
Turma Tocantins

DANIEL BORINI ZEMUNER

**O FINANCIAMENTO DA SAÚDE: ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DAS
RECEITAS E DESPESAS DA SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE DO TOCANTINS, 2003 A 2014.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Professor orientador: Luís Eugênio Portela
Fernandes de Souza

Palmas - TO

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Z49f Zemuner, Daniel Borini.

O financiamento da saúde: análise da evolução das receitas e despesas da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2003 a 2014 / Daniel Borini Zemuner.-- Salvador: D.B.Zemuner, 2016.

131 f.

Orientador: Prof. Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Financiamento da Saúde. 2. Controle Orçamentário. 3. Orçamento Público. I. Título.

CDU 614.2



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva**


Daniel Borini Zemuner

**“O financiamento da saúde: análise da evolução das receitas e despesas
da Secretaria de Estado da saúde do Tocantins, 2003 a 2014”**

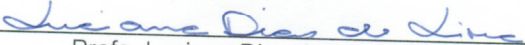
A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 13 de junho de 2016

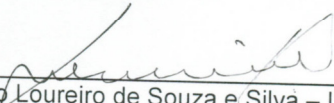
Banca Examinadora:



Prof. Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza – ISC/UFBA



Profa. Luciana Dias de Lima – ENSP/FIOCRUZ



Prof. Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva – ISC/UFBA

Salvador
2016

Dedico este trabalho à minha esposa Tálitha, pela paciência e carinho durante todo o mestrado e principalmente pelo amor dedicado nestes anos, te amo.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho oportuniza a realização de um sonho de quem está há 20 anos trabalhando pelo SUS e que somente agora pôde se concretizar. Isto traz à lembrança pessoas que passaram por essa história e que contribuíram no processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional, aos quais registro meus agradecimentos.

Ao ISC/UFBA, seu corpo docente, direção e administração que permitiram que este sonho se realizasse com tanta qualidade e amor.

À Secretaria do Estado da Saúde do Tocantins que propiciou a realização deste mestrado profissional.

Aos amigos Lúcio, por me auxiliar com os dados do SIOPS e Luiza pela generosidade de compartilhar seus conhecimentos.

Ao meu orientador, Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza, pela paciência e dedicação durante toda a realização da pesquisa, corrigindo e aprimorando os trabalhos realizados para a consecução desta dissertação.

Agradeço a Deus pelo dom da vida, reconhecendo que Dele e por Ele, e para Ele são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente.

Aos meus pais, Geninho e Emília, que sempre acreditaram e investiram na minha formação, reconhecendo que sem eles em minha vida nada do que fiz seria possível. Muito obrigado pelo amor e dedicação.

RESUMO

Esse estudo apresenta uma pesquisa descritiva feita com base em informações obtidas principalmente do SIOPS. Teve como objetivo analisar a evolução das receitas e despesas do estado do Tocantins com ações e serviços de saúde, no período de 2003 a 2014, correspondente aos três últimos governos. Os resultados apontam, em relação às receitas, que as transferências constitucionais e legais da União para o Estado representaram, em média, 61% do total dos orçamentos anuais entre 2003 e 2014, mesmo com um crescimento maior dos impostos arrecadados pelo estado de 155%. Em relação às despesas, houve uma ampliação da ordem de 350% desde 2003, acima, portanto, do crescimento das receitas vinculadas à saúde que cresceu no mesmo período 93,6%. Enquanto o Fundo de Participação dos Estados – FPE foi a maior fonte de receitas, a folha de pagamento e o custeio dos hospitais foram os itens de maior despesa. Estes dados apontam para a necessidade urgente na busca do equilíbrio orçamentário e financeiro da SES-TO.

Palavras-chave: Financiamento da saúde; controle orçamentário; orçamento público.

ABSTRACT

This study presents a descriptive analysis based on information obtained mainly from the Public Health Budget Information System (SIOPS). The objective is to analyze the changes in revenue and expenses for health services for the state of Tocantins, Brazil, between 2003 and 2014 (corresponding to the last three governments). The results show, in relation to revenue, that the legal and constitutional transfers from the Union to the state represented, on average, 61% of the total annual budgets between 2003 and 2014. This is despite a 155% increase in the collection of taxes by the state. Regarding expenses, there was a growth of 350% from 2003 – therefore above the growth in health-related revenue which grew 93.6% in the same period. While the Participation Fund of the States (FPE) was the largest source of income, payroll and hospital funding were the largest expenses. These data indicate the urgent need to achieve a budgetary and financial balance for the State Department for Health of Tocantins (SES-TO).

Keywords: Health Financing; Budget Control; Public Budget.

LISTA DE QUADROS, TABELAS, MAPAS E GRÁFICOS

QUADROS

Quadro 1	Perfil geral do Estado.....	16
Quadro 2	Regiões de saúde do Tocantins.....	17
Quadro 3	Atenção psicossocial especializada por CIR - Tocantins, 2014.....	19
Quadro 4	Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência – SAMU 192, Tocantins, 2014.....	19
Quadro 5	Serviço de atendimento pré-hospitalar fixo de urgência e emergência – UPA 24h, Tocantins, 2014.....	20
Quadro 6	Categorias econômicas e grupos.....	37
Quadro 7	Base vinculável das receitas de estados e municípios.....	42

TABELAS

Tabela 1	Cobertura de atenção básica - Tocantins, 2003 – 2014.....	18
Tabela 2	Números de leitos hospitalares do SUS sob gestão estadual, Tocantins, 2014.....	21
Tabela 3	Gasto com ASPS em relação à CTB, à RCB e na RCB-TAPS (RCB descontadas as transferências de assistência e previdência e subsídios) (2002-2011).....	23
Tabela 4	Participação federal nos gastos em saúde proporcional à RCB, RCL e do PIB do exercício.....	24
Tabela 5	Brasil: descentralização vertical (1990, 1995, 2000, 2005, 2010) (CT total e por ente federativo, em % do PIB).....	33
Tabela 6	Índice de autonomia fiscal das Unidades da Federação brasileiras (2000-2010) (Em %).....	37
Tabela 7	Percentual de evolução da base vinculável de recursos para a saúde por período de governo no estado do Tocantins, 2003 – 2014.....	59
Tabela 8	Percentual de evolução da receita total do estado do Tocantins, 2003 - 2014.....	60
Tabela 9	Percentual de evolução dos impostos da base estadual de recursos para a saúde por período de governo, no estado do Tocantins, 2003 – 2014.....	61
Tabela 10	Percentual de evolução das transferências constitucionais e legais da base vinculável de recursos para a saúde por período de governo, no estado do Tocantins, 2003 - 2014.....	63
Tabela 11	Evolução per capita das transferências da União referentes aos blocos de financiamento do SUS, 2003 – 2014.....	67
Tabela 12	Recursos do bloco da atenção básica transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a SES Tocantins, 2005 – 2014.....	68
Tabela 13	Recursos do bloco de média e alta complexidade incorporados à gestão estadual, referentes ao processo de implantação das redes de atenção à saúde e à ampliação da oferta de serviços, 2012 – 2014.....	70
Tabela 14	Recursos do bloco de média e alta complexidade por componentes transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a SES Tocantins, 2005 – 2014.....	70
Tabela 15	Recursos do bloco de vigilância em saúde por componentes transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a SES Tocantins, 2003 – 2014.....	72

Tabela 16	Recursos do bloco de assistência farmacêutica por componentes transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a SES Tocantins, 2003 – 2014.....	74
Tabela 17	Recursos do bloco de gestão por componentes transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a SES Tocantins, 2005 – 2014.....	76
Tabela 18	Recursos de convênios e do bloco de investimentos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a SES Tocantins, 2003 – 2014.....	77
Tabela 19	Evolução do <i>per capita</i> das despesas custeadas com recursos transferidos pelo FNS, dos recursos próprios e da despesa total por período de governo da SES Tocantins, 2003 – 2014.....	82
Tabela 20	Percentual de elevação de gastos com pessoal e encargos sociais por período de governo da SES Tocantins, 2003 – 2014.....	84
Tabela 21	Quantitativo de pessoal efetivo e contrato/comissionado da SES Tocantins, 2008 - 2014.....	86
Tabela 22	Gastos com plantões extras e ICSH da SES Tocantins, 2006 – 2014....	88
Tabela 23	Percentual de elevação de gastos com material de consumo por período de governo da SES Tocantins, 2003 – 2014.....	89
Tabela 24	Percentual de elevação de gastos com serviços de terceiros por período de governo da SES Tocantins, 2003 – 2014.....	91
Tabela 25	Recursos gastos com a manutenção da rede hospitalar (19 hospitais) própria da SES Tocantins, 2006 – 2014.....	92
Tabela 26	Despesas com equipamentos e material permanente da SES Tocantins, 2003 - 2014.....	93
Tabela 27	Despesas com obras e instalações da SES Tocantins, 2003 – 2014.....	94
Tabela 28	Percentual de evolução das receitas de impostos e transferências da União e das despesas com recursos próprios da SES-TO por período de governo, 2003 a 2014.....	96
Tabela 29	Comparativo da evolução das receitas, das despesas e do PIB, 2003 a 2012.....	96
Tabela 30	Comparativo entre as despesas correntes em saúde e as receitas de custeio do FNS, 2003 a 2014.....	97
Tabela 31	Evolução do pagamento de despesas de exercícios anteriores de pessoal e outras despesas correntes, 2003 – 2014.....	98
Tabela 32	Percentuais de recursos do bloco de média e alta complexidade por gestão dos estados, 2014.....	99
Tabela 33	Valores <i>per capita</i> das despesas custeadas com recursos próprios e do FNS das SES dos estados, 2014.....	101
Tabela 34	Percentuais de gastos com pessoal e encargos sociais das SES em relação às despesas totais em saúde dos estados, 2003 – 2014.....	102

MAPAS

Mapa 1	Mapa 1 – Regiões de saúde do estado do Tocantins.....	17
--------	---	----

GRÁFICOS

Gráfico 1	Participação relativa dos impostos e das transferências constitucionais e legais na composição do orçamento da saúde do Tocantins, 2003-2014.....	58
Gráfico 2	Evolução dos impostos de base estadual vinculáveis à saúde no estado do Tocantins, 2003 – 2014.....	61

Gráfico 3	Percentual de evolução dos impostos e transferências constitucionais e legais no estado do Tocantins, 2003 – 2014.....	62
Gráfico 4	Participação relativa do FPE nas receitas de recursos para a saúde do estado do Tocantins, 2003 – 2014.....	64
Gráfico 5	Transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS para a SES Tocantins, 2003 – 2014.....	66
Gráfico 6	Percentual de evolução dos recursos do bloco de média e alta complexidade da SES Tocantins, 2006 – 2014.....	68
Gráfico 7	Percentuais de recursos do bloco de média e alta complexidade por tipo de gestão no estado do Tocantins, 2005 – 2014.....	71
Gráfico 8	Percentual de aplicação de recursos próprios em saúde da SES do Tocantins, 2003 – 2014.....	80
Gráfico 9	Proporção de recursos aplicados em saúde pela SES Tocantins por fonte de financiamento, 2003 – 2014.....	81
Gráfico 10	Recursos aplicados em saúde na SES Tocantins, 2003 a 2014.....	81
Gráfico 11	Proporção de recursos aplicados em saúde na SES Tocantins por natureza de despesa, 2003 – 2014.....	83
Gráfico 12	Percentual de evolução dos gastos com pessoal e encargos sociais da SES Tocantins, 2003 - 2014.....	85

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIH	Autorização para Internação Hospitalar
APAC	Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CF88	Constituição Federativa Brasileira de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIDE	Contribuições de Intervenção sobre o Domínio Econômico
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CSLL	Contribuição Sobre o Lucro Líquido
CTB	Carga Tributária Bruta
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC-29	Emenda Complementar nº 29/2000
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FES	Fundo Estadual de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GM	Gabinete do Ministro
GNEO	Gratificação de Unidade Intermediária Neonatal
GRIN	Gratificação pelo Exercício da Atividade Médica no Interior do Estado
GSF	Gasto Social Federal
GUEM	Gratificação de Urgência e Emergência
GUTI	Gratificação de Exercício em Unidade de Terapia Intensiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e prestação de Serviços de transporte interestadual e de comunicação
ICSH	Indenização Compensatória por Serviços Hospitalares
IOF	Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguros
IPCA-E	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo Especial
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto sobre Propriedade predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRPJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto Sobre Serviços de qualquer natureza
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos
ITCMD	Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação de bens e direitos
ITR	Imposto Territorial Rural
LACEN	Laboratório Central
LC	Lei Complementar

LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MPOG	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PCCR	Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Subsídios
PCEP	Protocolo de Compromisso entre Entes Públicos
PLANEJASUS	Sistema de Planejamento do SUS
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família
RCB	Receita Corrente Bruta
RCL	Receita Corrente Líquida
REDASA	Ressarcimento de Despesas de Atividades de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES-TO	Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAFEM	Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos na Saúde
SISMAC	Sistema Informatizado de Média e Alta Complexidade
SOF	Secretaria de Orçamento Federal
SRF	Secretaria da Receita Federal
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TAPS	Transferências de Assistência e Previdência e Subsídios
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1. Perfil do estado	16
1.2. Rede Assistencial de Saúde do Tocantins	18
1.3. O financiamento da saúde no Brasil	21
1.4. Financiamento da Saúde no Tocantins	25
2. ELEMENTOS CONCEITUAIS.....	28
2.1. Evolução das despesas públicas no mundo	28
2.2. Federalismo	29
2.2.1. Princípios e bases legais do federalismo brasileiro	29
2.2.2. Federalismo fiscal.....	31
2.2.3. Federalismo e desigualdades regionais.....	35
2.3. Finanças públicas e orçamento público	37
2.3.1. Ciclo orçamentário	40
2.3.2. Classificação das despesas.....	42
2.3.2.1. Classificação institucional	43
2.3.2.2. Classificação funcional.....	43
2.3.2.3. Classificação por programas.....	43
2.3.2.4. Classificação segundo a natureza	44
2.3.3. Classificação das receitas	46
2.3.3.1. Classificação por categorias econômicas	46
2.3.3.2. Classificação por fontes.....	47
2.3.3.3. Classificação institucional	47
2.3.3.4. Classificação segundo as fontes de recursos	47
2.4. Gestão financeira do SUS.....	48
3. METODOLOGIA.....	52
3.1. Coleta de dados.....	53
3.1.1. Receitas.....	53
3.1.2. Despesas	54
3.1.3. PIB Estadual	54
3.2. Consolidação	54
3.3. Análise dos dados	54

4. EVOLUÇÃO DAS RECEITAS E DESPESAS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS, 2003 A 2014	56
4.1. Receitas.....	56
4.1.1. Impostos estaduais	58
4.1.2. Transferências Constitucionais e Legais	60
4.1.3. Transferências do Fundo Nacional de Saúde	63
4.1.3.1. Bloco da Atenção Básica.....	65
4.1.3.2. Bloco de média e alta complexidade	66
4.1.3.3. Bloco da vigilância em saúde	70
4.1.3.4. Bloco da assistência farmacêutica	71
4.1.3.5. Bloco de gestão do SUS	73
4.1.3.6. Bloco de investimentos e convênios.....	75
4.1.4. Síntese da evolução das receitas	76
4.2. Despesas	77
4.2.1. Despesas correntes.....	81
4.2.1.1. Pessoal e encargos sociais	81
4.2.1.2. Material de consumo	87
4.2.1.3. Serviços de terceiros.....	88
4.2.1.4. Custeio da rede hospitalar.....	89
4.2.2. Despesas de capital	90
4.2.2.1. Equipamentos e material permanente.....	90
4.2.2.2. Obras e instalações	91
4.2.3. Síntese da evolução das despesas	92
4.3. Relação entre receitas e despesas da saúde	93
4.4. Comparativo entre os estados brasileiros	96
5. DISCUSSÃO	101
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
7. RECOMENDAÇÕES	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
APÊNDICES	115

1. INTRODUÇÃO

1.1. Perfil do Estado

O estado do Tocantins é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localizado no norte brasileiro, possui 3,2% do território nacional, conta com 1.417.694 de habitantes (Estimativa IBGE 2014) que representa 0,7% da população do país (Quadro 1).

Possui uma densidade demográfica de 5,1 hab/km², em uma área de 277.621,858 km², com uma população urbanizada em 78,8% do total. A população de menores de 15 anos representa 28,77% e os acima de 60 anos, 8,50% da população total.

Quadro 1 – Perfil geral do Estado

Dados populacionais	Ano	
População residente (Censo IBGE)	2014	1.417.694
Área (em km ²)	2011	277.621,858
Densidade demográfica (hab./ km ²)	2014	5,10
Urbanização (%)	2010	78,8
População com menos de 15 anos (%)	2010	28,77
População com 60 anos e mais (%)	2010	8,50
Índice de envelhecimento (%)	2010	29,53
Habitação e infraestrutura urbana	Ano	Estado
Nível de atendimento de abastecimento de água (%)	2009	79,30
Nível de atendimento de abastecimento de esgoto	2009	27,80
Nível de atendimento de abastecimento de coleta de lixo	2009	75,00
Educação	Ano	Estado
Taxa de analfabetismo população de 15 anos e mais	2010	13,1

Fonte: IBGE

Vários outros aspectos merecem ser destacados para a caracterização do Estado tais como abastecimento de água (79,30%), esgotamento sanitário (27,80%) e coleta de lixo (75%), denotando a grande fragilidade no saneamento, o que implica diretamente no perfil epidemiológico com alta incidência de doenças de veiculação hídrica, parasitárias e infecciosas.

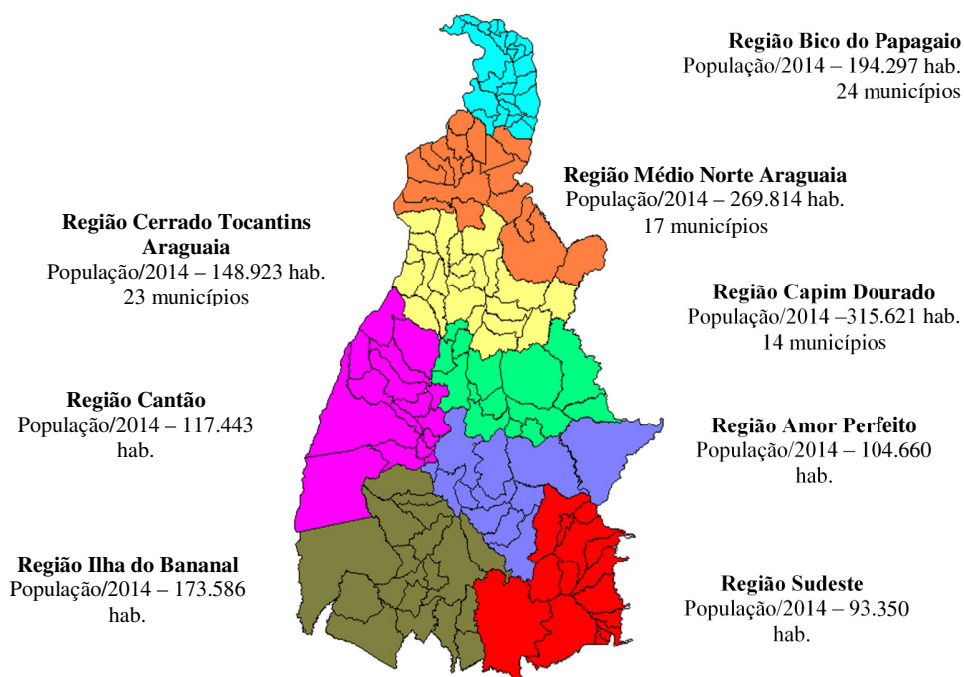
Conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o estado do Tocantins é composto por oito Regiões de Saúde, respeitando os critérios definidos pelo Decreto Presidencial nº 7.508/2011 e pela Resolução Tripartite nº 004/2012.

O Quadro 2 e o Mapa 1 mostram as regiões de saúde do Estado com suas respectivas populações em números absolutos e relativos.

Quadro 2 – Regiões de saúde do Tocantins

MACRO REGIÃO	REGIÕES DE SAÚDE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	
			Nº de habitantes	%
MACRO Centro Norte	Bico do Papagaio	24	194.297	13,71
	Médio Norte Araguaia	17	269.814	19,03
	Cerrado Tocantins Araguaia	23	148.923	10,5
MACRO Centro Sul	Capim Dourado	14	315.621	22,26
	Amor Perfeito	12	104.660	7,38
	Cantão	16	117.443	8,28
	Ilha do Bananal	18	173.586	12,24
	Sudeste	15	93.350	6,58
2	8	139	1.417.694	100

Fonte: Estimativa IBGE/2014.

Mapa 1 – Regiões de saúde do estado do Tocantins

Fonte: SES – Tocantins, 2014.

1.2. Rede Assistencial de Saúde do Tocantins

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, o Tocantins dispõe de 1.668 estabelecimentos de saúde, dos quais 83% são unidades assistenciais. Entre os estabelecimentos cadastrados 25% são unidades de atenção básica, 3,8% são serviços hospitalares e 1,1% são estabelecimentos de Pronto Atendimento. Do total de unidades, 34,8% se concentram na Região Capim Dourado.

Em relação à Atenção Básica, o Estado possui uma excelente cobertura da estratégia de saúde da família, tendo atingido no ano de 2014 uma cobertura populacional estimada de 93,51%, conforme Tabela 1. Além disto, os programas de agentes comunitários de saúde e de saúde bucal, assim como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão presentes na maior parte dos municípios do Estado e com uma boa cobertura.

Tabela 1 – Cobertura de atenção básica - Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	População	Agente Comunitário de Saúde % Cobertura de ACS	Estratégia de Saúde da Família		Equipe de Saúde Bucal		Núcleo de Apoio ao Saúde da Família		
			Equipes Implantadas	% de Cobertura ESF	Modalidade I	Modalidade II	Nasf I	Nasf II	Nasf III
					Implantadas	Implantadas	Implantadas	Implantadas	Implantadas
2003	1.230.188	99,84	285	70,5	147	0	0	0	0
2004	1.253.256	99,2	287	68,74	167	1	0	0	0
2005	1.305.708	98,9	317	74,49	200	1	0	0	0
2006	1.332.441	99,74	350	77,93	239	1	0	0	0
2007	1.243.627	98,28	346	74,94	242	2	0	0	0
2008	1.280.509	98,87	352	76,74	258	3	0	0	0
2009	1.292.051	100	382	87,7	290	5	0	0	0
2010	1.383.445	99,08	399	90,78	303	12	9	3	0
2011	1.400.892	99,93	408	86,94	313	13	14	3	0
2012	1.417.694	98,97	388	82,04	302	15	16	6	0
2013	1.478.164	97,72	415	88,2	315	15	12	14	42
2014	1.496.880	99,97	470	93,51	338	17	15	19	69

Fonte: MS/SAS/MS e IBGE

Ao contrário, no que concerne aos serviços de atenção à saúde mental ofertados no Estado (Quadro 3), observa-se que, apesar de uma boa cobertura de CAPS, existem ainda grandes vazios assistenciais. Dessa forma, os Centros de Atenção Psicossocial, incluindo aqueles especializados em Álcool e Drogas, ofertados nas Macrorregiões Norte e Sul do Estado são insuficientes, necessitando ainda da implantação de Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil (UAA e UAI) e Serviços de Residência Terapêutica (SRT) nas regiões.

Quadro 3 – Atenção psicossocial especializada por CIR - Tocantins, 2014.

MACRO	REGIÃO DE SAÚDE / CIR	CAPS			SRT		
		MUNICÍPIO	QUANTIDADE	TIPO			
Macro Norte	Bico do Papagaio	Araguatins	1	II	1		
		Tocantinópolis	1	I	-		
	Médio Norte Araguaia	Araguaína*		2	II	-	
					AD III		
	Cerrado Tocantins Araguaia	Colinas do Tocantins	1	II	-		
Pequizeiro		1	I				
Macro Sul	Cantão	Paraíso	1	I	-		
	Capim Dourado	Palmas	2	II	-		
				AD III			
	Amor Perfeito	Porto Nacional	1	II			
	Ilha do Bananal	Gurupi	2	I	-		
				AD III			
	Sudeste	Formoso	1	I			
Dianópolis					1	I	-
Taguatinga					1	I	-
Total			15		1		

Fonte: CNES

Nota:

1 - CAPS II DE Gestão Estadual

Em termos de atenção às urgências, poucos municípios do Estado contam com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), como Araguaína, Palmas, Lajeado, Miranorte, Tocantínia, Miracema, Novo Acordo, Paraíso e Porto Nacional (Quadro 4). Os demais municípios estão sem cobertura deste componente da rede de urgência e emergência.

Quadro 4 – Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência – SAMU 192, Tocantins, 2014.

Macro	Região de Saúde (CIR)	Nº Municípios	Unidade/Serviço		
			CRM	USB	USA
Macro Norte	Bico do Papagaio	28	-	-	-
	Médio Norte Araguaia	14	01 Municipal Araguaína	2	1
	Cerrado Tocantins Araguaia	23	-	-	-
Macro Sul	Capim Dourado	16	01 Regional Palmas	1	-
	Amor Perfeito	14		8	2
	Cantão	12			
	Ilha do Bananal	18	01 Municipal Gurupi	2	1
	Sudeste	15	-	-	-
Total		139	3	13	4

Fonte: CNES

Nota:

1 - USB – Unidade de Suporte Básico de Vida/ USA – Unidade de Suporte Avançado de Vida/ CRM – Central de Regulação Médica

As Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24 horas são estruturas do componente pré-hospitalar fixo, de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as portas de urgência hospitalares. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao SAMU 192 uma vez que organiza o fluxo de atendimento, encaminhando o paciente ao serviço de saúde adequado à situação apresentada.

No estado do Tocantins, existem poucas unidades de UPA 24h o que acaba sobrecarregando as unidades hospitalares quando há necessidade de serviços de urgência e emergência, conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Serviço de atendimento pré-hospitalar fixo de urgência e emergência – UPA 24h, Tocantins, 2014.

UPA 24h				
Macro	Região de Saúde (CIR)	Local	Quantidade	Porte
Macro Norte	Bico do Papagaio	-	-	-
	Médio Norte Araguaia	Araguaína*	2	II
	Cerrado Tocantins Araguaia	-	-	-
Macro Sul	Cantão	-	-	-
	Capim Dourado	Palmas	1	III
			1	II
	Amor Perfeito	Porto Nacional	1	I
	Ilha do Bananal	Gurupi	1	II
		Crixás*	1	I
Sudeste	-	-	-	
Total		-	7	-

Fonte: CNES

Notas:

1 - Araguaína: UPA em fase de aquisição de equipamentos

2 - Crixás - fase de construção

Em relação à quantidade de leitos hospitalares, observa-se na Tabela 2 que em 2014, a quantidade total de leitos era de 2890, sendo 2398 leitos disponibilizados para o SUS e 74,1% na gestão da SES Tocantins. Ressalta-se que de todos os leitos cirúrgicos e complementares (UTI e UCI) disponibilizados para o SUS, a grande maioria encontra-se sob a responsabilidade da gestão estadual.

Tabela 2 – Números de leitos hospitalares do SUS sob gestão estadual, Tocantins, 2014.

Descrição do Leito	Existentes	SUS	SUS de Gestão Estadual	% SUS Sob Gestão Estadual
Cirúrgico	788	635	555	87,4
Clínico	896	745	489	65,6
Pediatria Cirúrgica	14	12	11	91,7
Pediatria Clínica	409	368	206	56,0
Obstetrícia Cirúrgica	184	157	110	70,1
Obstetrícia Clínica	251	222	150	67,6
Complementares (UTI e UCI)	348	259	256	98,8
Total	2890	2398	1777	74,1

Fonte: CNES/DATASUS

1.3. O financiamento da saúde no Brasil

A luta por um financiamento contínuo e sustentável para a saúde vem sendo travada desde a Constituição Federal (CF) e da regulamentação do Sistema Único de Saúde - SUS. Vários esforços foram e têm sido realizados, porém perduram os problemas de insuficiência e instabilidade financeiras.

Nestes anos de implantação do SUS, várias alternativas de fontes de financiamento foram tentadas. De modo geral, houve uma ampliação de receitas tributárias. Contudo, em comparação ao PIB e ao orçamento federal, não houve mudança significativa no financiamento da saúde no país.

A Constituição Federal criou o Orçamento da Seguridade Social (OSS), partilhado entre a Assistência Social, a Previdência e a Saúde, a qual ficaria com 30% dos recursos, até que uma lei definisse os mecanismos de financiamento da saúde.

Todavia, o que aconteceu, na prática, foi uma competição entre as áreas, e a Previdência acabou ficando com todos os recursos para custear as pensões e aposentadorias, o que impôs à área da saúde (e da assistência social) a busca de novas formas de financiamento.

Com a criação das contribuições sociais, principalmente a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS, para financiar além de outras áreas, a saúde, houve uma expansão considerável das receitas federais, porém alguns mecanismos utilizados pelo governo como a

Desvinculação de Receitas da União – DRU, num percentual de 20%, contingenciaram os recursos que poderiam ser destinados à saúde.

Com a intenção de aumentar o volume de recursos para a saúde, foi criada, em 1997, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Contudo, a previsão de que sua arrecadação significaria um acréscimo significativo de recursos alocados no Fundo Nacional de Saúde não se tornou realidade, pois houve uma redução da destinação dos recursos oriundos das contribuições sociais para a saúde e também a não aplicação na íntegra do recurso gerado pela CPMF na saúde.

Com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), em 2000, houve a regulamentação do piso a ser aplicado na saúde, cabendo à União alocar, no mínimo, o valor aplicado no ano anterior mais a correção do PIB; aos estados, alocar 12% e aos municípios 15% dos totais de seus respectivos orçamentos. Assim, de novo, não se materializou a expectativa da ampliação dos gastos federais em saúde, embora tenham sido ampliados os recursos dos estados e municípios.

Por conta dos estados e dos municípios, com a aprovação da EC-29, houve uma ampliação de recursos públicos para saúde, em relação ao PIB, de um ponto percentual, saindo de 2,89 em 2000 para 3,91% em 2011. No período de 2000 a 2011, de todo o recurso público aplicado na saúde no país, houve a ampliação da participação dos estados no financiamento do SUS, saindo de 18,5% para 25,7%, e dos municípios de 21,7% para 29,6%, sendo que a União reduziu sua participação de 60% para 44% no mesmo período.

Segundo estudo do IPEA (SERVO et al., 2011), a aprovação da EC-29 propiciou um incremento de recursos para a saúde da ordem de 114% no período de 2000 a 2010. Como consequência, o gasto per capita das três esferas passou de R\$ 378,27 para R\$ 717,70 no mesmo período, apresentando crescimento real de 89,7%.

Mesmo com os avanços obtidos, a EC-29 não resolveu alguns problemas como a não vinculação do financiamento da saúde às contribuições sociais, que crescem mais rapidamente do que o recurso efetivamente gasto em saúde, e a vinculação ao PIB, pois em um período de estagnação econômica, os recursos tendem a se estabilizar.

Outro estudo do IPEA (PIOLA et al., 2013) utilizou três variáveis para aferir o esforço realizado pelos entes federados em relação a Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS. A primeira se refere à participação do gasto em relação aos valores nominais que compõem o numerador da Carga Tributária Bruta (CTB). A segunda variável avalia a participação do gasto em relação à Receita Corrente Bruta (RCB). Por fim, o gasto com

saúde é aferido considerando-se a RCB, descontadas as Transferências de Assistência e Previdência e Subsídios (TAPS), conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Gasto com ASPS em relação à CTB, à RCB e na RCB-TAPS (RCB descontadas as transferências de assistência e previdência e subsídios) (2002-2011).

Ano	% da CTB			% da RCB			% da RCB - TAPS		
	União	Estados	Municípios	União	Estados	Municípios	União	Estados	Municípios
2002	7,7	7,8	48,3	7,2	5,4	10,9	14	6,5	11,8
2003	7,5	8,2	47,1	7,1	5,8	11,1	14,8	7	12
2004	7,7	9,2	47,4	7,3	6,5	11,3	14,6	7,8	12,2
2005	7,5	8,9	52,6	7	6,1	12,2	13,8	7,3	13
2006	7,5	9,2	53,3	7	6,4	12,4	13,9	7,6	13,2
2007	7,1	9,4	51,6	6,7	6,5	12,3	13,4	7,7	13,1
2008	6,9	10	56,9	6,4	6,8	12,2	12,4	7,7	14,1
2009	8	11,2	57,4	7,5	7,6	13,2	16,1	9	14,1
2010	7,3	11	55	7	7,6	13	14,5	8,9	14,1
2011	7,2	11	54,7	7	7,5	13,5	14	9	14,7

Fonte: PIOLA et. al, 2013.

Em relação à CTB, percebe-se que a participação do gasto em saúde no total das receitas tributárias da União (incluídas as contribuições) oscilou entre 7% e 8%, no período entre 2002 e 2011. Ao mesmo tempo, houve um aumento da participação dos gastos em saúde dos estados e municípios em relação a essas receitas. Os estados, progressivamente, saíram de 7,8 % para 11% e os municípios, de 48,3% para 54,7%.

Quando se trata da RCB, percebe-se uma redução das participações dos municípios e dos estados quando comparadas aos indicadores de gastos sobre a CTB, pois na RCB estão incluídas as transferências constitucionais e legais que ampliam a base das receitas. A mesma tendência não se observa na União, pois praticamente não recebe de outro ente, variando minimamente devido à inserção de outras receitas.

Em relação à RCB, excluindo-se as TAPS, haveria o valor das receitas disponíveis para aplicação, pois como o pagamento da Previdência é de natureza obrigatória e vinculada, o restante estaria disponível para aferição dos gastos em saúde. Constata-se, como a CTB e a RCB, também um aumento progressivo dos estados e municípios e uma estagnação ao longo dos anos da União.

Conforme Tabela 4 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013), o governo federal reduziu entre 2000 e 2011 os gastos em saúde como proporções da Receita Corrente Bruta

e da Receita Corrente Líquida. Em relação ao PIB, neste período de 12 anos, o gasto federal em saúde só superou o gasto realizado em 2000 duas vezes (em 2009 e em 2011).

Tabela 4 - Participação federal nos gastos em saúde proporcional à RCB, RCL e do PIB do exercício.

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
% RCB	8,06	7,77	7,21	7,07	7,26	6,92	6,98	6,72	6,45	7,51	6,96	7,03
% RCL	14,02	13,4	12,25	12,08	12,37	12,04	11,82	11,46	11,36	13,33	12,4	12,95
% PIB	1,73	1,73	1,67	1,6	1,68	1,7	1,72	1,66	1,61	1,8	1,64	1,75

Fonte: CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013.

Apesar de o governo federal, no período de 2000 a 2005, ter elevado a carga tributária em 4,37 pontos percentuais, a destinação de recursos para a saúde praticamente permaneceu inalterada, o que representou uma diminuição dos recursos federais aplicados em ações e serviços públicos de saúde de 9,6% em 1995 para 6,72% em 2007 em relação às receitas correntes brutas.

O Brasil, considerando os gastos públicos e privados, aplica na saúde 8,9% do PIB, índice bastante próximo aos de muitos países com sistema universal. Porém, o que difere o Brasil desses outros países é que a participação do setor privado é maior do que a do público.

Segundo dados do Banco Mundial (2013), em 2011, o dispêndio global em saúde (público e privado), em termos percentuais do Produto Interno Bruto (PIB), foi de 9,3% na Inglaterra, 9,4% na Espanha, 11,2% no Canadá e 9,0% na Austrália.

Conforme publicação da FIOCUZ-IPEA (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013), nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da saúde provém de fontes públicas. O desembolso direto, forma mais iníqua e excludente de financiamento, é, paradoxalmente, maior nos países mais pobres (OMS, 2000).

O Banco Mundial (2013) realizou estudos em vários países do mundo com sistemas de cobertura universal e verificou que a participação de fontes públicas de financiamento variou de 68,5% na Austrália a 82,7% na Inglaterra, com uma média de 70% nos países pesquisados. No Brasil, no ano de 2011, a participação de recursos públicos nos gastos totais foi de 45,7%.

Mesmo com alguns avanços ocorridos nos últimos anos, na tentativa de garantir um financiamento adequado para a saúde, constata-se que a saúde não foi uma prioridade para

o governo brasileiro, conforme estudo do IPEA (CASTRO et al., 2012) que analisou a evolução do Gasto Social Federal (GSF) que são os recursos aplicados na Previdência Social, benefícios aos servidores públicos, saúde, assistência social, alimentação e nutrição, habitação e urbanismo, saneamento básico, trabalho e renda, educação, desenvolvimento agrário e cultura.

O GSF, no período de 1995 a 2010, cresceu 172% em valores reais acima da inflação e 125% per capita, o que aponta para um crescimento maior que o crescimento da população. Os recursos aplicados no GSF aumentaram de 11,24% para 15,54% do PIB nos anos de 1995 a 2010 – um acréscimo de 4,3% do PIB.

No entanto, constata-se que a evolução é distinta quando se comparam as diversas áreas sociais envolvidas, sendo que algumas áreas ficaram estagnadas em relação ao PIB e até tiveram reduzida sua participação em termos de volume de recursos.

A área da Previdência Social ficou com mais da metade dos recursos novos aplicados (2,4% do PIB). A assistência social ficou com 1%, fundamentalmente destinado às transferências diretas de renda. As demais áreas ficaram com 0,96% do PIB.

Em relação à área da saúde, houve uma estagnação no volume de recursos federais alocados e até mesmo uma redução significativa em relação ao PIB, do ano 1995, de 1,8% para 1,53%, em 1996, oscilando a partir deste ano até 2010 entre 1,58% e 1,71% do PIB. Em relação ao GSF, a participação do setor saúde foi reduzida de 15,9% em 1995 para apenas 10,8% em 2010.

Portanto, o financiamento da saúde no Brasil, apesar de algumas tentativas de incorporação de novos recursos, ainda se encontra muito distante de um financiamento adequado, principalmente quando se analisa a evolução da aplicação de recursos pela União e também quando se compara o Brasil com outros países que optaram por um sistema público de saúde universal.

1.4. Financiamento da Saúde no Tocantins

A Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins apresenta, ao longo dos últimos 12 anos, um aumento da aplicação de recursos próprios em saúde, tendo atingido em 2014 a 21,47% do total das receitas orçamentárias vinculadas à saúde do governo estadual. Todavia, esse montante não tem sido suficiente para atender a necessidade de implantação e ampliação de serviços que garantam o funcionamento adequado das redes de atenção à saúde. Se forem, de fato, ampliados estes serviços, com certeza, a fonte de recursos

próprios do estado será ainda mais onerada, mesmo com a contrapartida federal para implantação destes serviços.

No ano de 2003, conforme dados obtidos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, o estado do Tocantins investiu 11,32% do seu orçamento em ações e serviços públicos em saúde, passando para 21,47 % em 2014. Além disto, a arrecadação de impostos de base estadual e as transferências constitucionais e legais cresceram nos últimos 12 anos, o que amplia a base de cálculo de recursos aplicados na saúde.

É importante notar que, à exceção do estado do Amazonas que aplicou 22,21%, nenhum outro estado brasileiro chegou a um montante tão elevado de comprometimento de seu orçamento com a saúde como o estado do Tocantins. Como o Estado chegou a esses níveis de gasto com a saúde? Em que serviços, efetivamente, têm sido aplicados esses recursos? Em que fontes, o tesouro estadual os tem buscado?

Para responder a estas questões, esse estudo se propôs a analisar a evolução das receitas e despesas na área da saúde nos últimos 12 anos no Tocantins correspondentes às três últimas gestões governamentais do Estado. Os resultados dessa análise podem vir a ser úteis à gestão da Secretaria de Estado da Saúde, ajudando-a a reorganizar suas ações e a tomar medidas para melhorar a condução do sistema de saúde no Estado. Podem contribuir também para ampliar a compreensão da gestão financeira do Sistema Único de Saúde no âmbito estadual.

Especificamente o estudo visa:

- Estimar a participação de recursos federais e estaduais no financiamento da saúde no estado do Tocantins no período de 2003 a 2014.
- Apresentar a evolução das despesas em saúde (totais e por elementos) no mesmo período.
- Apresentar a evolução da relação entre receitas e despesas de saúde no mesmo período.

Em relação às transferências do Fundo Nacional de Saúde para o estado do Tocantins, no ano de 2005, 32,7% de todo o recurso de custeio aplicado na saúde vinha do governo federal, proporção que se reduziu a 17,7% no ano de 2014, conforme dados obtidos no SIOPS.

Considerando a participação dos municípios, é preciso salientar que a descentralização pouco avançou no estado do Tocantins, fazendo com que a maioria dos serviços de média e alta complexidade, principalmente os hospitais, encontrem-se ainda sob a gestão da Secretaria de Estado.

Além disto, o estado do Tocantins passa por uma grave crise no financiamento da máquina pública que se reflete na insuficiência de profissionais para fechamento de escalas de serviços nos hospitais, na falta de materiais de consumo e de medicamentos, na infraestrutura deficiente das unidades hospitalares, na falta de pagamento das contrapartidas estaduais pactuadas com os municípios, entre outras coisas, levando-se a questionar como tem sido definida e priorizada a alocação de recursos do Estado.

O financiamento da saúde no Brasil tem preocupado os gestores e todas as pessoas que militam no SUS, tornando-se um assunto amplamente discutido, seja no âmbito do Estado, seja na sociedade civil, o que não tem sido diferente no Tocantins.

Nessa discussão, vale lembrar uma análise sobre o assunto feita por Gilson Carvalho (2012) que afirma: “Não será apenas mais dinheiro capaz de resolver os problemas de saúde do Brasil. Não resolve sozinho e também não se resolve sem dinheiro”. Portanto, a luta por mais recursos para a saúde é importante, mas o uso adequado dos recursos e um conhecimento profundo das receitas e despesas definidas no orçamento são fundamentais na gestão da saúde pública.

2. ELEMENTOS CONCEITUAIS

2.1. Evolução das despesas públicas no mundo

Os Estados nacionais, independentemente das ideologias de seus governantes, têm apresentado, desde meados do século 20, um crescente aumento das despesas públicas. Nesse caso, o Brasil não é exceção.

Alguns estudiosos têm procurado explicar as causas deste crescimento. O economista Adolf Wagner, por exemplo, formulou, nos anos de 1880, a “Lei do Crescimento Incessante das Atividades Estatais” com o seguinte enunciado básico:

À medida que cresce o nível de renda em países industrializados, o setor público cresce sempre a taxas mais elevadas, de tal forma que a participação relativa do governo cresce com o próprio ritmo de crescimento do país. (GIACOMONI, 2012).

A Lei de Wagner foi comprovada empiricamente por Richard Bird (REZENDE DA SILVA, 1979, p.30) que apontou três determinantes da evidência formulada por Wagner:

- o crescimento das funções administrativas e de segurança;
- as crescentes demandas por maior bem-estar social, especialmente educação e saúde;
- a maior intervenção direta e indireta do governo no processo produtivo.

Outro estudo, de Gerhard Colm (BURHEAD, 1971), concluiu que as causas do crescimento dos gastos públicos seriam: a necessidade de serviços públicos; o desejo de melhores serviços públicos; os recursos disponíveis para utilização pelo governo; e o custo dos serviços públicos.

Peacock e Wiseman (1970, apud GIACOMONI, 2012, p. 08), por sua vez, realizaram uma investigação no Reino Unido sobre a evolução das contas públicas e concluíram:

O crescimento dos gastos totais do governo em determinado país é muito mais uma função das possibilidades de obtenção de recursos do que da expansão dos fatores que explicam o crescimento da demanda de serviços produzidos pelo governo.

Outro estudo importante (BAER et alii, 1976) analisou a questão do capitalismo estatal brasileiro e desenvolveu três hipóteses sobre processo de alocação de recursos:

1. O forte aparato econômico do governo é um coadjuvante do mercado, cujas forças orientam o crescimento econômico;

2. O setor público é controlado pelo grande capital privado, que necessita do planejamento público e de investimentos de infraestrutura para viabilizar a expansão e a acumulação; e
3. Os tecnocratas e os militares-empresários, atrás de uma retórica da defesa da livre iniciativa, criaram condições para a expansão do Estado por meio da multiplicação de unidades descentralizadas: as chamadas estatais.

Musgrave e Musgrave (1980, apud GIACOMONI, 2012, p. 14 e 15) também elencam algumas explicações para o crescimento da função do Estado:

1. O crescimento da renda per capita e o aumento da demanda por bens e serviços públicos;
2. Mudanças tecnológicas;
3. Mudanças populacionais;
4. Os custos relativos dos serviços públicos;
5. Mudança no alcance das transferências sociais;
6. Disponibilidade de alternativas para a tributação; e
7. Fatores políticos e sociais.

Quando se avaliam estas várias teorias do crescimento da despesa pública no mundo e também no Brasil, constata-se que as mesmas continuam atuais e que refletem em grande parte a situação econômica e financeira que o país tem vivenciado. O crescimento do país, em alguns momentos recentes, foi acompanhado de um aumento significativo das despesas públicas, muito mais por uma maior disponibilidade orçamentária do que realmente por uma efetivação de políticas públicas que garantissem ganhos sociais à população brasileira.

No Tocantins não é diferente, pois como será apresentado no capítulo de resultados deste trabalho, pode-se constatar que houve uma ampliação das despesas em cerca de três vezes em relação ao crescimento das receitas. Essas despesas foram motivadas pelos custos relativos dos serviços públicos com a incorporação de novos serviços, de tecnologias e principalmente pela crescente necessidade de pagamento de pessoal.

2.2. Federalismo

2.2.1. Princípios e bases legais do federalismo brasileiro

O federalismo é uma forma de se organizar o Estado, em que o poder e a autoridade estão repartidos em vários centros autônomos, geograficamente separados e, ao mesmo

tempo, coordenados e interdependentes. Essa forma de organização molda relações intergovernamentais, competitivas e cooperativas, caracterizadas pelo conflito de poder e pela negociação entre esferas de governo (ALMEIDA, 2001).

O Estado brasileiro é caracterizado por um federalismo cooperativo que, segundo Almeida (2001, p. 27), se traduz pela “existência de funções compartilhadas pelas diferentes esferas de governo”. Além disto, o federalismo cooperativo trabalha com o enfoque da descentralização das políticas públicas, onde o ente central só atuaria quando a atuação dos entes subnacionais fosse insuficiente para atender a uma demanda social.

O modelo federativo brasileiro é singular, pois é descentralizado em três “ordens de competência legislativa, política e administrativa, com expressa inclusão também dos municípios na classe maior dos entes federativos” (LOBO, 2006, p. 48). Portanto, os municípios gozam de autonomia política, administrativa e financeira garantida pela legislação, o que não é comum na cena internacional.

A discussão sobre federalismo aborda conceitualmente duas vertentes: a jurídica e a política. A abordagem jurídica enfoca aspectos relacionados à organização político-administrativa do Estado, enquanto a política enfatiza elementos institucionais e econômicos que envolvem as relações entre os entes federados.

Quando se aborda o tema federalismo em um Estado, é necessária uma abordagem que engloba dois princípios básicos: autonomia e participação.

O primeiro refere-se ao princípio de autodeterminação dos entes subnacionais e está garantido pela Constituição. A consequência prática da autonomia é a descentralização do poder no sentido do fortalecimento dos entes subnacionais.

O princípio da participação, por sua vez, está associado à responsabilidade dos entes na governança do sistema, emergindo a noção de cooperação das ações entre os entes federados. O sentido da cooperação tem duas vertentes: a de caráter horizontal, pactuada entre as unidades federadas, e a de caráter vertical, que se materializa na relação entre a União e os entes subnacionais, para atender aos interesses da nação naquilo que diz respeito à satisfação das demandas sociais e ao equilíbrio macroeconômico do país (Amaral Filho, 2008).

O Estado brasileiro vem passando por diversas e significativas transformações desde os anos 1980. O quadro geral de dificuldades econômicas, então vividas, veio a condicionar as proposições descentralizadoras do federalismo proposto na CF/1988. A própria admissão dos municípios como entes federados nesta Constituição já representou

tais mudanças. Isso significaria um quadro de relações federativas com maior protagonismo dos governos subnacionais. Entretanto, não foi isso que ocorreu. Para os governos estaduais, houve a perda de receitas inflacionárias, que se seguiu ao controle do processo inflacionário, aliada à expansão do endividamento em cenário de altas taxas de juros, que resultou em estrangulamento das contas públicas na grande maioria dos estados da Federação.

2.2.2. Federalismo fiscal

Em relação ao conceito de federalismo, na perspectiva político-institucional, destaca-se o tema do federalismo fiscal. No regime federativo, admite-se que o sistema tributário nacional deva conceder maior autonomia e responsabilidade fiscal aos estados e municípios (Carvalho, 2000).

No federalismo fiscal, o sistema tributário deve ser estruturado de forma a distribuir as receitas públicas entre as várias unidades e esferas administrativas, visando proporcionar condições para atender às demandas que lhe são dirigidas (Oliveira, 1999).

Os princípios que norteiam o federalismo fiscal incorporam aqueles relacionados ao federalismo clássico, no caso, o princípio da autonomia, que está associado à autodeterminação dos entes federados. Para que este princípio se mostre operativo, torna-se necessária uma boa dose de descentralização do poder central em favor do fortalecimento dos entes subnacionais. O princípio da participação está relacionado à responsabilidade dos diferentes Entes Federativos nas boas práticas de governança.

Neste contexto, a cooperação entre os diferentes entes federados para equacionar conflitos de natureza vertical e horizontal que se manifestam no dia a dia do funcionamento da federação é de fundamental importância. Portanto, o êxito deste arranjo encontra-se fortemente atrelado à relação entre autonomia e cooperação. O aspecto singular é que estes princípios devem ser, e são, operados por todos os entes federativos – União, estados e municípios, concomitantemente ou de forma isolada.

As relações federativas no Brasil, principalmente pela descentralização definida na Constituição de 1988, teve um enfoque na relação governo federal e municípios, centrado nos aspectos da democratização de poder e de recursos em direção aos entes municipais. Porém, após 27 anos dessa trajetória federativa municipalista, a necessidade de redefinição e fortalecimento do papel dos governos estaduais na gestão pública brasileira vem se tornando imperativo.

Do ponto de vista das relações federativas, o pêndulo tendeu para uma reconcentração de poderes políticos, institucionais e financeiros no âmbito do governo federal. As razões para esta centralização estão fortemente relacionadas com as tarefas de reorganização do Estado brasileiro (finanças, gestão, planejamento etc.) para levar adiante a tarefa do desenvolvimento em contexto de dificuldades macroeconômicas de grande monta (Arretche, 2012; Amaral Filho, 2012; Oliveira, 2007).

Adicionalmente, deve ser posto que quando se considera o tema da descentralização no federalismo se está discutindo ora descentralização fiscal, ora descentralização de políticas públicas, ora descentralização política, ou uma mistura dos três tipos (Rodden, 2005). Para as discussões que se seguem, a ênfase se dará na descentralização fiscal e de políticas públicas.

Na década de 90, devido ao ajuste macroeconômico, com a renegociação das dívidas estaduais e a contenção da ação fiscal por meio da Lei de Responsabilidade Fiscal, os estados passaram a ter menos recursos disponíveis para a execução de políticas públicas. Além disto, foram induzidos a assumir maiores responsabilidades pela execução de políticas, como na educação e na saúde, sem um correspondente financiamento para esta finalidade. Portanto, os governos estaduais, ao longo das últimas duas décadas, tiveram dificuldades para desenvolver e implementar estratégias de políticas públicas em seus territórios.

Os entes estaduais são bastante heterogêneos em sua capacidade de financiamento e esta é uma das facetas da enorme desigualdade regional brasileira. Quando se analisa o produto interno bruto (PIB) do país, dois terços são gerados em apenas cinco estados do Sudeste e do Sul: São Paulo – liderando com 31% – Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná, enquanto as nove Unidades da Federação (UFs) que integram o Nordeste respondem apenas por 13,5% da produção nacional, mesmo abrigando 27% da população do país (IPEA, 2014).

As unidades da federação de baixa dotação de recursos *per capita* são justamente aquelas de mais baixo nível de desenvolvimento e situam-se, regra geral, na região historicamente com padrões de bem-estar mais baixos. Daí que os recursos transferidos pelo sistema de partilha fiscal, ademais de não serem suficientes em seus montantes para igualar nacionalmente padrões de acesso a políticas públicas, não têm sido capazes de modificar a dinâmica do investimento dentro da região menos desenvolvida: os recursos

públicos transferidos para as regiões menos desenvolvidas tendem a retornar, via comércio inter-regional, para as regiões mais desenvolvidas do país (Monteiro Neto, 2013).

Já na década de 2000, houve uma inversão na agenda política brasileira, o governo central priorizou, em certa medida, as políticas sociais. Depois de alcançada a estabilidade macroeconômica, o Estado brasileiro caminhou para o enfrentamento das graves iniquidades sociais, com a definição de políticas de combate à pobreza e de redução das desigualdades. Além disto, o governo central, ao invés da descentralização preconizada pela Constituição Federal, intensificou a centralização de recursos fiscais e a definição de políticas em detrimento dos entes subnacionais.

O ente estadual passou a ter um papel minorado, nas últimas duas décadas, quanto à sua participação no gasto, limitado pela expansão das transferências fiscais do governo federal na forma de recursos vinculados. Além disto, as receitas nacionais passaram por uma centralização de sua arrecadação pelo governo federal.

Com referência aos dados apresentados na Tabela 5, nota-se uma expansão da carga tributária total, mais pelo avanço da participação da União e menos dos estados e municípios. Os governos estaduais registram redução relativa ao longo das duas últimas décadas: em 1990, logo depois da promulgação da Carta Constitucional, os estados contribuíam com 29,57% da CT nacional e chegam em 2010 a 25,23% daquele total, passando por reduções sucessivas de sua capacidade de gerar carga tributária.

Tabela 5 - Brasil: descentralização vertical (1990, 1995, 2000, 2005, 2010) (CT total e por ente federativo, em % do PIB).

Anos escolhidos	CT Total (% do PIB) (A)	CT por ente federativo			Proporção da União no total (B/A) (%)	Proporção dos estados no total (C/A) (%)	Proporção dos municípios no total (D/A) (%)
		União (% do PIB) (B)	Estados (% do PIB) (C)	Municípios (% do PIB) (D)			
1990	30,50	20,53	9,02	0,95	67,31	29,57	3,11
1995	29,76	20,01	8,32	1,43	67,23	27,95	4,80
2000	33,18	22,97	8,69	1,52	69,22	26,19	4,58
2005	37,37	26,18	9,62	1,57	70,04	25,75	4,20
2010	33,56	23,46	8,47	1,63	69,90	25,23	4,85

Fonte: Ministério da Fazenda

Os municípios, a seu turno, ampliaram sua participação na carga tributária nacional nos anos 2000, comparando-se com a situação prevalecente no início da década de 1990.

Entretanto, há anos em que sua participação relativa no bolo tributário se reduz em relação ao ano anterior, como em 2000 e 2005.

Enfim, a relevância nesta análise da evolução da carga tributária é mostrar que foi a esfera federal que teve ampliada, no período de 1990 a 2010, sua participação na arrecadação de recursos a nível nacional.

Além das perdas relativas na arrecadação tributária nacional, estados e municípios depararam-se com uma tendência de vinculação orçamentária para as áreas de educação e saúde, com a definição de percentuais mínimos de aplicação do seu orçamento, o que reduziu sua autonomia de gastos. Como consequência desta vinculação, os investimentos em infraestrutura econômica e social passaram a ficar em um segundo plano quando da disponibilidade eventual de recursos.

A Constituição de 1988 representa um marco no novo desenho do federalismo brasileiro. Como destacado por Mendes (2007), três questões básicas desafiaram a Assembleia Nacional Constituinte: *i*) o equilíbrio federativo; *ii*) as disparidades regionais; e *iii*) as desigualdades sociais.

Em relação às disparidades regionais, o desafio não foi devidamente resolvido. Os órgãos de desenvolvimento regional, no período 1988-2012, foram reduzidos em sua importância tanto em termos orçamentários quanto de competências, com consequências desastrosas para a trajetória das economias regionais periféricas.

Já em relação às desigualdades sociais, os avanços foram importantes com uma melhora substancial na trajetória dos indicadores que as medem, apontando para melhoras significativas, por exemplo, no índice de desenvolvimento humano (IDH) e no índice de Gini.

Atentando para as três questões básicas objetos de preocupação dos constituintes, é possível afirmar que, mesmo com todas as reformas realizadas, a questão do equilíbrio federativo ainda não foi equacionada. A guerra fiscal entre os estados está aí para corroborar tal assertiva. Estudos recentes indicam graves fragilidades dos governos estaduais, com destaque para os conflitos de natureza vertical e horizontal (Vergolino, 2013).

Porém, para reduzir as desigualdades regionais, ficou definido que os estados mais pobres e os municípios das capitais mais pobres teriam direito a uma participação maior no Fundo de Participação dos Estados (FPE) e no Fundo de Participação dos Municípios (FPM), formados por parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e do Imposto

de Renda (IR), ambos de competência da União. O resultado de tal construção institucional foi um crescimento da participação dos estados e, principalmente, dos municípios das regiões mais pobres, na arrecadação fiscal nacional, em detrimento da União.

Em relação à questão das competências, a Constituição Federal garantiu apenas à União a iniciativa no campo tributário. Para fazer frente à expansão dos gastos previdenciários, aumentados pela Constituição de 1988, e para financiar os gastos em educação e saúde, o governo federal, pressionado pelos defensores das políticas sociais, lançou mão da criação de contribuições – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), Programa de Integração Social (PIS), Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) – não compartilhadas com os estados e municípios. Estas contribuições não compartilhadas tiveram como consequência a reversão do processo de descentralização, que constituía um desejo dos constituintes.

No contexto estadual, foram criados três grupos de impostos. Os primeiros, definidos como impostos próprios, representados pelos impostos sobre os quais os estados têm liberdade de legislar, observados os dispositivos constitucionais. Destacam-se neste grupo: transmissão *causa mortis*; Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA). O segundo grupo de impostos compreende a categoria dos impostos transferidos: FPE e IPI. Finalmente, no terceiro grupo, destaca-se o imposto adesivo, definido na Carta como um adicional do Imposto de Renda.

2.2.3. Federalismo e desigualdades regionais

No Brasil, as desigualdades regionais de qualidade de vida e de desenvolvimento econômico são aspectos de extrema relevância para o entendimento do pacto federativo. As desigualdades são elementos geradores de grande tensão sobre as relações políticas e de instabilidade no federalismo brasileiro.

Uma das questões do federalismo brasileiro que mais têm demandado esforço de compreensão e de atuação são as relações verticais de poder. É de longa data que a questão regional se colocou fortemente no país devido ao atraso econômico relativo de áreas do território nacional como as regiões Norte e Nordeste.

A política regional no Brasil tem focado em alguns instrumentos com a finalidade de promover o desenvolvimento regional como o barateamento do custo do capital, de maneira a atrair o investimento privado para as regiões relativamente mais pobres e o investimento público federal em dotação de infraestrutura nestas regiões.

Os resultados desta política regional são controversos. A literatura sobre o tema tem apontado que as mudanças observadas são consideráveis uma vez que as regiões, principalmente Nordeste e Norte, foram capazes de acompanhar o crescimento econômico do conjunto do país inclusive com percentuais de crescimento acima da média nacional. Entretanto, as participações relativas das regiões no conjunto do PIB nacional se modificaram muito lentamente, evidenciando a dificuldade de se aproximar da estrutura produtiva mais avançada que se instalou no Sudeste brasileiro.

Estudos do IPEA (2014) realizados com base nos anos de 1960 a 2010 indicam que, em cinco décadas, as regiões Sul e Sudeste, as mais desenvolvidas, tiveram sua participação relativa no PIB nacional reduzida de 80,5% para 71,0%. As demais regiões, Norte, Nordeste e Centro-Oeste, avançaram de 19,5% para 28,9%.

A ação transferidora que o Estado brasileiro vem assumindo nos períodos pós-CF/1988 tem tido impactos relevantes, embora insuficientes, sobre a questão regional. Análises sobre o caráter redistributivo dos recursos na Federação têm apontado para, de forma geral, dois aspectos cruciais.

O primeiro aspecto é que a ação redistributiva não tem resultado na equiparação das receitas totais por habitante entre UFs, de modo que estados da região Nordeste, reconhecidamente de baixa renda *per capita*, continuam com as receitas líquidas *per capita* pós-transferências mais baixas do país (Prado, 2003). Este autor analisou a evolução da receita das UFs tomando os dados de receita própria e considerando em seguida as devoluções tributárias, as transferências redistributivas e as transferências discricionárias, de maneira a chegar ao conceito de renda disponível efetiva.

As conclusões mais visíveis do trabalho deste autor apontam para ganhos para as regiões menos desenvolvidas realizados pelo sistema de transferências fiscais. A região Nordeste parte, em 2000, de uma arrecadação própria *per capita* de R\$ 247,60 e, após o sistema de transferências fiscais, chega a uma receita disponível *per capita* de R\$ 672,00. A região Norte, por sua vez, começando com um nível de arrecadação própria por habitante de R\$ 292,20, tem seus recursos ampliados, depois da ação transferidora, para R\$ 828,00. Entretanto, foi apontado no estudo que, a despeito dos ganhos obtidos pelas regiões de

menor desenvolvimento, como o sistema de transferências não objetiva equiparar as receitas disponíveis *per capita*, as disparidades continuam elevadas. Ainda em 2000, os recursos finais *per capita* na região Nordeste equivaleram a 71,7% do valor *per capita* nacional. Para a região Norte, a relação foi um pouco melhor, mas não muito diferente: de 88,3% da receita final *per capita* nacional.

O segundo aspecto é que as transferências líquidas de recursos fiscais do governo federal nas regiões de menor desenvolvimento – Norte e Nordeste – pouco têm se dedicado a promover mudanças estruturais de suas economias (Monteiro Neto, 2005). Em 1980, 11,7% do PIB do Nordeste e 10,0% do PIB do Norte saíram destas regiões por meio do comércio inter-regional e internacional.

A conclusão é que a ação transferidora do Estado brasileiro melhorou consideravelmente entre 1980 e 2000, ou pelas receitas disponíveis das UFs mais pobres que melhoraram com o sistema de transferências de recursos, ou pelas entradas de recursos fiscais líquidos (excesso de gastos federais numa região sobre as receitas federais obtidas nesta) o que tem sido capaz de compensar as saídas de recursos que se verificam por meio do comércio de bens e serviços.

2.3. Finanças públicas e orçamento público

Para poder realizar suas atividades, fazendo frente às demandas da população, o Estado precisa dispor de receitas e organizar as despesas, que devem ser previstas em lei, e seguir todas as normas de administração das finanças públicas.

As finanças públicas têm sido definidas de várias formas. Uma publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011) cita duas delas: a do economista britânico Arthur Cecil Pigou, para quem elas são o “processamento de receitas e despesas determinadas pela organização do governo”; e a de outro britânico, Hugh Dalton, que define as finanças públicas como “o processamento de receitas e despesas do governo e adequação entre elas”.

A Constituição Federal regula a matéria e define os tipos de tributos e a competência do ente federado responsável pela arrecadação de cada tributo. O imposto é o mais comum das três espécies de tributos estabelecidas pela CF, sendo as taxas e as contribuições especiais as outras duas espécies.

O orçamento público é uma área que engloba diferentes interesses e possui natureza multidimensional: política, econômica, administrativa, jurídica, contábil e financeira. Giacomoni (2012) explica essas dimensões:

Ao ver o orçamento como o resultado do processo de avaliação de demandas e de escolha entre alternativas, ressalta-se a sua natureza política. Se destacadas as questões fiscais – receitas, despesas, déficits e dívidas – é a natureza econômica do orçamento que aflora. Orçamento como a lei que estima receita e autoriza tetos de despesa define sua natureza jurídica. Ver o orçamento como o plano das realizações da administração pública é chamar a atenção para o seu importante papel como instrumento de gestão, de administração. Ao antecipar os fluxos de arrecadação e pagamento, o orçamento é, portanto, um instrumento financeiro. Há, igualmente, uma natureza contábil no orçamento quando, por meio das contas, antecipa o resultado patrimonial e global da gestão (GIACOMONI, 2012, p. 54).

O orçamento público, desde a sua origem, foi cercado de regras, como forma de propiciar o controle parlamentar sobre o Poder Executivo e, para tanto, foram definidos alguns princípios legais.

O primeiro deles é o princípio da unicidade, ou seja, cada unidade governamental deve possuir apenas um orçamento que reúna todas as receitas e todas as despesas. Este princípio foi reconceituado pela doutrina e surgiu, então, o princípio da totalidade que admite a coexistência de múltiplos orçamentos, desde que haja uma consolidação de maneira a que se tenha uma visão global das finanças públicas.

A Constituição de 1988 trouxe um melhor entendimento da questão ao precisar a composição do orçamento anual pelas seguintes partes: a) o orçamento fiscal, compreendendo as receitas e despesas de todas as unidades e entidades da administração direta e indireta; b) o orçamento de investimento das empresas estatais; e c) o orçamento da seguridade social.

Outro princípio é o da universalidade, isto é, o orçamento deve conter todas as receitas e todas as despesas do Estado, como diz a Lei nº 4.320/64: “a Lei do Orçamento conterà a discriminação da receita e despesa, de forma a evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios da unidade, universalidade e anualidade”.

Um terceiro princípio - o do orçamento bruto - institui que todas as parcelas das receitas e despesas devem aparecer no orçamento em seus valores brutos, sem qualquer tipo de dedução, sendo consagrado este princípio pela Lei nº 4.320/64 em seu artigo 6º: “Todas

as receitas e despesas constarão da Lei de Orçamento pelos seus totais, vedadas quaisquer deduções”.

O princípio da anualidade ou periodicidade significa que o orçamento público deve ser elaborado e autorizado para um período determinado de tempo, geralmente um ano. No Brasil, este princípio está consagrado na Constituição, porém desde a Lei 4.320/64 passou-se a exigir que os orçamentos anuais fossem complementados com projeções plurianuais no âmbito do investimento, o qual foi substituído pela Constituição de 1988 pelo Plano Plurianual.

Um princípio controverso e que sempre foi de observância contraditória é o da não afetação das receitas que diz que nenhuma parcela da receita geral poderá ser reservada ou comprometida para atender certos e determinados gastos. Esse princípio está expresso no art. 167 da Constituição Federal que veda no seu inciso IV:

IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde, para manutenção e desenvolvimento do ensino e para realização de atividades da administração tributária, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, 212 e 37, XXII, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003).

De acordo com o princípio da discriminação ou especialização, as receitas e despesas devem aparecer no orçamento de maneira discriminada de tal forma que se possa saber a origem do recurso e sua aplicação, ou seja, as contas devem ser classificadas segundo critérios que atendam seus diferentes papéis. A Lei nº 4.320/64 incorpora o princípio no seu artigo 5º: “a Lei de Orçamento não consignará dotações globais destinadas a atender indiferentemente a despesas de pessoal, material, serviços de terceiros, transferências ou quaisquer outras, ressalvando o disposto no artigo 20 e seu parágrafo único”.

O princípio da exclusividade estabelece que a lei orçamentária deva conter apenas matéria financeira, excluindo-se dela qualquer dispositivo estranho à estimativa de receita e à fixação da despesa para o próximo exercício. Esse princípio aparece na Constituição Federal no § 8º do artigo 165:

§ 8º A lei orçamentária anual não conterá dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa, não se incluindo na proibição a autorização para abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita, nos termos da lei.

Além destes, a doutrina apresenta outros princípios que devem ser considerados na elaboração do orçamento público como: a) clareza, isto é, o orçamento deve ser apresentado em uma linguagem clara e compreensível; b) publicidade, pela sua importância o orçamento deve ter ampla divulgação; e c) exatidão, ou seja, as informações apresentadas devem ser exatas.

2.3.1. Ciclo orçamentário

Para elaborar a Lei Orçamentária do período, há de se observar a composição de três orçamentos: o fiscal, o de investimento das estatais e o da seguridade social e respeitar a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e o Plano Plurianual – PPA.

Assim, o processo de elaboração, aprovação, execução, avaliação e controle do planejamento orçamentário compreende a edição de três leis ordinárias, todas a cargo do Poder Executivo, com posterior aprovação do Poder Legislativo:

1. Plano Plurianual – PPA;
2. Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO;
3. Lei Orçamentária Anual – LOA.

Toda esta legislação é elaborada de forma a possibilitar a melhor administração, gerência, guarda e utilização dos recursos que entram na conta do governo e a correta discriminação das despesas, tendo como objetivo financiar as políticas públicas que irão satisfazer as necessidades da sociedade brasileira.

O plano plurianual é instrumento de planejamento de médio prazo, que estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas do governo para os projetos e programas abrangendo um período de quatro anos. Nenhuma obra de grande vulto ou cuja execução ultrapasse um exercício financeiro (01 de janeiro a 31 de dezembro) pode ser iniciada sem prévia inclusão no plano plurianual.

A CF em seu artigo 165, parágrafo 1º estabelece: “A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada”.

O plano plurianual é elaborado no primeiro ano de mandato do chefe do Poder Executivo para vigorar desde o segundo ano do mandato atual até o primeiro ano do mandato subsequente, representando uma forma de favorecer a continuidade administrativa.

A lei de diretrizes orçamentárias define as metas e prioridades do governo para o ano seguinte, orienta a elaboração da lei orçamentária anual, dispõe sobre alterações na legislação tributária e estabelece a política das agências de desenvolvimento. Também fixa limites para os orçamentos dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Ministério Público e dispõe sobre os gastos com pessoal.

A Lei de Responsabilidade Fiscal remeteu à LDO diversos outros temas, como política fiscal, contingenciamento dos gastos, transferências de recursos para entidades públicas e privadas e política monetária.

No entanto, a grande novidade introduzida pela LRF para elaboração da LDO foi determinar a inclusão do Anexo de Metas Fiscais e do Anexo de Riscos Fiscais, instrumentos esses de controle de gastos e de endividamento governamental, como abaixo mencionado:

Integrará o projeto de lei de diretrizes orçamentárias Anexo de Metas Fiscais, em que são estabelecidas metas anuais, em valores correntes e constantes, relativas a receitas, despesas, resultado nominal e primário e montante da dívida pública, para o exercício a que se referirem e para os dois seguintes. (LRF, artigo 4º, parágrafo 1º).

(...)

A lei de diretrizes orçamentárias conterá Anexo de Riscos Fiscais, onde serão avaliados os passivos contingentes e outros riscos capazes de afetar as contas públicas, informando as providências e serem tomadas, caso se concretizem. (LRF, artigo, 4º, parágrafo 3).

A lei de diretrizes orçamentárias - LDO é novidade introduzida pela Constituição Federal de 1988 e tem como principal objetivo fazer a ligação entre o planejamento (PPA) e a execução orçamentária (LOA), de forma a representar uma só unidade entre planejamento e execução de um governo.

Na lei orçamentária anual, estão estimadas as receitas a serem arrecadadas durante o exercício financeiro e fixadas as despesas que o governo espera realizar.

A CF, no artigo 165, parágrafo 5º e seus incisos, descrevem da seguinte forma sobre a LOA:

A lei orçamentária anual compreenderá:

I – o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;

II – o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta e indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a votos;

III – o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos e ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público.

Outras determinações são emanadas da Carta Maior, como vedação ao início de programas ou projetos não incluídos na lei orçamentária anual (artigo 167, inciso I).

As emendas aos projetos de lei do orçamento anual ou aos projetos de créditos adicionais somente podem ser aprovadas caso sejam compatíveis com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias, em conformidade com o artigo 166, parágrafo 3º, inciso I.

2.3.2. Classificação das despesas

A classificação das despesas é fundamental na administração pública, pois facilita a organização do orçamento e sua destinação por conta ou elemento de despesa, permitindo uma maior transparência e controle dos recursos empregados nos serviços públicos.

A conta é, ao mesmo tempo, instrumento de análise e de síntese. De análise, já que possibilita a representação de toda e qualquer variação dos elementos patrimoniais, e de síntese, pois o agrupamento das contas permite o conhecimento dos resultados globais da gestão (GIACOMONI, 2012, p. 87).

Para a classificação das contas, a administração pública define vários critérios, dependendo dos objetivos que pretende alcançar e das análises que pretende fazer. Portanto, um orçamento público somente deve adotar procedimentos classificatórios que apresentarem utilidade e que possam contribuir para a análise das funções do orçamento.

Para Burkhead (1971, p. 146-147), as contas orçamentárias devem ser:

5. ...organizadas de maneira a facilitar a formulação de programas;
6. ...organizadas de maneira a contribuir para a efetiva execução do orçamento;
7. ...apresentadas de maneira a servir ao objetivo da prestação de contas; e
8. ...organizadas de forma que seja possível analisar os efeitos econômicos das atividades governamentais...

Martner (1972, p. 95) considera que as contas orçamentárias devem:

- ...ser estruturadas de maneira a facilitar a análise dos efeitos econômicos e sociais das atividades do governo;
- ...facilitar a formulação dos programas elaborados pelo governo para cumprir suas funções;
- ...contribuir para a efetiva execução do orçamento; e
- ...facilitar a contabilidade fiscal.

A Lei nº 4.320/64 e suas alterações estabelecem a seguinte classificação de despesas orçamentárias: institucional, funcional, por programas e segundo a natureza.

2.3.2.1. Classificação institucional

Esta classificação propicia definir a unidade administrativa responsável pela execução da despesa, sendo um critério indispensável para a fixação de responsabilidades e de avaliações futuras.

A classificação institucional é constituída por duas categorias, conforme a Lei nº 4.320/64: órgão e unidade orçamentária. A categoria “órgão” tem o sentido de órgão de governo ou unidade administrativa, já a “unidade orçamentária” compreende a repartição de um órgão ou o agrupamento de serviços que se subordinam a um órgão, sendo que, das duas categorias, a unidade orçamentária é a mais importante, pois a ela são atribuídas as dotações orçamentárias.

2.3.2.2. Classificação funcional

Trata-se da classificação da despesa, segundo estrutura de funções e subfunções, que indicam as áreas de atuação do governo como saúde, educação, transporte, entre outras. A finalidade principal dessa classificação é fornecer as bases para a apresentação de dados e estatísticas sobre os gastos públicos nos principais segmentos em que atuam as organizações do Estado.

2.3.2.3. Classificação por programas

É o agrupamento das ações do governo em grandes áreas de sua atuação para fins de planejamento, programação e orçamentação. Compreende as funções, representando o maior nível de agregação das ações do governo, desdobrando-se em programas pelos quais se estabelecem produtos finais que concorrem à solução dos problemas da sociedade.

Podem se desdobrar em subprogramas, quando necessário para maior especificação dos produtos finais. Programas e ou subprogramas desdobram-se em projetos e atividades, que possibilitam alcançar seus produtos e objetivos. Subprodutos e subatividades constituem-se no menor nível de desagregação da ação do governo, com destinação de recursos na Lei Orçamentária.

A finalidade básica da classificação por programas é demonstrar as realizações do governo, o resultado final do seu trabalho em prol da sociedade. Quatro categorias constituem a classificação por programas: programa, projeto, atividade e operações especiais, sendo assim definidos na Portaria MOG nº 42 de 14 de abril de 1999:

Art. 2º Para os efeitos da presente Portaria entendem-se por:

- a) Programa, o instrumento de organização da ação governamental visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual;
- b) Projeto, um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação de governo;
- c) Atividade, um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto necessário à manutenção da ação de governo;
- d) Operações Especiais, as despesas que não contribuem para a manutenção das ações de governo, das quais não resulta um produto, e não geram contraprestação direta sob a forma de bens ou serviços.

2.3.2.4. Classificação segundo a natureza

A Portaria Interministerial nº 163/2001, da Secretaria do Tesouro Nacional e da Secretaria de Orçamento Federal (STN/SOF), que dispõe sobre normas gerais de consolidação das contas públicas no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em obediência ao art. 51 da Lei Complementar nº 101/2000, classificou as despesas orçamentárias segundo a natureza, mantendo as categorias econômicas, introduzidas pela Lei nº 4.320/64, porém criou grupos de despesa e introduziu o conceito de modalidade de aplicação pelo qual são classificadas as transferências de recursos, além de retirar os elementos da lei orçamentária.

a) Categorias econômicas

A classificação das receitas e despesas em operações correntes ou de capital objetiva propiciar elementos para avaliação do efeito econômico das transações do setor público. Permite comparar o desempenho do governo entre períodos fiscais; verificar se o governo, através de suas ações, tem pressionado a economia em relação à inflação no país; e informar se o impacto das atividades governamentais é transmitido por meio de transferências ou pelo uso direto do recurso.

Na definição da Lei nº 4.320/64, as despesas correntes compreendem as dotações para manutenção de serviços governamentais, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptação de bens imóveis, as dotações para despesas às quais não corresponda contraprestação direta em bens e serviços e as dotações para contribuições e subvenções destinadas a atender a manutenção de outras entidades de direito público ou privado.

Classificam-se como despesas de capital as que contribuem para a formação ou aquisição de bem de capital e de produtos para revenda, a concessão de empréstimos e a amortização de dívidas.

b) Grupos

Os grupos, em número de seis, vinculam-se às categorias econômicas, conforme Quadro 6 abaixo.

Quadro 6 – Categorias econômicas e grupos

Categorias Econômicas	Grupos
3. Despesas Correntes	1. Pessoal e Encargos Sociais
	2. Juros e Encargos da Dívida
	3. Outras Despesas Correntes
4. Despesas de Capital	4. Investimentos
	5. Inversões Financeiras
	6. Amortização da Dívida

Fonte: Giacomoni, 2012.

c) Modalidade de aplicação

É um dos componentes da classificação da despesa que indica como os recursos serão aplicados, podendo ser:

I - mediante transferência financeira:

- a) a outras esferas de governo, seus órgãos, fundos ou entidades;
- b) a entidades privadas sem fins lucrativos e outras instituições;

II - diretamente pela unidade detentora do crédito orçamentário ou por outro órgão ou entidade no âmbito do mesmo nível de governo.

d) Elementos

Têm por finalidade identificar o desdobramento da despesa com auxílios, diárias, pessoal, material de consumo, serviços de terceiros (prestados por pessoas físicas e ou jurídicas), obras e instalações, equipamentos e material permanente e outros meios utilizados pela administração pública para a consecução dos seus fins.

2.3.3. Classificação das receitas

As receitas, diferentemente das despesas, apresentam um número menor de categorias classificatórias na organização do orçamento, pois apenas apresentam estimativas de arrecadação por tipo de receitas da instituição, sendo os demais procedimentos disciplinados pela legislação tributária.

Como afirma Giacomoni (2012), a Lei nº 4.320/64 estabelece que a lei orçamentária deva compreender todas as receitas, inclusive as operações de crédito autorizadas em lei. Exclui, contudo, as operações de crédito por antecipação de receitas, as emissões de papel-moeda e outras entradas compensatórias no ativo e passivo financeiro.

A norma brasileira estabelece alguns critérios para classificação das receitas que deverão ser seguidos por todos os entes da Federação: categorias econômicas, fontes e institucional.

2.3.3.1. Classificação por categorias econômicas

A classificação econômica da receita está subdividida, da mesma forma que a despesa, em duas categorias: receitas correntes e de capital. Esta associação possibilita evidenciar a origem dos recursos que vão financiar o consumo e os investimentos públicos.

A Lei nº 4.320/64 estabelece, em seu art. 11, a conceituação de receitas correntes e de capital:

§ 1º - São Receitas Correntes as receitas tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras e, ainda, as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinadas a atender despesas classificáveis em

Despesas Correntes (Redação dada pelo Decreto Lei nº 1.939, de 20.5.1982).

§ 2º - São Receitas de Capital as provenientes da realização de recursos financeiros oriundos de constituição de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; os recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinado a atender despesas classificáveis em Despesas de Capital e, ainda, o superávit do Orçamento Corrente (Redação dada pelo Decreto Lei nº 1.939, de 20.5.1982).

2.3.3.2. Classificação por fontes

Por esta classificação, é possível estimar no orçamento e acompanhar na execução o comportamento da arrecadação de cada modalidade de receita.

A base legal da classificação está prevista na Lei nº 4.320/64 em seu art. 2º, sendo que o Anexo nº 3 apresenta as principais fontes: Receita Tributária, Receita de Contribuições, Receita Patrimonial, Receita Agropecuária, Receita Industrial, Receita de Serviços, Transferências Correntes, Outras Receitas Correntes, Operações de Crédito, Alienação de Bens, Amortização de Empréstimos, Transferências de Capital e Outras Receitas de Capital.

2.3.3.3. Classificação institucional

A classificação institucional é necessária nas instituições que possuam entidades descentralizadas, pois permite distinguir os recursos arrecadados pelo Tesouro das receitas próprias das entidades descentralizadas (autarquias, fundações).

Com a incorporação do princípio da universalidade pela CF, a classificação institucional assume importância especial, já que todas as entidades públicas terão suas finanças expostas na lei orçamentária anual.

Na União, a classificação institucional compreende: receitas do Tesouro, receitas diretamente arrecadadas por órgãos, unidades e fundos da administração direta e receitas de entidades, unidades e fundos da administração indireta.

2.3.3.4. Classificação segundo as fontes de recursos

A Lei nº 4.320/64 não prevê a classificação por fontes de recursos. Essa classificação foi adotada com base em dispositivos das Leis de Diretrizes Orçamentárias, em decorrência da necessidade de permitir um melhor acompanhamento e controle do grande número de vinculações existentes entre receitas e despesas. Com essa classificação,

demonstram-se as parcelas de recursos comprometidos com o atendimento de determinadas finalidades e aquelas que podem ser livremente alocadas a cada elaboração orçamentária.

A classificação por fontes de recursos é dividida em cinco grupos: Recursos do Tesouro – Exercício Corrente, Recursos de Outras Fontes – Exercício Corrente, Recursos do Tesouro – Exercícios Anteriores, Recursos de Outras Fontes – Exercícios Anteriores e Recursos Condicionados.

A expressão fontes de recursos não é, certamente, a mais apropriada, pois produz confusão com a outra classificação por fontes, já analisada. Como essas denominações estão consagradas, pode-se distingui-las, rotulando uma de fonte de receita e a outra de fonte de recurso. Mais importante, contudo, é saber exatamente que informações trazem uma e outra, como ensina Giacomoni:

A estimativa de arrecadação (lei orçamentária) ou a arrecadação efetiva de determinado imposto ou contribuição, por exemplo, é fornecida pela fonte de receita. Já a parcela ou mesmo a totalidade de receitas que se vinculam a determinadas despesas são demonstradas pelas fontes de recursos (GIACOMONI, 2012, p. 147).

Para a consecução desta pesquisa e para análise dos dados levantados, foram utilizados os seguintes conceitos abordados nos elementos conceituais em relação à classificação das receitas: categorias econômicas e por fontes. Para as despesas, foram observadas as seguintes classificações: funcional e segundo a natureza (categorias econômicas, modalidade de aplicação e elementos contábeis).

2.4. Gestão financeira do SUS

No Brasil, a partilha vertical de recursos, contrariamente ao observado no mundo, se dá entre três níveis de governo, enquanto em outros países, a partilha se dá apenas entre dois. Com isto, complexifica-se o processo de partilhamento de recursos devido à maior dificuldade de se criar regras simples nesta diversidade.

Para estados e municípios, foi possível vincular quais impostos seriam computados para efeito de gasto público em saúde, conforme Quadro 7. Entretanto, a instância estadual pode utilizar outras fontes que não são objeto de vinculação como os recursos da parcela redistributiva do ICMS, de livre aplicação pela esfera estadual, desde que disposto em lei estadual específica.

Em relação às modalidades de transferências de recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) estabelece as transferências regulares e automáticas desses recursos, isto é, através de mecanismos de transferência direta do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), a partir de critérios definidos em lei (BRASIL, 1990).

Ao longo dos últimos anos e, principalmente, após a Norma Operacional Básica nº 1 de 1996, houve uma tendência expressiva de transferência de recursos para estados e municípios quando comparada ao que ficou para execução direta do Ministério da Saúde. Em 1995, cerca de 90% dos recursos federais foram aplicados diretamente pela União, o que se reduziu a 33% em 2004, chegando a 31% em 2010. Neste período, o repasse fundo a fundo foi se constituindo como a modalidade preferencial de repasse de recursos federais para estados e municípios, conforme Decreto nº 1.232 de 1994.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 399 de 2006, foram aprovadas as diretrizes do Pacto pela Saúde que apontaram mudanças no financiamento, dentre as quais pode ser destacada: os estados e os municípios, para assumir a gestão de prestadores no seu território, não necessitavam mais se habilitar em alguma forma de gestão (parcial ou plena), mas ficavam condicionados somente à homologação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB de cada estado das responsabilidades que o ente assumia.

Outra mudança importante foi a definição, pela portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007, de que o repasse de recursos do Ministério da Saúde para estados e municípios passaria a ser ordenado em cinco grandes blocos: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica e gestão. Posteriormente, a portaria GM/MS nº 837 de 23 de abril de 2009 acresce à lista o bloco de investimentos na rede de serviços de saúde.

Após mais de 20 anos da sua publicação, o Poder Executivo Federal regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, por meio do Decreto nº 7.508 de 2011, que visa a dar transparência à gestão do SUS, por intermédio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. Neste contrato, serão definidas, entre outros aspectos, as responsabilidades e as atribuições de cada ente federado na provisão de ações e serviços de saúde, os investimentos na rede de serviços, além dos critérios de avaliação dos resultados e formas de monitoramento permanente.

Outro fato marcante na regulamentação do SUS foi a aprovação da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou o § 3º do art. 198 da

Constituição Federal que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde e estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Acrescente-se que a lei nº 141/2012 não apresentou qualquer novidade na vinculação de recursos federais para a saúde, frustrando a expectativa de ampliação de recursos para o setor. No entanto, definiu o que podem ser consideradas despesas em ações e serviços públicos de saúde, conforme Art. 3º, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos.

Quadro 7 - Base vinculável das receitas de estados e municípios

Receita de Impostos Estaduais
ICMS – Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e prestação de serviços de transporte interestadual e de comunicação
IPVA – Imposto sobre a propriedade de veículos automotores
ITCMD – Imposto sobre transmissão causa mortis e doação de bens e direitos
Receita de impostos municipais
IPTU – Imposto sobre propriedade predial e territorial urbana
ISS – Imposto sobre serviços de qualquer natureza
ITBI – Imposto sobre transmissão de bens imóveis intervivos
Receita de transferências da União aos estados
Quota parte do FPE – Fundo de participação dos estados e do DF
IRRF – Imposto de renda retido na fonte
Cota-parte do IPI Exportação – Imposto sobre produtos industrializados exportados
ICMS – Exportação (Lei Kandir) – Lei Complementar n. 87/96
Receita de transferências da União aos municípios
Quota-parte do ITR – Imposto Territorial rural
Quota-parte do FPM – Fundo de participação dos municípios
Quota parte Lei Complementar n. 87/96
IRRF – Imposto de renda retido na fonte
Receita de transferências financeiras constitucionais e legais dos estados aos municípios
Quota-parte do ICMS (25%)
Quota-parte do IPVA (50%)
Quota-parte do IPI-Exportação (25%)

Fonte: EC-29

Finalmente, em 2015, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional nº 86/2015 que define que a execução orçamentária das emendas parlamentares individuais será impositiva, correspondendo a 1,2% da Receita Corrente Líquida da União a partir de 2015, sendo 0,6% da RCL de aplicação em Ações e Serviços Públicos em Saúde - ASPS, sem a destinação de recursos adicionais ao orçamento do Ministério da Saúde.

Esta emenda define ainda uma nova base para aplicação mínima em ASPS pela União, que a partir de 2016 será de 13,2% da RCL, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020. Com esta lógica de financiamento, os recursos orçamentários serão menores em 2016 e, provavelmente, em 2017, do que se seguida a norma anterior, estabelecida na EC-29 e na LC 141/2011. Nesse cenário, a possibilidade de recursos adicionais para a saúde somente está prevista para 2018.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva feita com base em informações disponíveis em documentos oficiais e em sistemas de acompanhamento orçamentário e financeiro.

A pesquisa contou com fases de coleta, consolidação e análise dos dados, identificando e selecionando fatos de significação que tenham relação aos objetivos da investigação delineados.

Este estudo foi realizado na Secretaria Estadual da Saúde do Tocantins, na Superintendência de Planejamento do SUS que é a responsável pela elaboração, acompanhamento e avaliação dos instrumentos orçamentários e financeiros, compreendendo o período de 2003 a 2014, que coincide com as últimas três gestões do governo estadual, correspondentes a 2003 a 2006, 2007 a 2010 e 2011 a 2014.

Para a consecução dos objetivos do trabalho, foram levantados dados relativos às seguintes variáveis: receitas de fontes federal e estadual, despesas pelos principais elementos contábeis, blocos de financiamento do SUS e Produto Interno Bruto - PIB do estado.

Os documentos que foram utilizados como fontes de dados para levantamento das informações incluem: a Lei Orçamentária Anual, Leis estaduais, portarias da SES-Tocantins e do Ministério da Saúde e relatórios da SES-Tocantins.

Em relação aos sistemas informatizados foram consultados: o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, o Sistema Informatizado de Média e Alta Complexidade – SISMAC, o Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios – SIAFEM, o site do Fundo Nacional de Saúde, o site da Secretaria de Planejamento do Estado, o site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e o site do Tesouro Nacional para acompanhamento das transferências constitucionais e legais.

Os valores foram tabulados e corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo Especial - IPCA-E, utilizando calculadora no endereço eletrônico www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores, do Banco Central do Brasil. O IPCA-E tem periodicidade mensal, mas sua divulgação é trimestral, ocorrendo sempre ao fim de cada trimestre civil (março, junho, setembro e dezembro) com a coleta realizada aproximadamente do dia 16 do mês anterior ao dia 15 do mês de referência.

O estudo foi desenvolvido em três momentos, conforme caracterizados a seguir.

3.1. Coleta de dados

Para efeito de coleta dos dados, em relação às receitas, foram consideradas as efetivamente realizadas e em relação às despesas, o valor considerado para o cálculo é o da despesa empenhada durante o exercício.

Os dados foram classificados, conforme disposto abaixo:

3.1.1. Receitas (APÊNDICE A):

- a) Receita total do estado;
- b) Impostos de base estadual conforme EC – 29 até o ano de 2012 e após a Lei Complementar 141 de 2012:
 - ITCD - Impostos sobre Transmissão Causa Mortis e Doação;
 - ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação;
 - IPVA - Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores;
 - IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte;
 - Outras.
- c) Transferências Constitucionais e Legais conforme EC – 29 até o ano de 2012 e após a Lei Complementar 141 de 2012:
 - Cota-Parte FPE;
 - Cota-Parte IPI Exportação;
 - Desoneração ICMS (LC 87/96);
- d) Transferências do Fundo Nacional de Saúde:
 - Bloco da Atenção Básica;
 - Bloco de Média e Alta Complexidade - MAC (Componentes Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação - FAEC e MAC);
 - Bloco de Assistência Farmacêutica (Componente Medicamento de Dispensação Excepcional);
 - Bloco de Vigilância em Saúde (Componentes Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Promoção da Saúde);

- Bloco de Gestão do SUS;
- Bloco de Investimento.

3.1.2. Despesas (APÊNDICE B):

- a) Despesas totais em Saúde;
- b) Despesas correntes e de capital;
- c) Despesas por fonte de financiamento;
- d) Despesas pelos elementos contábeis, observando as seguintes variáveis:
 - Pessoal e Encargos Sociais;
 - Material de Consumo;
 - Serviços de Terceiros;
 - Investimentos (Equipamentos e Material Permanente, Obras e Instalações).

3.1.3. PIB Estadual

3.2. Consolidação

Para consolidação, os dados foram agrupados segundo algumas variáveis, considerando a evolução das receitas e despesas no período de 2003 a 2014.

As referidas variáveis propiciaram a utilização de indicadores, conforme Apêndices C e D, construídos para o estado do Tocantins, sendo os valores de cada ano atualizados utilizando-se o IPCA-E, divulgado pelo IBGE. Os dados consolidados, tanto os valores do ano como os atualizados para o ano de 2014, estão disponíveis nos Apêndices de E a N.

3.3. Análise dos dados

A análise, a partir dos objetivos propostos para esta pesquisa consistiu em descrever, classificar e interpretar os dados de forma que possibilitem o fornecimento de respostas às perguntas de investigação.

A partir da consolidação e da categorização de todos os dados encontrados na pesquisa, foi possível com a análise identificar padrões, tendências, relações e diferenças entre variáveis.

A apresentação dos resultados encontrados foi feita em quadros e gráficos, procurando interpretar os dados e realizar comparações de grandezas das variáveis de interesse.

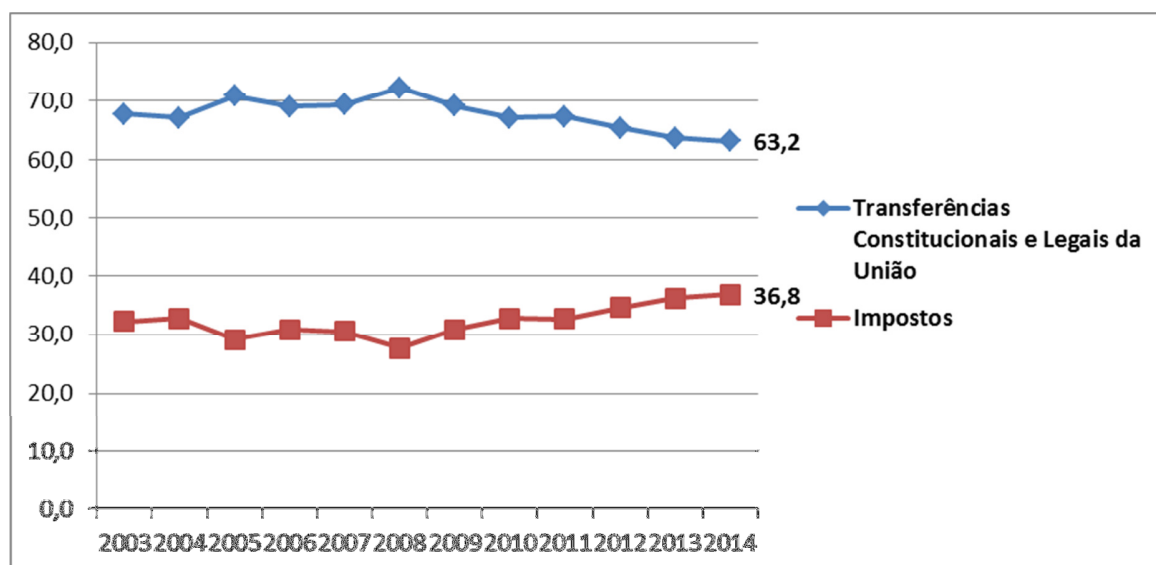
Esta análise consistiu de quatro momentos distintos: a) Análise de uma variável no tempo; b) Análise de variáveis por período de governo; c) Análise do cruzamento de uma ou mais variáveis no tempo; e d) Análise de variáveis comparativamente com outros estados.

4. EVOLUÇÃO DAS RECEITAS E DESPESAS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS, 2003 A 2014

4.1. Receitas

No período avaliado, as transferências constitucionais e legais da União para o Tocantins evoluíram, como proporção da base de recursos para a saúde, de 67,8% em 2003 para 63,2% em 2014, conforme Gráfico 1. O Fundo de Participação do Estado – FPE, definido pela Lei Complementar nº 62 de 1989, foi a principal fonte de receita do estado em todo o período.

Gráfico 1 – Participação relativa dos impostos e das transferências constitucionais e legais na composição do orçamento da saúde do Tocantins, 2003-2014.



Fonte: SIOPS e SRF, 2015.

Os impostos arrecados pelo estado e as transferências da União, que constituem a base para o cálculo do piso orçamentário da saúde, cresceram 93,86% no período de 2003 a 2014. Quando estes dados são avaliados pela evolução por período de governo, pode-se constatar que o crescimento foi muito parecido nos três períodos de governos pesquisados, conforme Tabela 7. Note-se que, no último período de governo, com exceção do crescimento significativo no ano de 2011 em relação a 2010, a arrecadação do estado teve um baixo crescimento de sua base de receitas vinculáveis à saúde.

Tabela 7 – Percentual de evolução da base vinculável de recursos para a saúde por período de governo no estado do Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	População	Base Vinculável	% de Evolução
2002	1.207.008	2.575.990.520,14	
2003	1.230.188	2.543.176.653,48	
2004	1.253.256	2.640.464.899,97	
2005	1.305.708	3.125.896.219,72	25,41
2006	1.332.441	3.230.633.145,14	
2007	1.243.627	3.433.131.853,91	
2008	1.280.509	4.129.318.107,40	24,82
2009	1.292.051	3.666.797.450,23	
2010	1.383.453	4.032.550.343,36	
2011	1.400.892	4.647.874.510,44	
2012	1.417.694	4.667.896.116,38	23,84
2013	1.478.164	4.871.647.616,38	
2014	1.496.880	4.993.840.167,83	
% de Evolução 2003 a 2014			93,86

Fonte: SIOPS e SRF 2015.

Notas:

- 1 – Valores excluídas as transferências constitucionais e legais para os municípios.
- 2 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.
- 3 – Base Vinculável: Impostos mais Transferências Constitucionais e Legais.

Quando se analisa a evolução de outras receitas arrecadadas pelo estado, nota-se o aumento em todos os períodos de governo, porém mais fortemente no segundo com 73,93% de crescimento das outras receitas em relação ao período anterior, o que acaba propiciando a elevação da receita total no mesmo período em 39,98%, conforme Tabela 8. Quando se comparam estas informações com as da Tabela 7, nota-se que o que induziu mais fortemente a elevação da receita total no período foi a arrecadação das outras receitas, visto que o crescimento dos impostos e das transferências constitucionais e legais mantiveram o mesmo ritmo de crescimento nos três períodos estudados.

Esta informação, de avaliar as outras receitas arrecadadas, permite verificar a capacidade do estado de gerar outras fontes de recursos necessárias para o custeio de serviços e investimentos, destinados à melhoria da qualidade de vida da população, além de medir o grau de dependência da arrecadação estadual em relação às transferências constitucionais e legais da União.

Tabela 8 – Percentual de evolução da receita total do estado do Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	Impostos	Transferências Constitucionais e Legais	Outras Receitas	% Evolução	
				Outras Receitas	Receita Total % Evolução Receita Total
2002	707.077.137,16	1.868.913.382,99	1.314.755.763,78		3.890.746.283,93
2003	819.173.281,53	1.724.003.371,95	1.238.335.018,55		3.781.511.672,03
2004	866.744.232,81	1.773.720.667,16	1.273.808.370,40	9,69	3.914.273.270,37
2005	911.168.740,15	2.214.727.479,57	1.247.793.624,24		20,10
2006	997.729.023,51	2.232.904.121,64	1.442.208.252,26		4.672.841.397,40
2007	1.049.397.735,05	2.383.734.118,86	2.004.705.598,80		5.437.837.452,71
2008	1.143.922.223,15	2.985.395.884,25	1.755.280.070,02	73,93	5.884.598.177,41
2009	1.131.038.764,72	2.535.758.685,51	2.260.418.351,75		39,98
2010	1.322.575.930,10	2.709.974.413,26	2.508.409.595,76		6.540.959.939,12
2011	1.518.344.389,10	3.129.530.121,34	2.104.226.447,29		6.752.100.957,74
2012	1.614.151.578,35	3.053.744.538,03	2.924.167.782,68	20,36	7.592.063.899,06
2013	1.766.148.275,10	3.105.499.341,28	2.586.394.167,53		22,50
2014	1.837.637.068,24	3.156.203.099,59	3.019.085.965,67		8.012.926.133,50
Total				129,63	105,95

Fonte: SIOPS, 2015.

Notas:

1 - Valores excluídas as transferências constitucionais e legais para os municípios.

2 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

4.1.1. Impostos estaduais

Apesar das transferências constitucionais e legais da União ainda serem a principal fonte de recursos para a saúde, os impostos de arrecadação estadual cresceram mais significativamente, atingindo 159,89%, no período de 2003 a 2014, conforme Tabela 9.

Considerando a evolução dos impostos, constata-se que a arrecadação do estado do Tocantins mantém um ritmo de crescimento acima de 30% nos três períodos de governo, atingindo seu maior crescimento no período de 2003 a 2007 em um percentual de 41,11%.

Tabela 9 – Percentual de evolução dos impostos da base estadual de recursos para a saúde por período de governo, no estado do Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	População	Impostos	% de Evolução por Período de Governo
2002	1.207.008	707.077.137,16	
2003	1.230.188	819.173.281,53	
2004	1.253.256	866.744.232,81	41,11
2005	1.305.708	911.168.740,15	
2006	1.332.441	997.729.023,51	
2007	1.243.627	1.049.397.735,05	
2008	1.280.509	1.143.922.223,15	32,56
2009	1.292.051	1.131.038.764,72	
2010	1.383.453	1.322.575.930,10	
2011	1.400.892	1.518.344.389,10	
2012	1.417.694	1.614.151.578,35	38,94
2013	1.478.164	1.766.148.275,10	
2014	1.496.880	1.837.637.068,24	
% Evolução de 2003 a 2014			159,89

Fonte: SIOPS 2015.

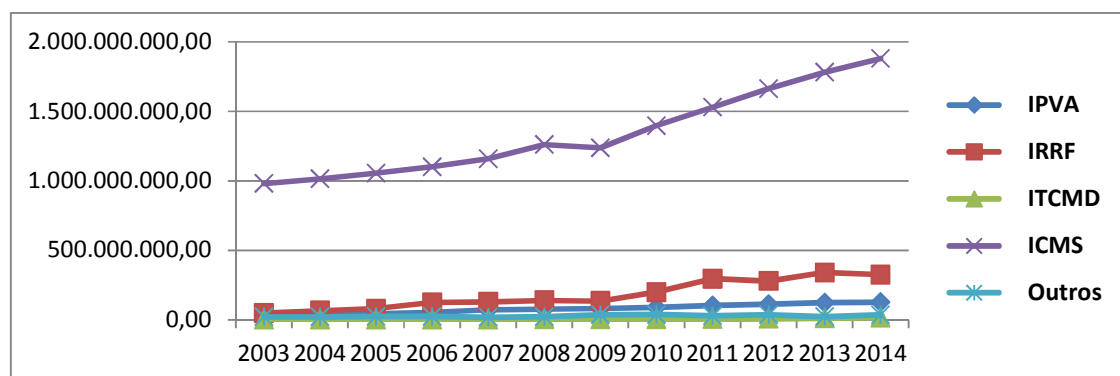
Notas:

1 - Valores excluídas as transferências constitucionais e legais para os municípios.

2 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

O principal imposto da base vinculável à saúde, no estado do Tocantins, é o ICMS, que representava, em 2003, 90,16% de todos os impostos e, em 2014, 78,86%. Apesar da ampliação do IRRF e IPVA nos últimos anos, ainda o ICMS é o principal imposto, conforme Gráfico 2.

Gráfico 2 – Evolução dos impostos de base estadual vinculáveis à saúde no estado do Tocantins, 2003 - 2014.

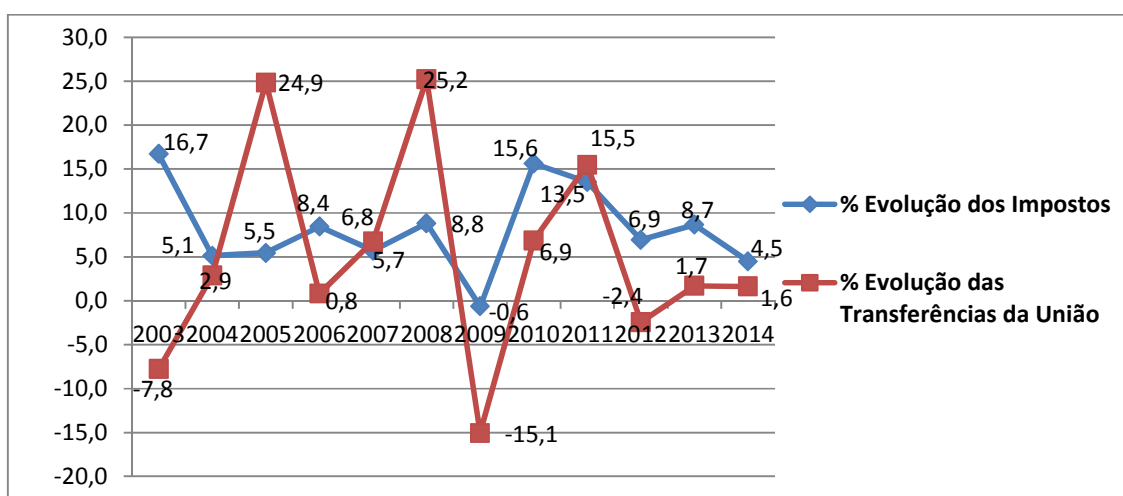


Fonte: SIOPS/SIAFEM, 2015.

Conforme se observa no Gráfico 3, houve um maior crescimento da arrecadação dos impostos de base estadual do Tocantins, no ano de 2010, com um aumento de 15,6% em

relação ao ano de 2009, e de 13,5% no ano de 2011. O crescimento se manteve nos anos seguintes, porém em percentuais mais baixos, ainda que acima do crescimento das transferências da União. Existe uma oscilação muito grande nos percentuais de evolução ano a ano, muito vinculada ao crescimento econômico do país, à mudança nas alíquotas de alguns impostos e a alguns processos de desoneração fiscal.

Gráfico 3 – Percentual de evolução dos impostos e transferências constitucionais e legais no estado do Tocantins, 2003 - 2014.



Fonte: SIOPS e SRF, 2015.

4.1.2. Transferências Constitucionais e Legais, exceto as do Fundo Nacional de Saúde

As transferências da União cresceram em um ritmo mais lento que a arrecadação estadual de impostos no período, atingindo um percentual de 68,88% no período avaliado.

Quando se avalia o crescimento por período de governo, observa-se um crescimento acima de 16% em todos os três períodos, com um crescimento maior de 21,37% no segundo período de governo, conforme Tabela 10.

Tabela 10 – Percentual de evolução das transferências constitucionais e legais da base vinculável de recursos para a saúde por período de governo, no estado do Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	População	Transferências Constitucionais e Legais	% de Evolução por Período de Governo
2002	1.207.008	1.868.913.382,99	
2003	1.230.188	1.724.003.371,95	
2004	1.253.256	1.773.720.667,16	19,48
2005	1.305.708	2.214.727.479,57	
2006	1.332.441	2.232.904.121,64	
2007	1.243.627	2.383.734.118,86	
2008	1.280.509	2.985.395.884,25	21,37
2009	1.292.051	2.535.758.685,51	
2010	1.383.453	2.709.974.413,26	
2011	1.400.892	3.129.530.121,34	
2012	1.417.694	3.053.744.538,03	16,47
2013	1.478.164	3.105.499.341,28	
2014	1.496.880	3.156.203.099,59	
% Evolução de 2003 a 2014			68,88

Fonte: SIOPS e SRF 2015.

Notas:

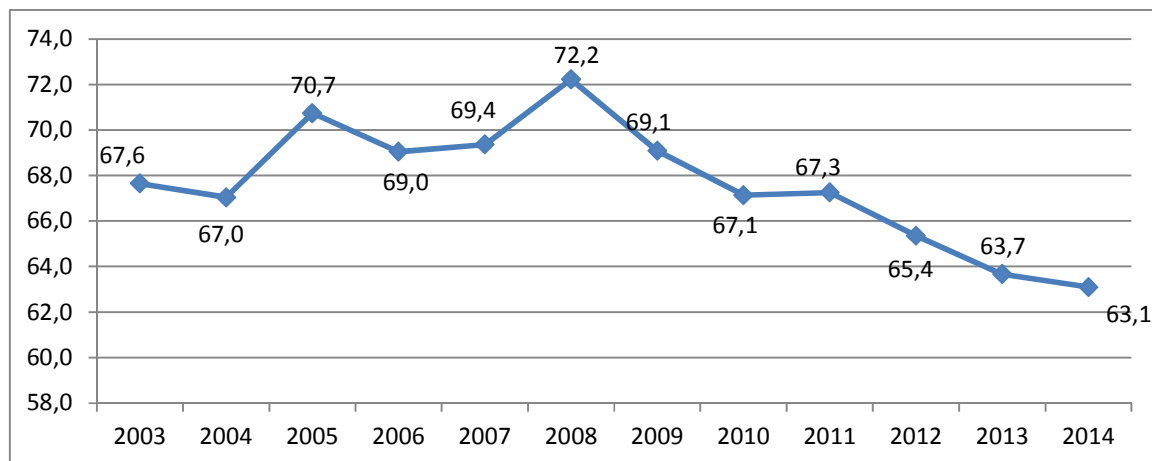
1 – Valores excluídas as transferências constitucionais e legais para os municípios.

2 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

Em relação às transferências constitucionais, a principal fonte de recursos de toda a base para a saúde (impostos e transferências constitucionais e legais) é o FPE, que correspondeu, em 2003, a 67,6%. Em 2008, ele alcança 72,2%, e a partir de 2009 vem apresentando uma tendência de redução, alcançando, em 2014, 63,1%, conforme mostra o gráfico 4. Entre as fontes de recursos para a saúde, das transferências da União, a principal é o FPE com 99,9% do total, sendo os 0,1% restantes a cota-parte do IPI exportação e a desoneração de ICMS de produtos para exportação (Lei Kandir), com pouca variação no período.

Apesar de ter crescido na média do período, a evolução das transferências da União apresentou uma oscilação nos anos avaliados, tendo alguns picos de acréscimos (em 2005, 2008 e 2011) e decréscimos (em 2003, 2009 e 2012) muito significativos, como mostra o Gráfico 3.

Gráfico 4 – Participação relativa do FPE nas receitas de recursos para a saúde do estado do Tocantins, 2003 - 2014.



Fonte: SIOPS e SRF 2015.

Nota:

1 – Valores excluídas as transferências constitucionais e legais para os municípios.

No ano de 2003, em relação ao de 2002, o estado do Tocantins teve uma redução de 7,8% nos repasses das transferências da União devido à arrecadação das receitas federais apresentarem, no período de janeiro a dezembro de 2003 (SRF, 2003), variações reais de +2,59% a - 4,30%. Esta redução se deveu à diminuição da arrecadação no ano mesmo com o crescimento em alguns meses.

O principal fator que concorreu para esse resultado foi a arrecadação extra de dezoito bilhões de reais no período de janeiro a dezembro de 2002, contra quase oito bilhões de reais em igual período de 2003. Além disto, outra questão que explica a redução do repasse do FPE, aos estados, refere-se a uma diminuição significativa da arrecadação do IPI e IR que são os impostos base para formação do FPE.

Em relação ao ano de 2005, as transferências para o estado do Tocantins aumentaram 24,9%, devido ao fato de a arrecadação federal, no período de janeiro a dezembro (SRF, 2005), ter apresentado crescimentos reais de + 8,02% a + 8,97% em relação a 2004, puxadas pela arrecadação do IR e do IPI.

No ano de 2008, houve um aumento significativo de 25,2%, também vinculado ao desempenho da arrecadação das receitas da União no período de janeiro a dezembro (SRF, 2008), em relação a 2007, encerrando o período com uma variação real acumulada, com atualização pelo IPCA de 6,81%. O crescimento da arrecadação até o mês de outubro de 2008, em relação a igual período de 2007, caracterizou-se pela concentração nos tributos

que têm como base o lucro como o IRPJ, a CSLL e o IRPF referente à venda de ativos com lucro.

Ao longo do ano de 2009, os repasses das transferências constitucionais e legais tiveram a maior queda no período avaliado (- 15,1%), sendo que o desempenho da arrecadação das receitas federais diminuiu em relação a 2008 (SRF, 2009), encerrando o período com uma variação real (IPCA) acumulada em -3,05%.

Vale mencionar que, embora tenha apresentado uma recuperação nos últimos meses do ano, a arrecadação de tributos reduziu-se no ano como um todo, devido, em especial, à forte desaceleração da produção industrial, da lucratividade das empresas e do volume geral de vendas no varejo, no ano de 2009 em relação ao ano de 2008.

O ano de 2011 foi marcado por uma recuperação das transferências da União, apresentando uma alta de 15,5% em comparação com o ano de 2010 (SRF, 2011), encerrando o período com uma variação real acumulada, com atualização pelo IPCA de 10,16%. Esse resultado decorreu da conjugação de vários fatores, entre os quais estavam o encerramento das desonerações relativas ao IPI incidente sobre automóveis a partir de abril de 2010 e o ganho de capital na alienação, com lucro, de bens e direitos.

Em 2012, novamente, houve uma redução no repasse das transferências para o estado do Tocantins (de - 2,4%), explicado pelo desempenho da arrecadação das receitas da União neste ano (SRF, 2012), em relação ao ano de 2011, apresentando uma variação real acumulada com atualização pelo IPCA, de 0,27%. Esta variação baixa da arrecadação se refere muito ao desempenho do ajuste anual referente ao IRPJ/CSLL decorrente da lucratividade das empresas no ano de 2011, com recolhimento até março de 2012, desonerações tributárias, em especial, de folha de pagamento, CIDE Combustíveis, IPI-Automóveis e IOF-Crédito Pessoa Física.

Nos anos de 2013 e 2014, houve uma pequena elevação das transferências constitucionais da União com um crescimento médio de 1,6%, o que é uma consequência do início da estagnação da economia brasileira.

4.1.3. Transferências do Fundo Nacional de Saúde

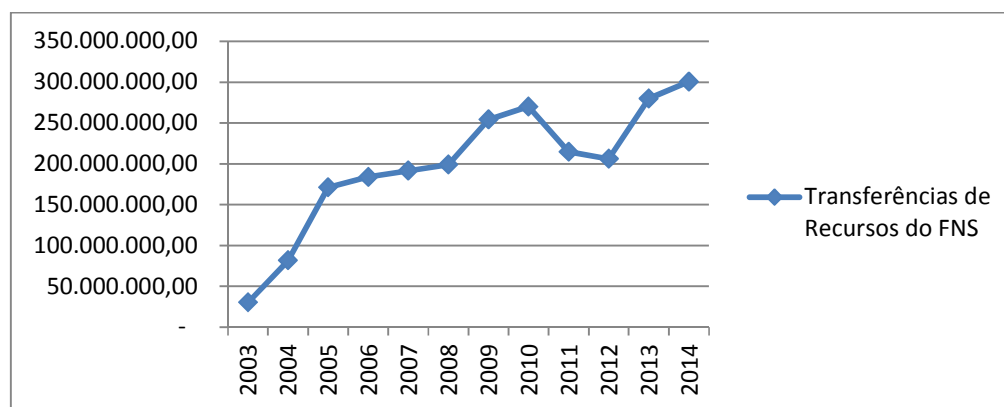
A gestão estadual do Tocantins, no período analisado, vem progressivamente aumentando suas receitas de transferências do SUS, notadamente dos recursos do Bloco de Média e Alta Complexidade, com uma média de participação de 2003 a 2014 de 87,23% em relação a todos os blocos de financiamento.

Apesar de se dispor de alguns dados referentes aos anos de 2003 e 2004, para efeito de análise serão considerados apenas os dados a partir de 2005, quando o estado se encontra habilitado na gestão plena do sistema estadual pela NOAS, através da Portaria GM/MS nº 2.531 de 26 de novembro de 2004, e passa a receber todos os recursos fundo a fundo.

O estado, no período de 2005 a 2014, teve ampliado em 75,77% os recursos provenientes da União para o SUS, referentes a todos os blocos de financiamento e também a recursos disponibilizados para convênios, já considerando a atualização pelo IPCA-E para o ano de 2014. Quando somente se consideram os blocos de financiamento, sem os convênios, o crescimento das receitas foi de 52,17%, inferior, portanto, ao crescimento dos impostos e das transferências constitucionais e legais da União.

Com este volume de recursos repassados neste período, o estado ultrapassou a marca de 300 milhões de reais no ano de 2014, quando considerados todos os blocos de financiamento e os repasses de recursos de convênios (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS para a SES Tocantins, 2003 - 2014.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2015.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

Avaliando os recursos repassados pela União para o SUS-TO, em termos de montantes *per capita*, no período de 2005 a 2014, constata-se que houve aumentos até o ano de 2009, chegando-se a um valor de R\$ 196,75. Após este ano, houve uma redução significativa de recursos, que somente retornaram a valores aproximados aos de 2009 em 2014, com um montante de R\$ 200,74, conforme se vê na Tabela 11. Esta redução dos montantes *per capita*, neste período, foi resultante, principalmente, da descentralização de recursos do bloco da média e alta complexidade para os municípios do estado.

Tabela 11 – Evolução per capita das transferências da União referentes aos blocos de financiamento do SUS, 2003 - 2014.

Ano	Valor	População	Per Capita
2003	30.247.483,17	1.230.188	24,59
2004	81.801.323,04	1.253.256	65,27
2005	170.954.631,78	1.305.708	130,93
2006	183.856.676,81	1.332.441	137,98
2007	191.589.249,73	1.243.627	154,06
2008	198.928.223,51	1.280.509	155,35
2009	254.210.341,35	1.292.051	196,75
2010	270.013.579,70	1.383.453	195,17
2011	214.707.968,24	1.400.892	153,27
2012	206.040.398,49	1.417.694	145,33
2013	279.845.946,62	1.478.164	189,32
2014	300.488.691,25	1.496.880	200,74

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2015.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

4.1.3.1. Bloco da Atenção Básica

A Atenção Básica é de responsabilidade municipal, porém o estado recebe recursos deste bloco para executar atenção à saúde no sistema penitenciário. No período de 2005 a 2014, o Tocantins recebeu R\$ 2.574.998,19 para a Atenção Básica, com importantes variações em alguns anos, conforme Tabela 12.

Nos anos de 2005, 2006, 2007 e 2010, a SES Tocantins recebeu recursos para o Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família – PROESF, sendo uma iniciativa do Ministério da Saúde viabilizada pelo acordo de empréstimo com o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, com o objetivo de apoiar o fortalecimento da atenção básica através da estratégia saúde da família, no território brasileiro. O Tocantins participou da primeira e segunda fase do PROESF, o que lhe possibilitou receber recursos para apoiar os municípios no aprimoramento da gestão da atenção básica.

Tabela 12 – Recursos do bloco da atenção básica transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a SES Tocantins, 2005 - 2014.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bloco da Atenção Básica	590.766,00	448.195,24	227.498,51	83.396,82	72.833,91	746.610,00	69.416,50	230.242,26	58.788,94	47.250,00

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2015.

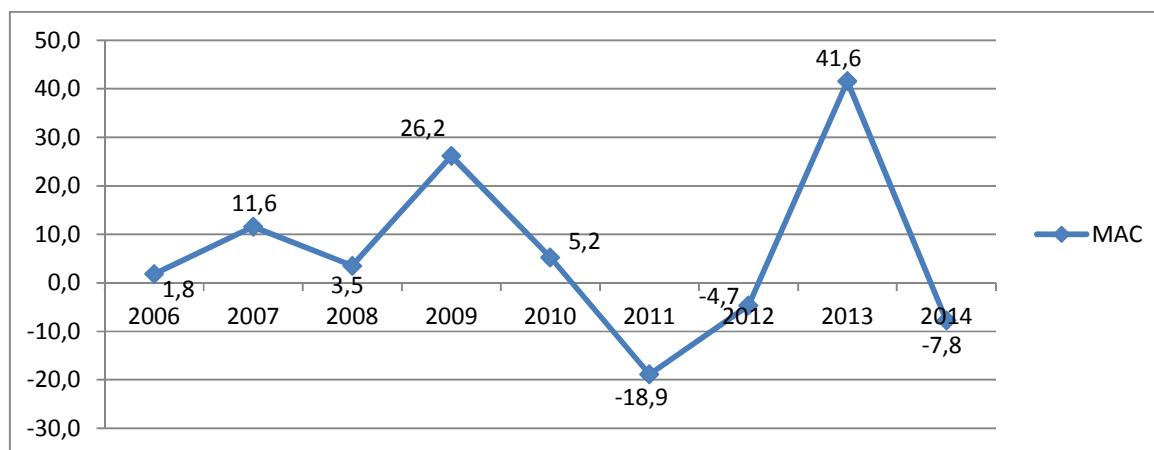
Nota:

1 - Valores corrigidos pelo IPCA-E para o ano de 2014.

4.1.3.2. Bloco de média e alta complexidade

Os recursos do teto financeiro de média e alta complexidade, que estão na gestão da SES Tocantins, cresceram 56,89% no período de 2005 a 2014. Cresceram, em parte, porque muitos outros recursos foram incorporados ao teto, superando, inclusive, as reduções devidas à descentralização de ações e serviços de saúde, que passaram para a gestão dos municípios. Além disto, o estado teve alguns outros movimentos, descritos abaixo, que impulsionaram ou reduziram significativamente o repasse do bloco de média e alta complexidade, principalmente nos anos de 2007, 2009, 2011, 2012, 2013 e 2014, conforme Gráfico 6.

Gráfico 6 – Percentual de evolução dos recursos do bloco de média e alta complexidade da SES Tocantins, 2006 - 2014.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2015.

No ano de 2007, o crescimento do teto MAC foi de 11,6% em relação ao teto de 2006, pelo reajuste de valores de procedimentos e da incorporação de recursos a título de ampliação da oferta de serviços que acrescentaram ao teto da MAC, sob gestão da SES Tocantins, cerca de 20 milhões de reais.

Outra alteração importante ocorreu no ano de 2009, quando o teto MAC foi ampliado em 26,2% em relação ao de 2008, apesar de um movimento importante na descentralização de ações e serviços de saúde para vários municípios, que aderiram ao Pacto pela Saúde. Mesmo assim, o MS ampliou os recursos para a SES no bloco MAC, no valor de R\$ 32.721.285,06, provenientes da migração de procedimentos do Componente FAEC para o Componente MAC, do reajuste de valores de procedimentos e da ampliação da oferta de serviços.

No ano de 2011, a gestão estadual teve a maior queda de recursos referentes ao bloco da MAC (18,9% em relação aos recursos de 2010) devido, em primeiro lugar, a uma portaria do Ministério da Saúde que disponibilizou recursos de R\$ 30.000.000,00 em parcela única apenas para a competência de dezembro de 2010 e não incorporou ao teto estadual, o que acabou distorcendo os valores do bloco MAC do ano de 2010. Além disto, com a continuidade do processo de descentralização pelo Pacto pela Saúde, houve migração de recursos que estavam na gestão estadual para a gestão municipal.

A partir do ano de 2012, começa o processo de implantação das redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Psicossocial e Rede de Cuidados de Atenção à Pessoa com Deficiência que passam a incorporar recursos novos ao teto da gestão estadual, conforme mostra a Tabela 13.

Em consequência destes movimentos e também da incorporação ao teto MAC estadual de R\$ 60.000.000,00 de teto livre (Portaria GM/MS nº 2.961/2012), e de R\$ 20.000.000,00 em parcela única, no ano de 2013, o estado teve o maior crescimento do MAC no período, calculado em 41,6%, em relação ao teto MAC de 2010, o que fez com que o valor per capita do teto, deste ano, se aproximasse do praticado no ano de 2010.

No ano de 2014, a gestão estadual teve novamente os valores reduzidos do teto MAC em 7,8% em relação a 2013, apesar de terem sido incorporados recursos oriundos das redes de atenção à saúde (Tabela 13). Registre-se que o recurso de R\$ 20.000.000,00, em parcela única, que foi transferido em 2013 não foi incorporado ao teto e, portanto, seu impacto restringiu-se ao ano de 2013. Além disto, em decorrência da falta de financiamento suficiente do nível federal para custear todos os acordos firmados com os estados brasileiros, o Ministério da Saúde parcelou o recurso MAC do mês de dezembro de 2014, realizando o restante do pagamento somente em janeiro de 2015.

Tabela 13 – Recursos do bloco de média e alta complexidade incorporados à gestão estadual, referentes ao processo de implantação das redes de atenção à saúde e à ampliação da oferta de serviços, 2012 - 2014.

Redes de Atenção à Saúde	Ano		
	2012	2013	2014
Rede Temática RUE (Porta de Entrada)		4.800.000,00	6.000.000,00
Rede Temática RUE (Enfermaria)		713.575,00	
Rede Temática RUE (UTI)	3.860.398,08	5.057.533,44	1.688.647,68
Rede Temática (RPCD)	119.479,23	3.360.000,00	
Rede Cegonha (UTI)	2.744.052,48	1.583.107,20	
Rede Cegonha (UCI)	2.851.380,00	1.093.905,00	
Rede Cegonha (Leito de Gestante)	1.774.630,00	1.842.885,00	
Rede Cegonha (Casa de Gestante)		720.000,00	
Rede RCA-RCAN/Oncologia		157.078,96	
Rede RCA-RCAN/Oncologia		16.208,64	
Total Redes	11.349.939,79	18.451.005,64	7.688.647,68
Ampliação da Oferta de Serviços (Teto Livre)		80.000.000,00	
Outras Ampliações de Teto	1.343.410,24	3.640.807,85	
Total Geral	12.693.350,03	82.091.813,49	7.688.647,68

Fonte: SISMAC/MS, 2015.

Enfim, no período analisado, constata-se que as variações no bloco de MAC devem-se, principalmente, ao componente MAC, já que o componente FAEC apresenta certa estabilidade, mesmo com a proposta introduzida pelo Pacto pela Saúde de migração da maioria dos procedimentos financiados pelo componente FAEC para o componente MAC (Tabela 14).

Tabela 14 – Recursos do bloco de média e alta complexidade por componentes transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a SES Tocantins, 2005 - 2014.

Ano	FAEC	MAC	TOTAL
2005	11.045.889,28	139.801.205,56	150.847.094,84
2006	14.126.840,41	139.450.655,89	153.577.496,30
2007	13.973.232,46	157.371.769,91	171.345.002,37
2008	15.855.555,01	161.520.859,22	177.376.414,23
2009	18.214.716,71	205.547.347,22	223.762.063,93
2010	15.563.524,49	219.901.939,72	235.465.464,21
2011	15.001.861,49	175.976.690,39	190.978.551,88
2012	16.570.582,83	165.444.402,72	182.014.985,55
2013	18.419.196,62	239.275.650,79	257.694.847,41
2014	15.132.481,41	222.545.255,46	237.677.736,87
% de Evolução 2005 a 2014			57,56

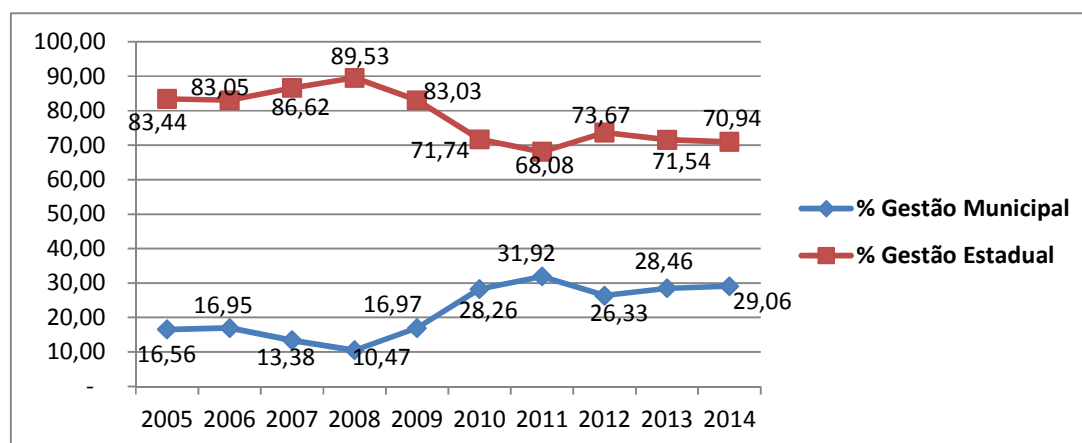
Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2015.

Nota:

1 – Valores corrigidos pelo IPCA-E para o ano de 2014.

A descentralização de ações e serviços para a gestão municipal no estado do Tocantins tem sido muito lenta. No ano de 2005, 83,44% dos recursos de média e alta complexidade estavam na gestão estadual, atingindo seu ápice em 2008 com 89,53%, alcançando, em 2014, a proporção de 70,94% (Gráfico 7). Mesmo com vários movimentos deflagrados no período avaliado, como a edição da NOAS (2001), o Pacto pela Saúde (2006), a Programação Pactuada e Integrada (2006) e, por último, o Decreto nº 7.508/2011, os recursos continuaram, em sua maior proporção, na gestão estadual.

Gráfico 7 – Percentuais de recursos do bloco de média e alta complexidade por tipo de gestão no estado do Tocantins, 2005 - 2014.



Fonte: SISMAC/MS, 2015.

De todo modo, houve alguns movimentos importantes, principalmente a partir do ano de 2009 até o ano de 2011, que induziram os municípios a assumirem a gestão de algumas ações e serviços no estado.

No ano de 2008, o estado do Tocantins tinha apenas sete municípios habilitados na gestão plena pela NOB, sendo que, em 2009, trinta e quatro municípios haviam feito sua adesão ao Pacto pela Saúde, entre estes, o município de Araguaína, que é o segundo maior município do estado em porte populacional.

No ano de 2010, 56 municípios já tinham aderido ao Pacto pela Saúde: é quando acontece a maior redução do teto MAC da gestão estadual (11,29% em relação ao ano de 2009).

Em 2011, registra-se proporcionalmente o menor teto MAC sob gestão estadual (68,08%) no período avaliado. Isto aconteceu devido à incorporação de novos recursos à

gestão municipal pela implantação e qualificação de serviços como UPA, SAMU, CAPS e CEO, além da redução do teto MAC em relação ao ano de 2010, conforme já relatado.

4.1.3.3. Bloco da vigilância em saúde

Os recursos do bloco da vigilância em saúde cresceram 80,2% entre 2003 a 2014, incluindo todos os seus componentes (Tabela 15). A evolução no período foi constante, porém com duas reduções muito significativas nos anos de 2008 (23,5% em relação a 2007) e 2014 (22,7% em relação a 2013). Em 2008, a queda se justifica pelo repasse pelo Ministério da Saúde, no ano de 2007, de recursos para o fortalecimento da gestão da vigilância em saúde, e que não foram incorporados ao piso variável da vigilância epidemiológica. Em 2014, o motivo da redução foi, principalmente, em relação ao piso fixo da vigilância, que conforme pactuação na CIB do Tocantins, em razão da Portaria GM/MS nº 1378 de 2013, que redefiniu novas formas de rateio de recursos entre estados e municípios, houve uma resolução da CIB que ampliou os percentuais destinados aos municípios com a consequente diminuição da parcela estadual.

Tabela 15 – Recursos do bloco de vigilância em saúde por componentes transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a SES Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	Vigilância Epidemiológica e Promoção da Saúde		Vigilância Sanitária	Total
	Piso Fixo	Piso Variável		
2003	2.608.307,51	863.978,87	775.175,42	4.247.461,81
2004	2.332.714,67	1.339.430,95	745.563,48	4.417.709,09
2005	2.429.942,05	2.609.642,47	744.237,35	5.783.821,86
2006	2.338.076,19	4.116.203,66	777.742,71	7.232.022,55
2007	2.355.161,91	5.577.155,35	820.041,51	8.752.358,77
2008	2.189.201,66	2.845.313,58	1.658.057,92	6.692.573,15
2009	2.561.215,66	3.986.932,65	1.671.448,52	8.219.596,83
2010	3.612.049,61	2.412.583,50	1.705.890,15	7.730.523,26
2011	4.543.858,70	2.257.712,93	1.125.796,08	7.927.367,72
2012	4.477.648,69	3.567.266,73	1.065.697,02	9.110.612,44
2013	4.473.318,91	3.630.763,86	1.810.240,35	9.914.323,10
2014	3.292.227,94	2.956.282,79	1.408.320,01	7.656.830,74
% de Evolução 2003 a 2014				80,27

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2016.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

O componente da vigilância sanitária apresentou ao longo do período uma evolução de 81,6%, semelhante, portanto, à evolução do próprio bloco de financiamento como um todo. O componente da vigilância epidemiológica, por sua vez, teve um aumento de 80% no período, sendo de 26,2% no piso fixo e 242,2% no piso variável.

4.1.3.4. Bloco da assistência farmacêutica

O financiamento da assistência farmacêutica, como um todo, teve uma evolução, no período de 2003 a 2014, de - 60,6%, portanto, teve redução significativa no período avaliado e que será estudado neste trabalho.

O seu componente especializado, a princípio regulamentado como de dispensação excepcional, foi o que teve a maior redução de recursos de 2003 a 2014, conforme mostra o Tabela 16.

Em 2005, a participação proporcional da assistência farmacêutica entre todos os blocos de financiamento representava 4,37%, reduzindo em 2014 para 0,51%. Esta redução de valores não decorre de uma diminuição do financiamento por parte do Ministério da Saúde, e sim de uma mudança da regulamentação redefinindo as responsabilidades dos entes federados na aquisição dos medicamentos. Para entender este movimento, é necessário fazer um breve relato dos atos normativos que produziram os resultados observados.

Até o ano de 2006, a regulamentação dos medicamentos de dispensação excepcional, estabelecia que o repasse do recurso financeiro fosse de acordo com os valores aprovados, referente à entrega da medicação aos usuários através do processamento das Autorizações para Procedimento de Alta Complexidade - APAC, tendo como parâmetro a média trimestral. Porém, até este momento as compras de medicamentos, em sua maioria, eram feitas centralizadas pelos estados com consequente repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde.

Porém, a partir do ano de 2006, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.577 que regulamentou o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, alguns medicamentos passaram por um processo de compra centralizado pelo Ministério da Saúde, mas a aquisição de muitos medicamentos ainda continuou na responsabilidade da gestão estadual. A redução do total repassado para a assistência farmacêutica só não foi maior neste ano, porque recursos financeiros do componente básico, da ordem de um

milhão e setecentos mil reais, foram repassados para que o estado fizesse a aquisição para os municípios. Porém, a partir de 2007, esta responsabilidade foi repassada aos municípios, de acordo com o definido pela Portaria GM/MS nº 204/2007 que regulamentou os blocos de financiamento.

Tabela 16 – Recursos do bloco de assistência farmacêutica por componentes transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a SES Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	Especializado	Básico	Total
2003	3.908.227,89	6.787,83	3.915.015,72
2004	4.611.664,01	7.633,94	4.619.297,95
2005	7.457.399,04	8.951,89	7.466.350,93
2006	4.918.537,98	1.722.553,11	6.641.091,09
2007	5.153.269,24		5.153.269,24
2008	5.266.193,15		5.266.193,15
2009	5.459.497,78		5.459.497,78
2010	4.196.317,85		4.196.317,85
2011	4.341.352,12		4.341.352,12
2012	2.639.289,28		2.639.289,28
2013	2.641.326,72		2.641.326,72
2014	1.541.893,74		1.541.893,74
% de Evolução 2003 a 2014			-60,62

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2016.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

Outra redução importante de recursos ocorreu no ano de 2010, com a edição da Portaria GM/MS nº 2.981/2009, que, além de alterar a denominação do componente da Assistência Farmacêutica, que passou a ser tratado como Componente Especializado (e não mais de Dispensação em Caráter Excepcional), redefiniu as formas de distribuição dos medicamentos e seu financiamento. A responsabilidade pela aquisição e, portanto, pelo pagamento dos medicamentos passou a ser compartilhada entre a União, os estados e os municípios da seguinte maneira: grupo 1 - medicamentos sob responsabilidade da União, grupo 2 - medicamentos sob responsabilidade dos estados e do Distrito Federal, e grupo 3 - medicamentos sob responsabilidade dos municípios e do Distrito Federal. Os medicamentos integrantes dos grupos 1 e 2 continuaram com dispensação por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, enquanto aqueles pertencentes ao grupo 3 passaram a ser dispensados pelos municípios.

A partir de 2010, novas portarias foram sendo publicadas com a inclusão e exclusão de medicamentos e de redefinição de responsabilidades pela aquisição entre os entes, fazendo com que houvesse uma redução significativa dos repasses ao estado do Tocantins.

Finalmente, em 2013, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 1.554 faz uma nova divisão dos medicamentos:

I - Grupo 1: medicamentos pagos pelo Ministério da Saúde, sendo subdivididos em:

a) Grupo 1A: medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação; e

b) Grupo 1B: medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação;

II - Grupo 2: medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação; e

III - Grupo 3: medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação.

A portaria define ainda que o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal poderão pactuar a aquisição centralizada dos medicamentos pertencentes ao Grupo 1B, observando-se, entre outros, o benefício econômico da centralização frente às condições do mercado e os investimentos estratégicos do governo no desenvolvimento tecnológico e da capacidade produtiva junto aos laboratórios públicos e oficiais.

Baseado na pactuação desta nova portaria, a partir de 2014, o estado tem novamente uma redução dos repasses do componente especializado mediante a definição de uma compra centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde.

4.1.3.5. Bloco de gestão do SUS

O bloco de gestão do SUS foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 204/2007 com a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuam para a

organização e eficiência do sistema, principalmente o componente da qualificação da gestão do SUS. O repasse para este bloco teve seu auge, para o estado do Tocantins, nos anos de 2009 e principalmente de 2010 (Tabela 17). Após este período, os recursos foram reduzidos significativamente.

O financiamento do bloco de gestão, como um todo, teve uma evolução, no período de 2005 a 2014, de – 54,7%. Portanto, semelhante ao bloco da assistência farmacêutica, foram os dois únicos a apresentarem redução no período. Em 2005, a participação proporcional do bloco de gestão entre todos os blocos de financiamento representava 1,63%, reduzindo em 2014 para 0,42%, tendo o seu auge no ano de 2010 com uma participação de 3,78 %.

Tabela 17 – Recursos do bloco de gestão por componentes transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a SES Tocantins, 2005 - 2014.

Ano	Qualificação da Gestão do SUS	Implantação de Ações e Serviços de Saúde	Total
2005	2.793.153,21		2.793.153,21
2006	775.306,40	93.335,44	868.641,85
2007	5.486.717,36		5.486.717,36
2008	2.971.579,23	168.478,43	3.140.057,66
2009	6.884.487,56	80.926,57	6.965.414,13
2010	10.082.899,17	114.905,86	10.197.805,03
2011	4.557.056,71	1.222.606,78	5.779.663,49
2012	5.725.626,18	102.118,10	5.827.744,27
2013	1.801.494,66	444.054,37	2.245.549,03
2014	612.194,70	653.719,60	1.265.914,30
% de Evolução 2005 a 2014			-54,68

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2016.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

Muitas políticas e atividades importantes foram financiadas com recursos deste bloco: a educação permanente, a educação profissional de nível técnico, os complexos reguladores da assistência, o Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS), os Colegiados de Gestão Regional (hoje, Comissões Intergestores Regionais – CIR), as Ouvidorias, a Auditoria e o funcionamento dos Conselhos de Saúde. A partir de 2011, no entanto, o Ministério da Saúde reduziu os repasses destes incentivos, até que, em 2014, foram quase que totalmente suspensos. Esta suspensão tem trazido um prejuízo muito

grande para a organização da gestão da SES Tocantins e dos municípios, pois como o estado aplica quase todo o recurso na manutenção da rede hospitalar, poucos recursos são investidos na qualificação da gestão, ocasionando uma interrupção ou diminuição das ações estruturantes.

4.1.3.6. Bloco de investimentos e convênios

Os recursos de investimentos repassados à SES Tocantins, seja via convênios, seja via repasse na modalidade fundo a fundo (bloco de investimentos), foram muito incipientes no período, como mostra a Tabela 18.

Nos últimos doze anos, de todos os recursos repassados, incluindo todos os blocos de financiamento, os investimentos feitos pelo Ministério da Saúde na SES Tocantins corresponderam a 5,25% do total. Com exceção, em 2014, de um investimento considerável para a 1ª etapa da construção de um novo hospital geral no município de Gurupi (ainda em construção), todos os outros recursos de investimento foram usados para compra de equipamentos ou melhoria das unidades já existentes, portanto, sem expansão de novos serviços.

Tabela 18 – Recursos de convênios e do bloco de investimentos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a SES Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	Convênios	Bloco de Investimentos	Total
2003	3.240.982,66		3.240.982,66
2004	3.552.715,38		3.552.715,38
2005	3.473.444,93		3.473.444,93
2006	15.089.229,79		15.089.229,79
2007	624.403,48		624.403,48
2008	6.369.588,51		6.369.588,51
2009	9.730.934,71		9.730.934,71
2010	2.425.816,19	9.251.043,17	11.676.859,36
2011	1.986.536,24	3.625.080,29	5.611.616,53
2012	2.326.737,78	3.890.786,90	6.217.524,68
2013	4.075.453,01	3.215.658,40	7.291.111,41
2014	45.617.283,60	6.681.782,00	52.299.065,60
Total	98.513.126,29	26.664.350,76	125.177.477,05

Fonte: Fundo Nacional de Saúde e SIOPS, 2016.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

O financiamento do bloco de investimentos e dos convênios teve no ano de 2005 uma participação proporcional de 2,03% entre todos os blocos de financiamento, alcançando em 2014 17,40%. Porém, diferente dos outros blocos de financiamento, este não há uma regularidade de repasse e sim é feito mediante a apresentação, aprovação e a liberação de recursos referente a propostas apresentadas ao Fundo Nacional de Saúde pelo próprio estado ou através de emendas parlamentares.

Em relação a todo o investimento realizado pelo estado do Tocantins, no período de 2003 a 2014, os recursos repassados pelo FNS representaram 45,3%, sendo o restante custeado ou por recursos próprios ou por captação de recursos junto a instituições financiadoras.

4.1.4. Síntese da evolução das receitas

Importante destacar, referente à análise das receitas apresentadas no período de 2003 a 2014, que a participação das transferências constitucionais e legais no período totalizou um volume de recursos de R\$ 31.005.195.842,44, o que representa 67,4% dos recursos vinculados à saúde. A principal arrecadação referente às transferências é o FPE com 99,9% do total arrecadado no período. Enquanto a participação dos impostos de base estadual totalizou R\$ 14.978.031.241,81, o que representa 32,6% da base de recursos para a saúde. A principal arrecadação dos impostos de base estadual é o ICMS com 79,9%, seguido do IR com 14,5% do total arrecadado no período.

Isto demonstra que, apesar do crescimento maior dos impostos de base estadual com 159,89% no período, e das transferências constitucionais e legais com 68,87%, o estado do Tocantins continua dependente das transferências constitucionais e legais da União.

Em relação às receitas referentes aos blocos de financiamento do SUS e convênios, estas totalizaram um volume de recursos da ordem de R\$ 2.270.635.707,48, no período de 2005 a 2014, com um crescimento no mesmo período de 75,77%. Em relação à distribuição por blocos de financiamento, o de média e alta complexidade foi o que recebeu a maior destinação de recursos do FNS, com um total de R\$ 1.980.739.657,58, o que representa uma participação relativa de 87,23% em relação aos outros blocos. Ainda em relação ao bloco de média e alta complexidade, nota-se uma centralização destes recursos na gestão estadual, observando uma pequena redução no período, partindo de 83,44% no ano de 2005, alcançando, em 2014, a proporção de 70,94%.

Outra análise importante, nesta discussão das receitas efetivamente aplicadas na saúde, nos mostra um cenário cada vez mais preocupante em relação à gestão estadual do Tocantins. De todo recurso aplicado na saúde nos últimos 12 anos, totalizando R\$ 10.034.879.209,61, apenas 23,7% foi financiado diretamente com recursos do governo federal, através do FNS, sendo 75,5% de responsabilidade do estado, referente às receitas oriundas dos impostos de arrecadação estadual e das transferências constitucionais e legais da União e 0,8% de outras fontes de recursos. O mais preocupante dos dados apontados pela pesquisa é que esta desproporção no financiamento da saúde, entre governo federal e estadual, vem aumentando ao longo dos últimos 12 anos. Apesar da redução significativa da participação da União no financiamento da saúde, estes recursos continuam fundamentais para a gestão da saúde pública no estado.

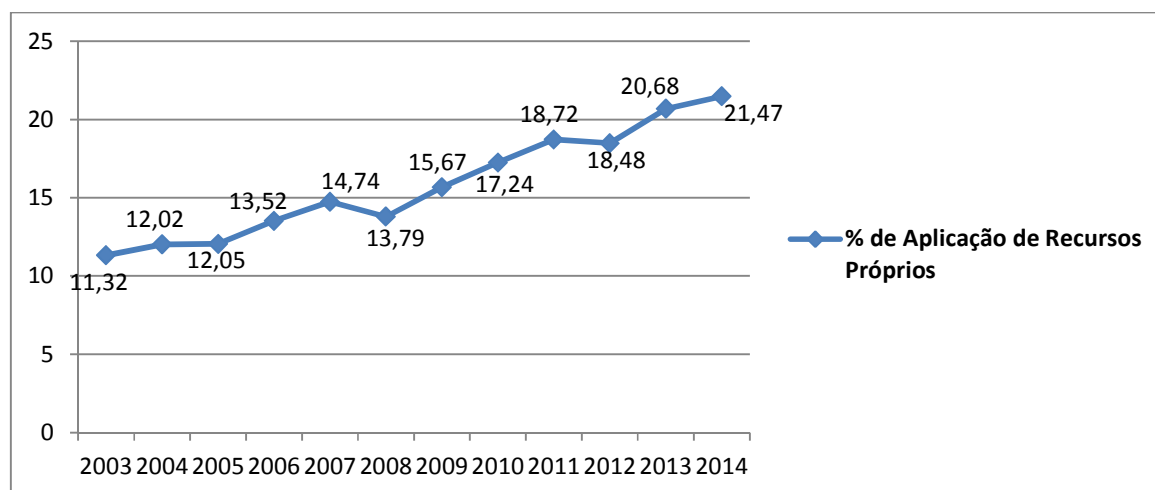
Mesmo com esta redução no financiamento federal, alguns marcos foram importantes neste período em relação ao financiamento da saúde. O Pacto pela Saúde inovou na instituição dos blocos de financiamento do SUS que permitiu uma melhor organização nos repasses federais e uma maior flexibilidade de gastos aos gestores. Porém, movimentos importantes como a regulamentação da Lei Federal 8080/90 pelo Decreto nº 7508/2011 e a aprovação da Lei Complementar nº 141/2012 não apresentaram qualquer novidade na vinculação de recursos federais para a saúde, frustrando a expectativa de ampliação de recursos para o setor. Outros marcos importantes foram, em 2003, um projeto de lei de iniciativa do Congresso Nacional. Esse projeto tentava vincular 10% da Receita Corrente Bruta. A próxima tentativa foi no ano de 2012 pelo movimento “Saúde + 10” da sociedade civil organizada, movimentos sociais e entidades ligadas à área da saúde e defensoras da reforma sanitária brasileira, que formaram uma frente nacional propondo outro Projeto de Lei. Ambos os movimentos não tiveram sucesso devido à negativa da área econômica do governo.

4.2. Despesas

Em 2003, 11,32% das despesas da SES Tocantins foram pagas com recursos próprios do tesouro estadual. Em 2014, essa proporção chega a 21,47% (Gráfico 8). Esta evolução é motivo de grande preocupação, dado que o estado não tem condições de ampliar suas receitas de modo a poder destinar mais recursos para a saúde. De fato, o governo estadual já não está conseguindo honrar todos os compromissos assumidos com

fornecedores, prestadores de serviço, municípios (as contrapartidas estaduais dos diversos programas de saúde) e mesmo os compromissos com o pessoal da saúde.

Gráfico 8 – Percentual de aplicação de recursos próprios em saúde da SES do Tocantins, 2003 - 2014.

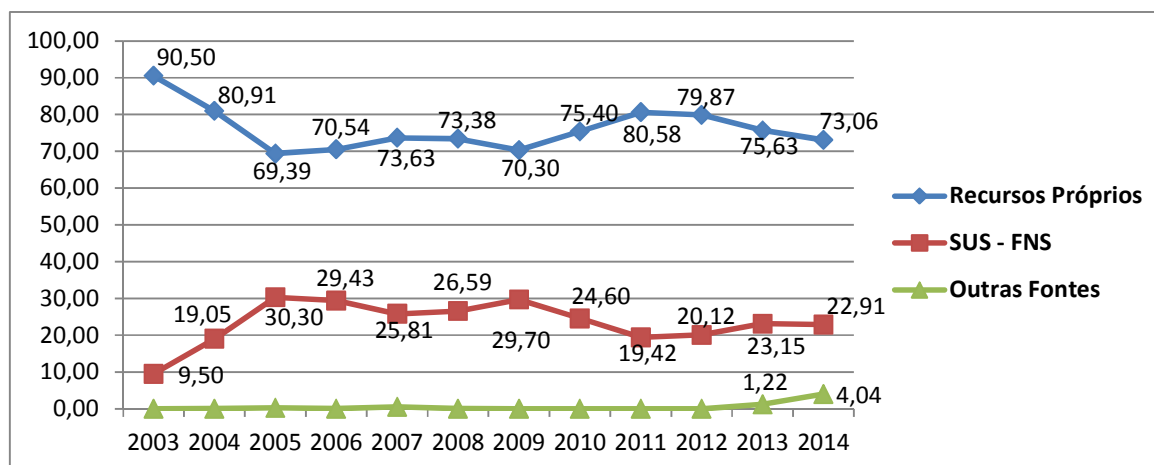


Fonte: SIOPS, 2016.

Quando se avalia a proporção dos gastos em saúde no Tocantins, por fonte de financiamento, verifica-se que a maior parte dos gastos é arcada com recursos próprios do estado, representando, nos anos de 2003 a 2014, uma média de 75,5% (Gráfico 9). Importante notar que, nos dois últimos anos do período avaliado, houve um aumento de outras fontes, recursos estes originários de operações de crédito junto a instituições bancárias para investimento na rede assistencial do estado.

Com os custos crescentes da saúde, principalmente com pessoal, material de consumo e serviços de terceiros para manutenção dos serviços sob gestão estadual, e um baixo crescimento do financiamento federal para o SUS, a tendência é de uma dependência cada vez maior dos recursos estaduais, o que representa um limitador importante para a simples manutenção dos serviços de saúde em um futuro próximo, sob risco de prejudicar as políticas de outras áreas fundamentais para a sociedade.

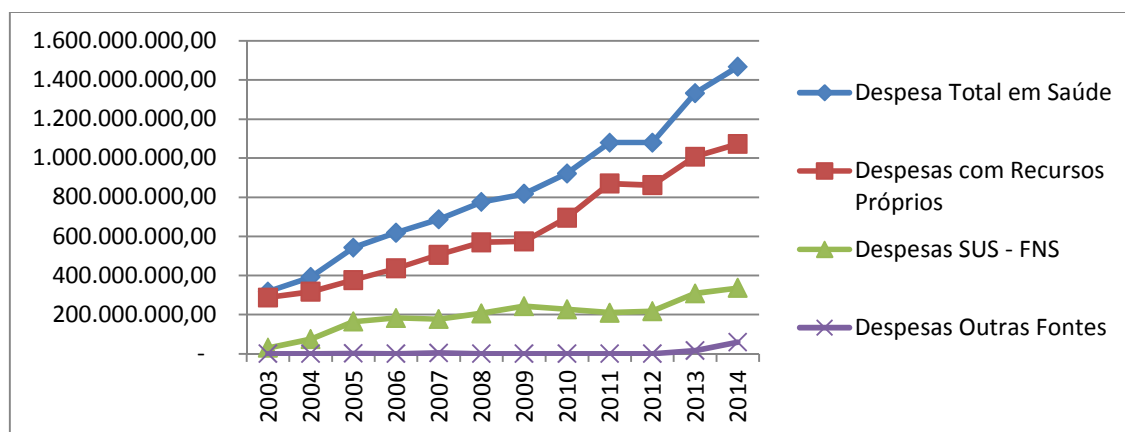
Gráfico 9 – Proporção de recursos aplicados em saúde pela SES Tocantins por fonte de financiamento, 2003 - 2014.



Fonte: SIOPS e FNS, 2015.

O Gráfico 10 mostra que a alocação dos recursos próprios tem acompanhado o crescimento da despesa total com saúde, o que já não acontece em relação aos recursos federais destinados ao SUS. O que parecia uma tendência no início do período avaliado - o crescimento do financiamento federal de modo proporcional à despesa - não se confirmou ao final.

Gráfico 10 – Recursos aplicados em saúde na SES Tocantins, 2003 a 2014.



Fonte: SIOPS e FNS, 2016.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

Em relação à análise do crescimento *per capita* das despesas com recursos federais SUS (Tabela 19), constata-se que, apesar do seu crescimento nos últimos anos, estes

recursos têm apenas acompanhado o crescimento populacional, não significando, portanto, uma expansão consistente de recursos do FNS para o estado do Tocantins. Quando se considera o *per capita* com recursos próprios, pode-se constatar uma evolução substancial, a cada ano do volume de recursos gastos para o financiamento da saúde no estado.

Tabela 19 – Evolução do *per capita* das despesas custeadas com recursos transferidos pelo FNS, dos recursos próprios e da despesa total por período de governo da SES Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	População	Recursos Próprios	Recursos SUS	Despesa Total
2003	1.230.188	234,12	24,58	258,70
2004	1.253.256	253,15	59,61	312,76
2005	1.305.708	288,58	126,03	414,61
2006	1.332.441	327,81	136,75	464,56
2007	1.243.627	406,92	142,62	549,54
2008	1.280.509	444,69	161,12	605,81
2009	1.292.051	444,75	187,86	632,61
2010	1.383.453	502,61	163,96	666,57
2011	1.400.892	621,12	149,72	770,84
2012	1.417.694	608,32	153,27	761,59
2013	1.478.164	681,62	208,68	890,30
2014	1.496.880	716,31	224,58	940,89

Fonte: SIOPS e FNS, 2016.

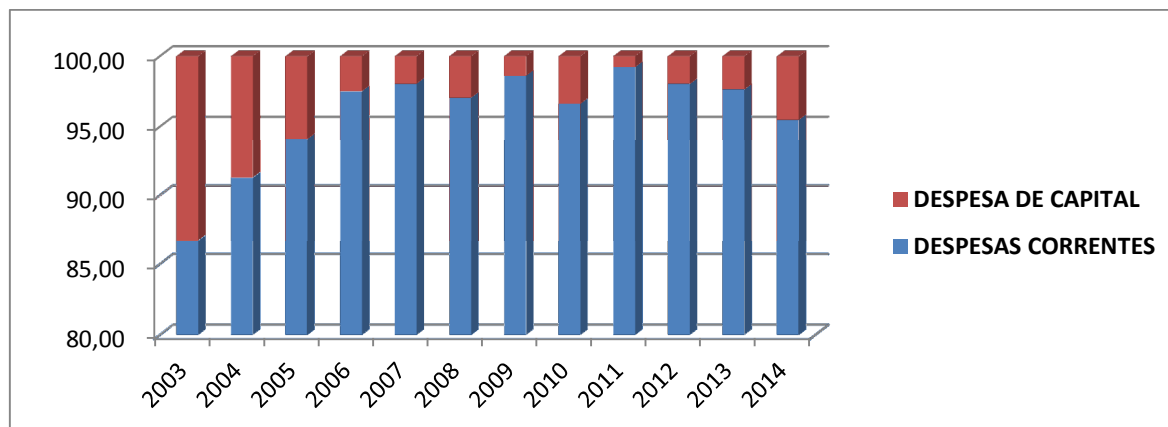
Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

Em relação à aplicação dos recursos, considerando a natureza da despesa, o estudo demonstra que, no Tocantins, a maior parte dos recursos tem sido utilizada nas despesas correntes para manutenção dos serviços já em funcionamento, com pouco investimento (despesa de capital) na expansão de novos serviços que ampliem o acesso e melhorem o cuidado prestado ao usuário do SUS (Gráfico 11).

No período avaliado, a proporção de recursos despendidos para despesa de capital, do orçamento total da saúde, foi em média de 4,14% ao ano, puxado por investimentos maiores nos anos de 2003 a 2005. Nos últimos dois períodos de governo, esta média caiu para 2,42% ao ano, o que tem dificultado a implantação de novos serviços e ampliação e manutenção dos já existentes. Porém, no ano de 2014, esta proporção sobe para 4,52%, referente ao início da execução da obra do Hospital Regional de Gurupi financiada com recursos do Ministério da Saúde e de reformas em outras unidades hospitalares financiadas por operações de créditos bancários.

Gráfico 11 – Proporção de recursos aplicados em saúde na SES Tocantins por natureza de despesa, 2003 - 2014.



Fonte: SIOPS, 2016.

4.2.1. Despesas correntes

4.2.1.1. Pessoal e encargos sociais

As despesas com pessoal e encargos sociais para o estado do Tocantins foi o principal elemento de despesa em todo o período avaliado. Na análise da série histórica do período, o gasto com pessoal tem consumido uma média de 54% do orçamento destinado à saúde, sendo um dos estados que mais gasta com folha pagamento no país. Desde 2010, o gasto com pessoal vem crescendo ininterruptamente, tendo alcançado seu percentual mais alto em 2013 com 57,3%.

Na avaliação do gasto com pessoal, por período de governo, nota-se um crescimento acentuado no primeiro período – de 108,39% entre 2003 e 2006 -, muito superior aos períodos seguintes, como detalhado na Tabela 20. Porém, para entender este e outros movimentos importantes na folha de pagamento do estado é necessário fazer um breve relato histórico sobre a gestão de pessoal no período avaliado.

Apesar de ter crescido, em alguns anos, na média do período, a evolução da folha de pagamento e seus encargos sociais apresentaram uma oscilação nos anos avaliados, tendo alguns picos de acréscimos (em 2004, 2006, 2009, 2010, 2011 e 2013) e decréscimo em 2014, como mostra o Gráfico 12.

Tabela 20 – Percentual de elevação de gastos com pessoal e encargos sociais por período de governo da SES Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	Valor Total	% Evolução Por Período de Governo
2002	163.475.977,65	
2003	176.846.895,93	
2004	225.462.404,17	108,39
2005	244.850.731,54	
2006	340.668.094,94	
2007	346.449.990,94	
2008	369.498.902,27	49,23
2009	436.302.795,27	
2010	508.392.563,89	
2011	645.419.103,78	
2012	645.054.901,82	57,18
2013	822.459.521,05	
2014	799.082.455,40	

Fonte: SIOPS, 2016.

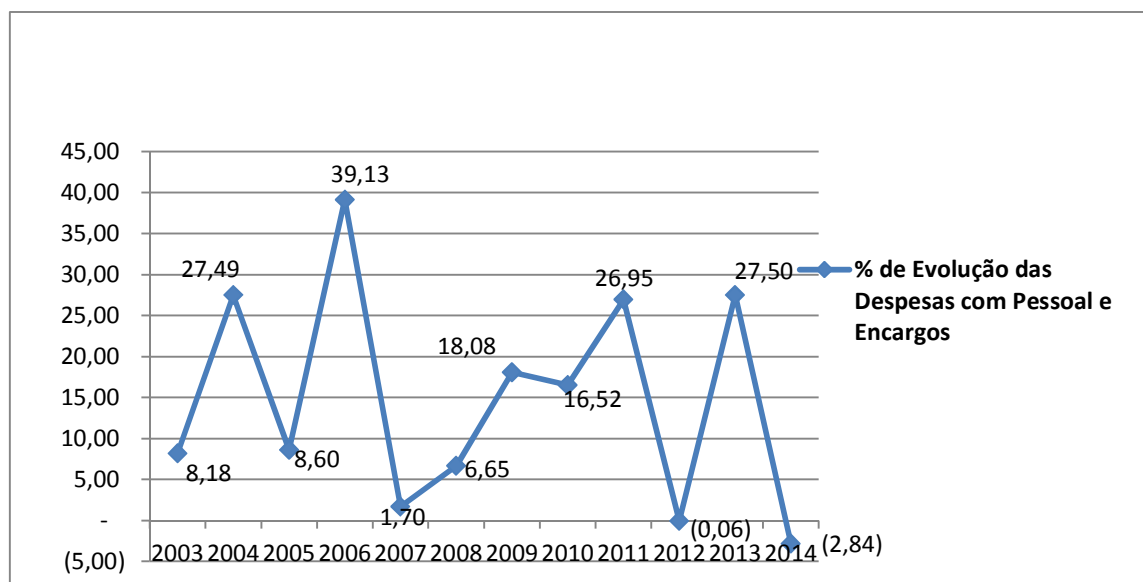
Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

No ano de 2004, o crescimento da folha de pagamento foi de 27,49%, em relação ao ano de 2003 devido ao acréscimo de servidores contratados por tempo determinado e de novos cargos comissionados para suprir a necessidade das unidades do estado visto que o concurso público, programado para ser realizado em 2002, foi cancelado e reaberto somente em 2004.

No ano de 2005 (8,60% de aumento em relação a 2004) e, principalmente, no ano de 2006 (39,13% de aumento em relação a 2005), os acréscimos foram devidos à incorporação de novos servidores ao quadro da saúde mediante a realização de concurso público homologado em 2005, tendo havido um volume maior de posses em 2006. Este concurso destinou-se ao provimento de pessoal para as unidades hospitalares estaduais, mas também para a disponibilização de profissionais de saúde para os municípios como forma de contrapartida estadual na implantação da atenção básica. Atendeu ainda às exigências da Lei Estadual nº 1.588/2005, em vigor a partir de janeiro, que dispõe sobre o Plano de Cargos, Carreiras e Subsídios dos Profissionais da Saúde do Estado do Tocantins e regulamenta o enquadramento dos servidores e a progressão funcional, o que obrigou ao estado a ampliar o volume de recursos gastos com pagamento de pessoal.

Gráfico 12 – Percentual de evolução dos gastos com pessoal e encargos sociais da SES Tocantins, 2003 - 2014.



Fonte: SIOPS, 2016.

No ano de 2007, a Lei Estadual nº 1.588/2005 é modificada pela Lei Estadual 1.861/2007 que altera alguns critérios de enquadramento, definindo que em 1º de janeiro de 2008, os profissionais da saúde deveriam ser posicionados na referência correspondente ao tempo de exercício no cargo efetivo no âmbito do Poder Executivo Estadual, no período compreendido entre a admissão no referido cargo e 1º de março de 2005. Com isto, a partir de 2008 e, principalmente, em 2009 os servidores começaram a ser enquadrado nas suas referências, o que possibilitou aos servidores concursados há mais tempo serem posicionados em níveis superiores da carreira, o que onerou ainda mais a folha de pagamento do estado.

Nos anos de 2010 (16,52% de aumento em relação a 2009) e 2011 (26,95% de aumento em relação a 2010), estes acréscimos deveram-se à incorporação de novos servidores ao quadro da saúde, conforme mostra a Tabela 21, mediante a realização de concurso público, homologado em janeiro de 2010 e com as posses efetivadas até o ano de 2014.

Tabela 21 – Quantitativo de pessoal efetivo e contrato/comissionado da SES Tocantins, 2008 - 2014.

Ano	Efetivo		Contratado / Comissionado		Total
	Nº	%	Nº	%	
2008	6.168	68,55	2.829	31,45	8.997
2009	5.833	65,9	3.017	34,1	8.850
2010	7.313	73,38	2.653	26,62	9.966
2011	8.551	87,02	1.276	12,98	9.827
2012	8.851	90,44	936	9,56	9.787
2013	9.221	80,04	2.299	19,96	11.520
2014	9.429	73,55	3.394	26,45	12.823

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins.

Outra mudança regulamentada no ano de 2010, com a Lei Estadual nº 2.320/2010, foi a definição de uma jornada diferenciada de 30 horas semanais, apesar de o concurso ter previsto 40 horas, aos profissionais da saúde lotados exclusivamente nas unidades hospitalares sob gestão estadual, no Laboratório Central - LACEN e no Hemocentro. Esta medida acabou gerando a necessidade de contratação de outros profissionais para fechamento das escalas de trabalho ou a necessidade de pagamento de plantões extras.

No ano de 2012, a folha de pagamento se reduziu em 0,06%, pela diminuição do número de contratos temporários. Neste mesmo ano, contudo, foram publicados atos normativos que tiveram impacto sobre a folha de pagamento a partir de 2013, relacionados a seguir:

- Lei Estadual nº 2644, que institui a Gratificação pelo Exercício da Atividade Médica no Interior do Estado – GRIN, com efeitos retroativos a janeiro do mesmo ano, atribuída aos ocupantes do cargo efetivo ou contratos temporários de médico pelo exercício em determinadas unidades hospitalares da rede pública estadual do interior do estado.
- Portaria/SESAU nº 937 que dispõe sobre a conversão da jornada normal de trabalho em regime de plantão. Com isto, os servidores passaram a ter que fazer menos plantões para cumprimento de sua carga horária já reduzida pela Lei Estadual nº 2320/2010.
- Lei Estadual nº 2670/2012, que altera o PCCS passando a chamar Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração – PCCR, alterando algumas questões importantes no enquadramento funcional, redefinindo a progressão

horizontal e vertical com a definição de critérios mais rigorosos dos que os anteriormente estabelecidos.

Outro benefício concedido aos trabalhadores da saúde, lotados nos hospitais estaduais, foi a introdução de três gratificações, instituídas pela Lei Estadual nº 2.692/2012, com efeito financeiro a partir de janeiro de 2013. Foram elas:

- Gratificação de Urgência e Emergência – GUEM: atribuída aos ocupantes dos cargos efetivos de médico, assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, técnico em enfermagem, técnico em radiologia e auxiliar de enfermagem em exercício nos serviços de pronto-socorro e nas salas vermelha e amarela.
- Gratificação de Exercício em Unidade de Terapia Intensiva (Adulto, Pediátrica e Neonatal) – GUTI: atribuída aos ocupantes dos cargos efetivos de médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e assistentes de serviço de saúde em exercício nas unidades de terapia intensiva.
- Gratificação de Unidade Intermediária Neonatal – GNEO: atribuída aos ocupantes dos cargos efetivos de médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e assistente de serviços de saúde em exercício nas unidades intermediárias neonatais.

No ano de 2013, o crescimento dos gastos com pessoal totalizou 27,50% em relação a 2012, decorrente principalmente da posse de quase dois mil novos servidores, entre efetivos e de contratados temporariamente (Tabela 21), e da incorporação das gratificações. Somente a incorporação das gratificações gerou um impacto financeiro de R\$ 11 milhões de reais em 2013 e de R\$ 20 milhões em 2014.

O ano de 2014 apresentou uma redução de 2,84% dos valores gastos com folha de pagamento em relação a 2013, apesar de ter havido a incorporação de mais de mil novos servidores entre efetivos e contratados temporariamente. Neste contexto, o estado começa a mostrar sinais de insuficiência de recursos para honrar os compromissos assumidos, pois esta redução não foi decorrente da diminuição do peso da folha de pagamento nas despesas correntes, e sim pelo atraso do pagamento do mês de dezembro de 2014.

Em relação ao pagamento dos servidores, outras duas questões têm chamado a atenção: o pagamento de plantões extras e a Indenização Compensatória por Serviços

Hospitalares – ICSH (antigo Ressarcimento de Despesas de Atividades de Saúde – REDASA).

Em relação aos plantões extras, instituídos pela Lei Estadual 1.448/2004 com posteriores atualizações, os mesmos não são pagos na folha de pagamento dos servidores e sim através da abertura de processos administrativos e pagos como verbas indenizatórias, sendo os recursos depositados diretamente na conta do servidor. Com a Lei nº 2320/2010 que tinha instituído uma carga horária reduzida para quem estivesse nas unidades hospitalares estaduais e com a publicação da Portaria/SESAU nº 937/2012 que havia reduzido a necessidade de horas trabalhadas, houve um aumento significativo do número de plantões extras.

Quanto à outra questão levantada, o ICSH, instituído pela Lei Estadual nº 2614/2012, atribuiu ao detentor do cargo de médico, cirurgião-dentista especialista em cirurgia buco-maxilo-facial e à equipe multidisciplinar de oncologia, lotados no Hospital Geral de Palmas e no Hospital Geral de Araguaína, compensação financeira de acordo com os serviços profissionais prestados, conforme valores previstos na tabela de procedimentos do SUS. Este incentivo é custeado com recursos federais, provenientes do bloco de média e alta complexidade, cujo pagamento é efetivado diretamente na conta do servidor e não por folha de pagamento.

Para aferição do total gasto com pagamento de pessoal e encargos sociais teria que se acrescer aos valores apresentados na Tabela 20, os valores despendidos para pagamento de plantões extras e de ICSH. Sobre isso, estudos da SES Tocantins (2015) trazem dados que são apresentados na Tabela 22.

Tabela 22 – Gastos com plantões extras e ICSH da SES Tocantins, 2006 - 2014.

Ano	Nº Servidores	Plantões Extras	ICSH
2006		8.425.800,79	
2007		5.632.193,98	
2008	8.997	9.262.380,50	17.032.040,12
2009	8.850	11.940.552,36	23.410.298,91
2010	9.966	20.145.639,68	28.334.045,55
2011	9.827	24.786.863,91	29.113.547,07
2012	9.787	22.165.754,88	18.012.620,97
2013	11.520	43.739.779,71	17.100.200,79
2014	12.823	55.291.615,27	16.922.991,45

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins/Superintendência de Gestão Estratégica do SUS.

Nota:

1 – Valores corrigidos para 2014 pelo IPCA-E.

Da análise dos dados do quadro 23, destaca-se que, apesar do aumento de quase três mil servidores no período de 2012 a 2014, os valores pagos em plantões extras saíram de R\$ 22 milhões de reais para R\$ 55 milhões, o que, em parte, pode ser explicado pela entrada em vigor da lei que reduziu a carga horária de 40 para 30 horas e da Portaria/SESAU nº 937 que converteu a carga horária em número de plantões.

4.2.1.2. Material de consumo

A média anual de gastos com material de consumo da SES Tocantins foi de 57 milhões de reais, no período de 2004 a 2013, já com a correção pela inflação pelo IPCA-E (Tabela 23). Estes gastos, pela série histórica do período, estavam dentro de um padrão de normalidade com algumas oscilações para mais ou para menos. Neste período, com exceção da inauguração do novo prédio do Hospital Geral de Palmas em 2005, transferido de uma sede antiga, não houve nenhuma expansão de serviços, o que justifica a estabilidade dos gastos com material de consumo ao longo do período.

Tabela 23 – Percentual de elevação de gastos com material de consumo por período de governo da SES Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	Material de Consumo	% Evolução por Período de Governo
2002	10.790.292,61	
2003	15.803.248,57	
2004	58.131.315,13	402,58
2005	74.004.418,14	
2006	54.230.011,42	
2007	57.191.359,11	
2008	65.228.000,89	19,48
2009	61.506.421,12	
2010	64.791.406,46	
2011	46.926.810,10	
2012	32.420.299,83	86,24
2013	63.881.283,17	
2014	120.668.838,86	

Fonte: SIOPS, 2016.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

Pela análise dos dados de gastos de material de consumo, podem-se constatar dois anos atípicos no período. No ano de 2012, nota-se uma redução de gastos de 30% em comparação a 2011, que já foi um ano com baixo gasto em material de consumo se comparado aos anos anteriores. Esta diminuição deve-se ao fato de que, a partir de agosto de 2011, o estado do Tocantins terceirizou a gerência de 17 hospitais para a Organização Social Pró-Saúde, sendo esta, a partir deste momento, a responsável pela manutenção dos hospitais. Esta parceria durou até julho de 2012, quando foi assinada a rescisão do contrato, porém ainda continuou por alguns meses com algumas ações até finalizar a transição e a SES reassumir diretamente a prestação de todos os serviços.

Outro ano atípico foi 2014, quando a SES praticamente dobrou o volume de recursos gastos com material de consumo em comparação a 2013, apesar da produção menor de procedimentos de 2014 em relação ao ano anterior. A identificação do motivo que levou a gestão da SES a ampliar tanto o gasto de um ano para o outro requer um estudo específico. De todo modo, pelos dados já apresentados no SIOPS, em 2015, o estado retorna ao padrão de gastos em torno dos 57 milhões de reais.

4.2.1.3. Serviços de terceiros

Os gastos com serviços de terceiros, pessoa física e jurídica, oscilaram muito no período avaliado, conforme se vê na Tabela 24. Essa oscilação se relaciona com a contratação de prestadores de serviços de lavanderia, limpeza, manutenção, alimentação, laboratórios, exames especializados e outros que atuam nas estruturas hospitalares estaduais.

Em 2005, como já citado neste trabalho, houve a mudança do Hospital Geral de Palmas para um novo prédio, o que gerou a necessidade, para sua manutenção, da contratação ou ampliação de vários serviços.

Nos anos de 2011 e 2012, houve a terceirização da gerência dos hospitais estaduais para a Organização Social Pró-Saúde. No mesmo período, houve uma ampliação do volume de recursos gastos pela SES, com serviços de terceiros, em quase 100 milhões de reais que basicamente se deve à contratação da Pró-Saúde, pois o estado rescindiu todos os contratos de serviços necessários à manutenção da rede hospitalar. Com a saída da OS em 2012, percebe-se uma grande redução dos gastos com serviços de terceiros nos anos de 2013 e 2014.

Tabela 24 – Percentual de elevação de gastos com serviços de terceiros por período de governo da SES Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	Serviços de Terceiros	% Evolução Por Período de Governo
2002	23.948.132,65	
2003	27.160.506,52	
2004	35.218.592,56	494,19
2005	126.733.653,78	
2006	142.297.945,48	
2007	155.007.533,59	
2008	194.022.777,39	37,15
2009	221.917.358,22	
2010	195.159.807,85	
2011	234.761.673,22	
2012	290.385.912,83	29,17
2013	244.456.858,02	
2014	252.090.539,72	

Fonte: SIOPS, 2016.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

2 – Foram considerados para cálculo do valor de serviços de terceiros os referentes à pessoa física e jurídica.

A saída da Pró-Saúde, com o estado reassumindo a gestão dos hospitais, coincide com outro momento de oscilação do percentual de gasto com serviços de terceiros. Com base na série histórica de 2007 a 2010, anterior à entrada da OS, a média anual de gastos do estado era de 190 milhões de reais. Nos dois anos seguintes à saída da OS, a média de gastos, somente com serviços de terceiros, permaneceu alta, em torno de 250 milhões de reais. Os dados coletados para este estudo não permitem identificar os serviços de terceiros que foram pagos com esses recursos.

4.2.1.4. Custeio da rede hospitalar

O custeio da rede hospitalar é o que consome a maior parte dos recursos aplicados na saúde no estado. De todas as despesas da SES Tocantins, no período de 2006 a 2014, o custo da rede hospitalar representa em média anual, 73,82% de todos os gastos (Tabela 25). Além disto, quando se faz a comparação por fonte de financiamento - se recursos próprios ou federais (MAC), nota-se que, de todo o recurso aplicado no custeio hospitalar, na média do período, 78,61% são recursos do tesouro estadual.

Tabela 25 – Recursos gastos com a manutenção da rede hospitalar (19 hospitais) própria da SES Tocantins, 2006 - 2014.

Ano	Recursos do Tesouro Estadual	Recurso MAC Custeio	Despesa Hospitalar	% de Recursos do Tesouro Estadual nas Despesas Hospitalares	Despesa Total	% de Despesa Hospitalar nas Despesas Totais
2006	230.894.061,00	94.723.213,68	325.617.274,67	70,91	400.186.369,83	81,37
2007	314.753.594,66	79.804.578,25	394.558.172,90	79,77	460.045.747,20	85,76
2008	333.616.543,37	103.486.821,89	437.103.365,25	76,32	552.920.935,84	79,05
2009	352.613.282,15	132.095.389,80	484.708.671,95	72,75	606.424.871,73	79,93
2010	438.122.327,59	113.699.196,78	551.821.524,37	79,40	720.865.374,58	76,55
2011	476.473.184,60	92.718.867,60	569.192.052,20	83,71	903.951.811,02	62,97
2012	646.733.488,29	118.186.645,33	764.920.133,62	84,55	978.846.940,39	78,15
2013	543.771.191,48	201.190.670,78	744.961.862,26	72,99	1.220.623.620,95	61,03
2014	856.993.407,91	205.582.474,06	1.062.575.881,97	80,65	1.383.920.559,20	76,78
Total	4.193.971.081,04	1.141.487.858,15	5.335.458.939,19	78,61	7.227.786.230,74	73,82

Fonte: Superintendência de Gestão Estratégica do SUS/SES Tocantins, 2015.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

Na análise dos dados apresentados, constata-se que a maior parte do esforço realizado pela SES Tocantins está na manutenção da rede hospitalar e que as outras políticas necessárias para a construção do Sistema Único de Saúde no território, como a atenção básica, a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica e os investimentos na melhoria da rede de atenção à saúde ficam em segundo plano. Estes dados mostram que o estado adota a mesma distribuição de recursos do financiamento federal para o SUS, com um volume maior alocado na média e alta complexidade.

4.2.2. Despesas de capital

Os investimentos realizados nos últimos três períodos de governo foram muito baixos. De todo o recurso gasto em ações e serviços de saúde, nesses doze anos, apenas 2,77% foi investido na melhoria da infraestrutura da rede de atenção à saúde do estado. O primeiro e o terceiro período de governo investiram mais do que a média dos três períodos, mas nada que conseguisse mudar uma realidade de deficiências do setor.

4.2.2.1. Equipamentos e material permanente

Dentre as despesas de capital, o item equipamentos e material permanente foi o que mais recebeu recursos. Do total de investimentos, 58% foram utilizados para equipar as unidades sob gestão estadual. Nota-se na Tabela 26, que, em todos os anos, de 2003 a 2014, foram realizados investimentos significativos na aquisição de novos equipamentos e/ou na reposição dos obsoletos. Nos três períodos de governo analisados, observa-se uma tendência de ampliar os investimentos em equipamentos e material permanente.

Tabela 26 – Despesas com equipamentos e material permanente da SES Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	Equipamentos e Material Permanente	Total por Período de Governo
2003	4.610.918,34	
2004	9.880.026,22	
2005	14.292.057,70	39.001.522,28
2006	10.218.520,01	
2007	7.371.133,33	
2008	11.541.360,18	
2009	9.953.997,83	49.894.736,17
2010	21.028.244,83	
2011	5.418.808,93	
2012	18.077.113,27	
2013	22.932.803,70	73.168.412,32
2014	26.739.686,42	
Total		162.064.670,77

Fonte: SIOPS, 2016.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

4.2.2.2. Obras e instalações

Quando, porém, se analisa a aplicação de recursos em obras e instalações, constata-se que, nos doze anos avaliados só houve investimentos significativos em quatro: 2003, 2004, 2005 e 2014, ficando oito anos seguidos sem um investimento substancial em obras e edificações (Tabela 27). O segundo período de governo foi o que menos investiu neste quesito com um pouco mais de sete milhões de reais.

A partir dos dados apresentados no quadro 28 é possível entender o motivo da precariedade que as estruturas hospitalares do estado se encontram, pois não houve um planejamento adequado de investimento na estrutura física, como forma de garantir o acesso e atender com qualidade os usuários do SUS.

Tabela 27 – Despesas com obras e instalações da SES Tocantins, 2003 - 2014.

Ano	Obras e Instalações	Total por Período de Governo
2003	26.658.198,41	
2004	24.483.286,19	66.349.926,36
2005	13.465.279,08	
2006	1.743.162,68	
2007	2.370.918,01	
2008	3.789.088,79	7.175.476,86
2009	786.632,66	
2010	228.837,40	
2011	618.014,24	
2012	665.908,22	40.563.855,64
2013	5.337.206,40	
2014	33.942.726,78	
Total		114.089.258,86

Fonte: SIOPS, 2016.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

4.2.3. Síntese da evolução das despesas

Entre 2003 a 2014, as despesas totais em saúde foram progressivamente aumentando no Tocantins, com um crescimento de 349,89% no período, totalizando um gasto de R\$ 10.077.273.066,21. Com esta elevação dos gastos em saúde, o estado saiu de uma aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde em 2003 de 11,32%, alcançando 21,47% em 2014.

Em relação ao *per capita* total aplicado em saúde no ano de 2014, o estado está em terceiro lugar no país com um valor gasto de R\$ 940,89 por habitante/ano, sendo R\$ 716,31 com recursos próprios e R\$ 224,58 com recursos do FNS.

Quando são analisadas as despesas pela sua natureza, referente ao período de 2003 a 2014, observa-se que de toda a despesa em saúde, 96,7% são correntes e apenas 3,3% são de capital, demonstrando o pouco investimento realizado no período no estado do Tocantins.

Em relação às despesas correntes com pessoal e encargos sociais (57,1%), material de consumo (7,3%) e serviços de terceiros (21,7%), estas totalizam 86,1% em relação a todas as despesas correntes realizadas pela SES Tocantins no período avaliado.

As despesas de capital com obras e instalações (34,4%) e equipamentos e material permanente (48,9%) totalizam 83,3% de todo o investimento realizado no estado nestes 12 anos avaliados.

Entre todas as despesas realizadas pela SES, no período de 2006 a 2014, as despesas com a rede hospitalar representaram 73,8%, totalizando um gasto de R\$ 5.335.458.939,19 de um total de R\$ 7.227.786.230,74. Do total gasto nos hospitais estaduais, 78,6% foram custeados com recursos próprios do estado.

Estes números, em relação às despesas em saúde, trazem a reflexão sobre o descontrole da despesa pública que acontece no estado sem que haja um planejamento e um dimensionamento adequado das contas públicas. Em decorrência das crescentes demandas e necessidades da população, este descontrole pode piorar nos próximos anos. Impõe-se, portanto, a necessidade constante de avaliação e mudanças de estratégias na tentativa de reduzir ou minimizar os gastos públicos desnecessários.

4.3. Relação entre receitas e despesas da saúde

Enquanto as receitas totais do estado cresceram em torno de 105,95%, no período avaliado, as despesas mais que triplicaram, atingindo 349,89% (Apêndice O). Este crescimento maior das despesas, em relação às receitas, tem sido uma tendência em quase todos os estados brasileiros.

No Tocantins, a participação relativa das despesas em saúde no orçamento estadual, no período, aumentou consideravelmente, partindo de 8,38%, em 2003, até atingir, em 2014, 18,32% (Apêndice O).

Outro dado importante, quando se avalia a evolução das despesas com recursos próprios, por período de governo, é que, em todos os períodos, as despesas cresceram muito mais que as receitas de impostos estaduais e transferências constitucionais e legais da União, sendo o segundo período de governo o que teve a pior proporção nesta relação. Enquanto as receitas cresceram 24,82%, de 2007 a 2010, as despesas aumentaram em 59,20% (Tabela 28).

Tabela 28 – Percentual de evolução das receitas de impostos e transferências da União e das despesas com recursos próprios da SES-TO por período de governo, 2003 a 2014.

Ano	Impostos + Transferências da União	Despesas Recursos Próprios	% de Evolução das Despesas com Recursos Próprios	% de Evolução da Receita de Impostos e Transferências
2002	2.575.990.520,14	295.723.711,71		
2003	2.525.905.062,07	288.007.968,35		
2004	2.640.464.899,97	317.263.898,06		
2005	3.125.896.219,72	376.807.289,31	47,70	25,41
2006	3.230.633.145,14	436.784.179,91		
2007	3.433.131.853,91	506.054.285,47		
2008	4.129.318.107,40	569.427.727,95	59,20	24,82
2009	3.666.797.450,23	574.635.785,26		
2010	4.032.550.343,36	695.343.867,47		
2011	4.647.874.510,44	870.120.993,55		
2012	4.667.896.116,38	862.408.563,69	54,20	23,84
2013	4.871.647.616,38	1.007.548.305,37		
2014	4.993.840.167,83	1.072.235.200,68		

Fonte: SIOPS, 2015.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

Em relação às despesas totais em saúde, no período de 2003 a 2012, estas cresceram 238,13%, enquanto as receitas vinculáveis à saúde aumentaram em 79,97%, ou seja, o crescimento das despesas foi quase três vezes superior ao das receitas. Comparando os mesmos dados, só que dispostos em termos *per capita*, a proporção é ainda pior, com o aumento das despesas sendo 3,5 vezes maior do que o das receitas (Tabela 29).

Tabela 29 – Comparativo da evolução das receitas, das despesas e do PIB, 2003 a 2012.

	2002		2012		Evolução do	
	Valor Total	Per Capita	Valor Total	Per Capita	Valor Total (%)	Per Capita
PIB Bruto	10.236.609.000,00	8.480,94	19.529.689.000,00	13.775,67	90,78	62,4
Receitas Totais	3.452.701.749,90	2.860,53	6.691.132.956,56	4.719,73	93,79	65,0
Receitas Vinculáveis à Saúde	2.285.969.407,29	1.893,90	4.113.968.738,59	2.901,87	79,97	53,2
Despesas Totais em Saúde	289.502.004,53	239,85	978.903.560,22	690,49	238,13	187,9
Despesas com Recursos Próprios	262.429.287,96	217,42	760.068.729,56	536,13	189,63	146,6

Fonte: IBGE e SIOPS, 2016.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2012 pelo IPCA-E.

Quando se analisa a evolução do PIB, no mesmo período, comparando-o com as receitas e despesas, pode-se notar que as despesas, tanto as totais como as com recursos próprios, tem evoluído significativamente mais que as receitas. Mesmo com um

crescimento do PIB do estado de 90,78%, acima da maioria dos estados brasileiros e da média nacional, não tem sido suficiente para acompanhar as crescentes despesas do estado.

Outra análise interessante é quando se compara a evolução das despesas correntes com as receitas de custeio do FNS. Importante frisar que no ano de 2009, as receitas do FNS tinham uma participação nas despesas correntes de 30,3 %, e que a partir deste ano houve redução nos anos seguintes, chegando a menor participação no ano de 2014 com 17,7 %, a exceção do ano de 2003 (Tabela 30).

Este dado é muito preocupante, pois constata que o financiamento federal está muito defasado e que não tem acompanhado a evolução das despesas, sobrecarregando a gestão estadual no custeio das crescentes despesas correntes.

Quando se compara os gastos com despesa de capital (Tabelas 26 e 27) que totalizam R\$ 276.153.929,63, com as receitas oriundas do Fundo Nacional de Saúde, relativas ao bloco de investimento e os convênios (Tabela 18), que somam R\$ 125.177.477,05, nestes 12 anos avaliados, constata-se que de todo o investimento realizado no estado, 45,3% foi custeado com recursos de transferências do SUS. Esta proporção está mais adequada do que as despesas correntes, pois há praticamente uma divisão dos valores investidos entre a União e o estado.

Tabela 30 – Comparativo entre as despesas correntes em saúde e as receitas de custeio do FNS, 2003 a 2014.

Ano	Despesas Correntes	Receitas de Custeio do FNS	% Participação das Receitas de Custeio do FNS
2003	275.274.834,76	27.006.500,51	9,8
2004	357.275.665,52	78.248.607,66	21,9
2005	511.563.930,95	167.481.186,84	32,7
2006	607.378.856,01	168.767.447,02	27,8
2007	674.590.699,31	190.964.846,25	28,3
2008	753.470.896,08	192.558.635,00	25,6
2009	806.472.788,89	244.479.406,64	30,3
2010	891.881.865,20	258.336.720,34	29,0
2011	1.075.852.682,34	209.096.351,70	19,4
2012	1.088.733.812,43	199.822.873,80	18,4
2013	1.301.074.143,29	272.554.835,21	20,9
2014	1.401.307.772,48	248.189.625,65	17,7
Total	9.744.877.947,26	2.257.507.036,64	23,2

Fonte: SIOPS e FNS, 2016.

Notas:

1 - Receitas de Custeio do FNS, foram consideradas a soma de todos os blocos, excluindo os valores do bloco de investimentos e recursos de convênio.

2 - Valores corrigidos para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

3 - Despesas Correntes foram considerados todos os gastos exceto aposentadorias e pensões.

Outro ponto preocupante é a ampliação a cada ano, no orçamento estadual, do pagamento de despesas de exercícios anteriores, Tabela 31. Isto demonstra que o estado a cada ano tem tido dificuldade em honrar seus compromissos, cancelando seus empenhos no final do ano e empenhando novamente no ano seguinte.

Tabela 31 – Evolução do pagamento de despesas de exercícios anteriores de pessoal e outras despesas correntes, 2003 - 2014.

Ano	Pessoal	Outras Despesas Correntes	Total
2003	1.703.596,86	3.588.442,39	5.292.039,25
2004	1.784.211,32	7.062.780,31	8.846.991,63
2005	993.618,20	17.303.284,59	18.296.902,79
2006	23.985,06	27.357.148,23	27.381.133,29
2007	16.347,76	54.678.957,83	54.695.305,59
2008		57.140.777,71	57.140.777,71
2009	998.160,26	31.106.653,76	32.104.814,02
2010	1.205,30	60.927.474,11	60.928.679,41
2011	32.461.756,59	45.323.558,10	77.785.314,69
2012	16.902.463,26	60.851.333,62	77.753.796,88
2013	72.809.367,42	90.010.697,81	162.820.065,23
2014	24.823.214,36	128.509.926,72	153.333.141,08

Fonte: SIOPS, 2016.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

4.4. Comparativo entre os estados brasileiros

Quando se compara o estado do Tocantins com outros estados, nota-se que esta evolução desproporcional das despesas em relação às receitas é uma realidade nacional. De fato, com exceção do Amazonas e da Paraíba, todos os estados apresentaram um crescimento proporcional muito maior das despesas em saúde do que das suas receitas totais, sem considerar somente as receitas vinculáveis à saúde (Apêndice O). O Rio Grande do Sul foi o único estado que teve um crescimento das despesas com saúde maior que o do Tocantins, com 363,56%. Os contextos, entretanto, são diferentes, pois o governo gaúcho não cumpria a Emenda Constitucional nº 29, ou seja, não aplicava o percentual mínimo constitucional do seu orçamento na saúde, ao passo que Tocantins aplicava mais do que o piso definido pela EC-29.

Em relação ao processo de descentralização da saúde ocorrido no país nestes últimos anos, e ao comparar o estado do Tocantins com os demais estados brasileiros, nota-se que este ocupa a 5ª colocação em centralização dos recursos de média e alta

complexidade sob sua gestão, acompanhado de todos os estados da região Norte, do Distrito Federal, do Espírito Santo e de Pernambuco (Tabela 32).

Tabela 32 – Percentuais de recursos do bloco de média e alta complexidade por gestão dos estados, 2014.

Estados	Gestão Municipal	Gestão Estadual	Total	% Gestão Estadual	% Recursos Próprios em Saúde
Distrito Federal	-	469.376.212,56	469.376.212,56	100,00	18,36
Acre	1.910.059,64	186.721.899,11	188.631.958,75	98,99	17,32
Amapá	8.213.889,59	110.991.345,44	119.205.235,03	93,11	13,39
Amazonas	70.512.418,13	462.073.506,38	532.585.924,51	86,76	22,21
Tocantins	94.271.329,41	230.713.022,20	324.984.351,61	70,99	21,47
Espírito Santo	210.885.626,73	480.914.560,00	691.800.186,73	69,52	18,84
Roraima	29.996.537,37	60.050.748,18	90.047.285,55	66,69	12,23
Pernambuco	786.986.533,70	1.209.093.447,00	1.996.079.980,70	60,57	16,58
Rondônia	139.296.026,21	162.727.844,80	302.023.871,01	53,88	13,52
Bahia	1.273.102.917,95	1.356.988.827,00	2.630.091.744,95	51,59	12,94
São Paulo	4.464.747.680,83	3.719.558.315,10	8.184.305.995,93	45,45	12,46
Sergipe	241.751.756,88	193.075.924,22	434.827.681,10	44,40	12,72
Rio Grande do Norte	363.208.676,21	221.959.147,77	585.167.823,98	37,93	13,88
Paraná	1.429.214.354,83	865.658.707,32	2.294.873.062,15	37,72	12,29
Rio Grande do Sul	1.694.307.904,01	917.116.800,29	2.611.424.704,30	35,12	12,72
Santa Catarina	839.357.752,57	449.887.183,58	1.289.244.936,15	34,90	12,37
Mato Grosso	378.125.317,04	200.321.715,94	578.447.032,98	34,63	12,60
Maranhão	648.362.850,95	307.875.733,24	956.238.584,19	32,20	13,62
Alagoas	502.092.415,01	200.454.293,18	702.546.708,19	28,53	12,06
Pará	743.774.814,83	285.343.045,79	1.029.117.860,62	27,73	12,97
Piauí	406.019.758,59	132.691.347,34	538.711.105,93	24,63	13,39
Mato Grosso do Sul	473.961.524,67	140.746.774,34	614.708.299,01	22,90	12,11
Minas Gerais	6.130.691.874,78	1.812.106.495,74	7.942.798.370,52	22,81	12,15
Ceará	1.249.289.480,17	346.363.293,30	1.595.652.773,47	21,71	15,76
Rio de Janeiro	2.839.296.828,28	506.165.477,33	3.345.462.305,61	15,13	12,06
Goiás	974.020.624,15	83.113.794,90	1.057.134.419,05	7,86	12,70
Paraíba	626.928.291,77	53.274.045,85	680.202.337,62	7,83	13,69

Fonte: SISMAC, 2016.

Nota:

1 - Limite Financeiro MAC é a soma dos seguintes recursos: MAC-Líquido, CEO, SAMU, PCEP's ESTADUAL e PCEP's FEDERAL.

2 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

Outra importante relação observada na análise dos dados apresentados, na maioria dos estados, é a vinculação de que, quanto mais serviços sob gestão de um determinado estado, maior os gastos com recursos próprios em saúde. Isto é o que acontece principalmente com os estados da Região Norte, aí incluso o Tocantins, onde a maior parte dos recursos do bloco MAC está na gestão estadual, obrigando um desembolso maior dos entes na manutenção dos serviços.

Esta dificuldade na descentralização dos serviços de média e alta complexidade decorre, principalmente, do fato de a maioria dos municípios ser de pequeno porte e ter baixa capacidade de aumentar o financiamento da saúde, pois já extrapola em muito o mínimo constitucionalmente definido com os serviços que já estão sob sua gestão, especialmente a atenção básica.

Quando se analisam as transferências do FNS para os estados brasileiros, pode-se constatar que a SES Tocantins possui o quarto maior volume de recursos *per capita* do país, devido à concentração dos serviços de média e alta complexidade na gestão estadual, diferentemente de outros estados onde os municípios assumiram a maior parte da gestão dos serviços de saúde (Tabela 33). Importante notar que os estados da Região Norte estão entre os primeiros colocados, porém ao invés de significar um aporte maior do Governo Federal para uma questão da correção das desigualdades regionais, o sentido é justamente o oposto. Os estados acabam promovendo um desembolso maior de recursos próprios para custear as unidades e serviços que se encontram sob sua gestão. Esta questão de quanto maior o *per capita* de recursos SUS, maior o dispêndio de recursos próprios fica evidente na Tabela 33.

Quando se compara o valor *per capita* das despesas custeadas com recursos próprios da SES Tocantins com o de outros estados, percebe-se que o Tocantins é o terceiro estado no país que mais aplica recursos por habitante com saúde, sendo o Distrito Federal e o Acre os dois primeiros nesta lista (Tabela 33). Com exceção do Distrito Federal e de Pernambuco, os estados que lideram a lista de maior valor *per capita* são da Região Norte, onde há, proporcionalmente, maior centralização de serviços na gestão estadual.

Tabela 33 – Valores *per capita* das despesas custeadas com recursos próprios e do FNS das SES dos estados, 2014.

UF	Per Capita Recursos SUS	Per Capita Recursos Próprios	Per Capita Despesa Total
Distrito Federal	248,97	868,17	1.117,14
Acre	338,58	742,96	1.081,54
Tocantins	224,58	716,31	940,89
Amapá	237,92	580,84	818,76
Roraima	150,15	585,96	736,11
Amazonas	143,85	491,86	635,71
Espírito Santo	148,52	432,77	581,29
Rondônia	134,05	360,38	494,43
Pernambuco	163,02	283,38	446,40
São Paulo	113,16	304,70	417,86
Sergipe	94,00	312,15	406,15
Mato Grosso do Sul	73,33	324,12	397,45
Mato Grosso	75,42	314,97	390,39
Santa Catarina	99,94	279,79	379,73
Rio Grande do Norte	95,48	282,44	377,92
Total	90,67	282,71	373,38
Rio Grande do Sul	84,61	281,34	365,95
Paraná	91,00	257,04	348,04
Piauí	70,46	240,73	311,19
Ceará	60,20	243,15	303,35
Rio de Janeiro	47,18	248,24	295,42
Bahia	104,42	188,52	292,94
Paraíba	34,71	253,64	288,35
Goiás	18,94	261,00	279,94
Alagoas	68,97	206,40	275,37
Minas Gerais	51,58	223,01	274,59
Pará	47,81	202,38	250,19
Maranhão	58,24	188,75	246,99

Fonte: SIOPS, 2016.

A média de gasto com pessoal nos orçamentos da saúde, no Brasil, foi de 32% em 2014, sendo que alguns estados estavam muito abaixo deste patamar devido a diversos fatores: terem poucos serviços sob sua gestão, pagarem salários baixos aos servidores, recorrerem a OS, OSCIP, Cooperativas, Fundação e Consórcios para contratação de pessoal. Assim, para ter um diagnóstico mais preciso dos gastos com pessoal de saúde seria necessário um estudo específico para esta finalidade. Porém, conforme se vê na Tabela 34, em comparação com outros estados, o Tocantins estava em quarto lugar, no ano de 2014, em gastos com pessoal, antecidos por Rio Grande do Norte, Rondônia e Amapá.

Tabela 34 – Percentuais de gastos com pessoal e encargos sociais das SES em relação às despesas totais em saúde dos estados, 2003 - 2014.

UF	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Rondônia	44,5	46,2	47,4	48,7	47,1	44,3	42,7	44,5	43,7	48,7	54,8	56,1
Acre	68,0	63,8	58,5	61,5	66,2	57,1	53,6	45,2	44,4	41,7	45,8	44,5
Amazonas	65,1	57,3	54,0	51,4	55,8	61,1	58,0	58,2	60,4	62,0	36,3	33,2
Roraima	16,5	25,6	32,8	33,3	30,5	35,4	37,8	41,3	47,0	59,4	57,5	46,3
Pará	38,1	33,0	33,7	31,0	35,1	34,0	36,0	32,9	36,7	42,2	41,2	40,0
Amapá	42,6	47,3	50,6	48,3	58,0	53,0	55,0	61,3	63,8	65,4	53,4	54,3
Tocantins	55,7	57,9	47,7	55,6	50,4	47,6	53,2	55,2	56,6	56,6	57,3	52,3
Maranhão	26,8	30,6	21,2	16,7	14,0	12,5	16,2	19,5	20,0	16,7	16,9	14,4
Piauí	68,7	54,7	47,5	46,2	32,3	27,7	27,5	30,0	33,0	39,5	44,6	44,4
Ceará	34,9	28,5	32,6	31,4	29,1	31,5	36,1	33,1	29,1	35,2	33,4	27,4
Rio Grande do Norte	50,4	47,3	52,3	49,0	59,2	57,1	56,3	59,6	63,3	62,9	63,4	64,5
Paraíba	36,3	38,9	31,8	36,6	35,6	43,1	46,5	58,7	53,3	50,2	48,5	47,5
Pernambuco	42,3	36,8	32,8	31,1	33,4	34,4	32,6	32,3	29,2	27,5	31,0	29,8
Alagoas	56,5	55,2	52,2	56,5	56,2	49,4	47,8	45,2	43,5	42,4	41,3	34,4
Sergipe	32,1	32,0	36,3	38,0	41,8	39,2	40,6	12,7	10,5	9,0	8,8	8,4
Bahia	42,3	30,9	33,6	31,3	40,0	39,9	37,8	35,5	34,5	34,2	35,8	32,5
Minas Gerais	17,9	14,2	22,2	21,5	15,7	14,8	14,1	14,2	17,0	20,0	21,5	22,4
Espírito Santo	52,9	46,6	35,5	35,3	37,7	35,9	32,9	32,4	26,4	27,1	31,4	29,6
Rio de Janeiro	48,3	33,1	28,9	20,9	20,5	19,0	26,9	27,6	28,3	29,6	23,0	17,7
São Paulo	33,6	27,8	27,8	27,5	27,5	28,4	27,4	27,5	26,6	27,0	34,8	33,1
Paraná	31,0	28,8	28,8	28,2	31,4	31,1	31,5	32,6	37,3	34,9	36,5	34,6
Santa Catarina	35,3	35,7	33,9	32,7	31,3	32,0	30,7	33,9	35,5	37,6	36,4	35,7
Rio Grande do Sul	30,3	17,4	15,7	22,7	18,7	18,1	22,1	20,4	19,0	19,1	28,6	29,0
Mato Grosso do Sul	23,1	23,3	23,4	21,9	23,9	23,2	22,8	24,1	26,0	29,9	29,9	28,6
Mato Grosso	26,7	27,2	33,2	39,0	40,5	37,6	39,3	41,0	47,3	43,3	42,8	42,6
Goiás	30,3	32,2	34,1	32,1	46,5	30,0	31,9	29,2	60,7	47,9	41,9	35,9
Total	36,9	31,1	31,4	30,4	31,0	30,4	30,9	30,6	31,3	32,0	33,9	32,0

Fonte: SIOPS, 2016.

5. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados na pesquisa apontam para um descontrole dos gastos públicos sem uma previsão de recursos suficientes e/ou com um crescimento das receitas que não acompanham o aumento das despesas no período de 2003 a 2014. Os dados apontam para um crescimento de 349,89% das despesas totais em saúde, enquanto as receitas vinculadas ao financiamento da saúde cresceram apenas 105,95% (Apêndice O). Estes dados já são suficientes para demonstrar a impossibilidade de se continuar a custear a saúde pública nesta base, pois o estado já começa a demonstrar que atingiu o máximo de sua possibilidade na aplicação de recursos na saúde.

Outro resultado importante e preocupante é a dependência, no orçamento estadual, das transferências constitucionais e legais da União para o financiamento da saúde pública. Apesar da diminuição desta dependência, estas transferências ainda representaram 63,2% de toda a base de recursos vinculados à saúde no ano de 2014. Essa dependência faz com que qualquer queda no crescimento da economia ou mesmo uma mudança na cobrança das alíquotas destes impostos signifiquem forte redução das receitas do estado.

Ainda em relação às receitas, houve um baixo crescimento das transferências do FNS no período. Em 2005, de todos os gastos em saúde com despesas de custeio, 32,7% eram custeados com recursos do FNS. Esta proporção foi se reduzindo ao longo dos anos, atingindo o menor percentual em 2014 com apenas 17,7%.

Em relação às despesas correntes, os gastos com pessoal e encargos sociais (57,1%) e com serviços de terceiros (21,7%), no período de 2003 a 2014, representaram os principais elementos de despesa na manutenção da rede assistencial do estado. Os custos associados à rede hospitalar própria do estado consumiram, entre todas as despesas realizadas pela SES, no período de 2006 a 2014, 73,8% de todos os recursos aplicados pelo estado.

Estes dados apontam para uma necessidade urgente no equilíbrio financeiro do estado, pois uma não correção nestes rumos pode impactar, negativamente, em uma prestação adequada de ações e serviços de saúde a população do estado do Tocantins.

Em relação aos elementos conceituais apresentados neste estudo sobre finanças públicas, considerando a evolução das despesas públicas no mundo, o federalismo e a classificação das receitas e despesas revelaram-se adequados e úteis para a coleta e a análise dos dados e, portanto, para a produção dos resultados.

Os resultados desta pesquisa reforçam os estudos apresentados nos elementos conceituais, confirmando que de modo geral, houve uma ampliação de receitas tributárias. Contudo, em comparação ao PIB e ao orçamento federal, não houve mudança significativa no financiamento da saúde no país.

A ampliação das despesas observadas, no estado do Tocantins, da ordem de 350%, foi financiada basicamente com recursos do tesouro estadual, pois os recursos de transferências do FNS apenas corrigiram um crescimento populacional, evoluindo muito pouco no período. Esta explicação é corroborada por estudos que dizem que por conta dos estados e dos municípios, com a aprovação da EC-29, houve uma ampliação de recursos públicos para a saúde em relação ao PIB, de um ponto percentual, saindo de 2,89 em 2000 para 3,91% em 2011. Um estudo da Câmara dos Deputados (2013), em relação ao percentual gasto em ações e serviços de saúde, comparativamente ao PIB, mostra que de 2000 (1,73%) a 2011 (1,75%), o financiamento federal para a saúde pouco evoluiu no período. Portanto, reforçando os resultados da pesquisa que mostram a ampliação do financiamento com recursos próprios do estado sem o proporcional acompanhamento por parte do Ministério da Saúde, a participação no financiamento do FNS nas despesas correntes no estado do Tocantins diminuiu de 32,7% em 2005, atingindo o menor percentual em 2014 com apenas 17,7%.

Dentro desta mesma linha de pensamento, no período de 2000 a 2011, de todo o recurso público aplicado na saúde no país, houve a ampliação da participação dos estados no financiamento do SUS, saindo de 18,5% para 25,7%, e dos municípios de 21,7% para 29,6%, sendo que a União reduziu sua participação de 60% para 44% no mesmo período.

Outro dado importante, produzido por um estudo do IPEA (PIOLA et al., 2013) foi o aumento significativo da participação dos gastos em saúde dos estados, em relação aos valores nominais que compõem o numerador da Carga Tributária Bruta (CTB), que não incluem as transferências constitucionais e legais da União. A participação destas receitas, para o financiamento das ações e serviços públicos em saúde, saiu de 7,8% em 2002 e atingiu 11% em 2011. Enquanto a União reduziu sua participação de 7,7% para 7,2% no mesmo período. Este estudo do IPEA reforça os resultados encontrados na pesquisa que mostram o crescimento a cada ano dos percentuais aplicados em saúde pelo estado, saindo de 11,32% em 2003 para 22,47% em 2014. Como não houve um crescimento das receitas dos impostos de base estadual, que cresceu 159,89% no período de 2003 a 2014, proporcional ao aumento das despesas, o estado acaba empreendendo um esforço maior

para o financiamento da saúde, ampliando os percentuais a cada ano e extrapolando os mínimos constitucionais estabelecidos, elevando a participação do estado em relação à CTB.

O Brasil, considerando os gastos públicos e privados, aplica na saúde 8,9% do PIB, índice bastante próximo ao de muitos países com sistema universal. Porém, o que difere o Brasil desses outros países é que a participação do setor público é de 45,7%, enquanto em outros países do mundo com sistemas de cobertura universal, a participação de fontes públicas de financiamento variou de 68,5% na Austrália a 82,7% na Inglaterra, com uma média de 70% nos países pesquisados.

Segundo a OMS (2012), países com sistema universal de saúde com um financiamento muito baixo não podem garantir uma cobertura universal. Contudo, se os recursos não forem empregados com eficiência e equidade, um maior financiamento pode não resultar na ampliação de cobertura nem na melhoria da qualidade da atenção prestada à população.

Portanto, a partir dos resultados apresentados, a solução da crise que atravessa a saúde pública brasileira, e do Tocantins, passa necessariamente pela ampliação do financiamento público da saúde. Este esforço de ampliação passa primeiramente pela definição de uma base sólida de vinculação de recursos para a saúde, por parte do governo federal, que garanta um financiamento adequado para a saúde no país. Não há como se pensar que estados e municípios terão condições sozinhos de ampliar o financiamento para a saúde. Os mesmos, em sua maioria e a partir dos dados apresentados, mostram que já extrapolaram os seus limites de recursos disponíveis.

Porém, apesar da necessidade de ampliação de recursos, há que se pensar em como estão sendo realizados os gastos públicos com os recursos já disponíveis para o financiamento da saúde. Para tanto, é interessante retomar uma discussão de duas teorias sobre a evolução dos gastos públicos no mundo.

A primeira de Peacock e Wiseman (1970), que realizaram uma investigação no Reino Unido sobre a evolução das contas públicas e concluíram:

O crescimento dos gastos totais do governo em determinado país é muito mais uma função das possibilidades de obtenção de recursos do que da expansão dos fatores que explicam o crescimento da demanda de serviços produzidos pelo governo.

Esta afirmação ajuda em parte explicar o crescimento das despesas públicas em saúde no Tocantins, pois conforme os resultados encontrados nesta pesquisa, o segundo período de governo do estado foi o que obteve o maior crescimento proporcional das receitas totais com quase 40%, no entanto foi o que mais comprometeu os recursos disponíveis com 59,20% de crescimento das despesas no período. E este crescimento das despesas foi mais em função da obtenção de recursos do que pela expansão da oferta de serviços de saúde.

A segunda teoria desenvolvida por Musgrave e Musgrave (1980) elenca algumas explicações para o crescimento da função do Estado e também ajuda a explicar o crescente aumento das despesas no Tocantins e no Brasil, as quais se destacam: o crescimento da renda per capita e o aumento da demanda por bens e serviços públicos; mudanças tecnológicas; mudanças populacionais; os custos relativos dos serviços públicos; disponibilidade de alternativas para a tributação e fatores políticos e sociais.

Portanto, a solução da crise do setor saúde passa necessariamente pelo equacionamento do problema de subfinanciamento, além do controle dos gastos públicos e de um planejamento que leve em consideração os fatores apresentados nas teorias sobre a evolução das finanças públicas.

O subfinanciamento sempre esteve presente desde a criação do Sistema Único de Saúde. Isso não é diferente no Tocantins, porém, pelos dados apresentados, a situação do estado é crítica, pois o aumento das despesas tem superado em muito o crescimento das receitas.

Em relação às receitas, três tendências econômicas podem prejudicar ainda mais o financiamento da saúde, e uma tendência - otimista - pode manter a situação vigente de um financiamento insuficiente para atender as necessidades de saúde da população.

Na primeira tendência, as transferências constitucionais e legais da União para os estados seriam reduzidas em virtude de uma mudança na metodologia de cálculo dos coeficientes do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE), que entrou em vigor no ano de 2016. As mudanças foram estabelecidas pelo Congresso Nacional na Lei Complementar n° 143, de julho de 2013. Um dado interessante é que todos os estados da região Norte, com exceção do Tocantins, foram beneficiados com a mudança. Acre teve um aumento de 0,52%; Amapá, de 0,19%; Amazonas, de 1,42%; Pará, de 0,18%; e Rondônia, de 0,74%. Tocantins teve uma queda de 0,80%. No Nordeste, dois estados foram beneficiados com a mudança da metodologia: Alagoas, que teve aumento de 0,45%; e Rio

Grande do Norte, com aumento de 0,03%. Estados como Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Santa Catarina também tiveram seus coeficientes aumentados.

Além da mudança de metodologia de cálculo, o país encontra-se em uma crise econômica, o que vai impactar significativamente na arrecadação de impostos como IPI e IR, que são os impostos base na constituição do FPE. Dados preliminares da Secretaria do Tesouro Nacional (2016) apontam para uma diminuição do repasse do FPE nos dois primeiros meses do ano de 2016 em relação a igual período de 2014 e 2015. Mesmo os estados da Região Norte, que tiveram seus percentuais majorados, tiveram redução dos valores de repasse de FPE.

Apesar de serem dados ainda insuficientes para confirmar uma tendência de redução, necessitando de uma análise de um período maior, apontam, pelo menos, para uma necessidade premente de busca de soluções que garanta um financiamento adequado para os serviços públicos.

Além disto, os estados da Região Norte e Nordeste possuem uma dependência muito grande do FPE, justamente por este fundo proporcionar uma redistribuição de renda no país. No Tocantins, o FPE representa 39,33% de todas as receitas do estado.

A segunda tendência econômica aponta para uma frustração de receitas decorrente da diminuição da arrecadação de impostos de competência do próprio estado. Em razão de uma recessão da economia no país, a previsão de aumento da arrecadação pode não se confirmar, mesmo considerando que, a partir do ano de 2016, com um reajuste das alíquotas do ICMS e IPVA aprovados pela Assembleia Legislativa, o estado teria uma previsão de arrecadação adicional de 160 milhões de reais. Mesmo que se confirme esta previsão, somente a redução do FPE nos dois primeiros meses do ano, de mais de 150 milhões de reais, já anularia todo o acréscimo programado para o ano de 2016.

Na terceira tendência econômica, ocorre a estagnação dos repasses oriundos do Fundo Nacional de Saúde. No ano de 2016, a vigência da Emenda Constitucional nº 86, que muda o critério de cálculo para alocação de recursos na saúde pelo Governo Federal e torna impositiva a execução das emendas parlamentares, representará uma redução de valores comparando-se aos definidos pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e pela Lei Complementar nº 141/2012. Nesta tendência, é bem provável não haver a destinação de novos recursos para as SES repassados pelo Ministério da Saúde.

E a quarta e última tendência, um pouco mais otimista, é que haja pelo menos a manutenção da arrecadação aos níveis atuais, tanto das transferências constitucionais e legais da União, como dos impostos de arrecadação estadual. Com esta tendência se manteriam os valores atuais para o financiamento da saúde.

Tendo-se em conta a experiência federativa brasileira de 1990 a 2010, apresentada na seção deste trabalho que tratou dos elementos conceituais, que resultou na redução do grau de liberdade dos governos estaduais, e, portanto, na redução do poder de definição e condução de políticas públicas em seu território, torna-se evidente que a superação das dificuldades de financiamento da saúde, no Tocantins, passa pelo fortalecimento federativo dos estados para que tenham capacidade de assumir mais responsabilidades na produção de políticas públicas, sem prejuízo das ações da União, que tem seu papel de reduzir as desigualdades econômicas e sociais entre as unidades subnacionais, aspecto que ainda permanece como um dos principais desafios.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O financiamento da saúde, no estado do Tocantins, foi analisado sob quatro aspectos: a evolução das receitas, das diferentes fontes, a evolução das despesas em seus diversos elementos, a relação entre receitas e despesas e a comparação entre os estados brasileiros. Estas informações podem vir a subsidiar a gestão estadual, inclusive na eventual elaboração de um plano de intervenção que permita enfrentar os problemas gravíssimos de subfinanciamento e de ineficiência da gestão que, no Tocantins, chegou a beirar a irresponsabilidade política. Com efeito, a não intervenção do estado nos fatores determinantes e condicionantes deste descontrole dos gastos públicos em saúde pode inviabilizar, em curto prazo, toda a gestão da saúde pública no Tocantins.

Certamente, será necessário adotar medidas de ajuste que podem incluir o corte dos gastos, mas devem, fundamentalmente, passar pela instituição de um novo modelo de financiamento que garanta a alocação estável de recursos em volume suficiente para atender as necessidades de saúde, conforme acontece em outros países que possuem um sistema universal.

Considerando as participações relativas dos entes federados no financiamento da saúde no Brasil, parece claro que os estados e municípios, em sua maioria, já estão muito acima da sua capacidade de expandir seus gastos em saúde. Na contramão deste movimento, o governo federal recuou sua participação no financiamento da saúde nos últimos anos, o que faz com que não se corrijam as desigualdades dos serviços prestados à população brasileira, principalmente entre os estados mais ricos e os mais pobres.

Outra questão cuja necessidade de enfrentamento fica clara neste trabalho é qual o modelo de federalismo cooperativo que se deve perseguir?

Segundo o pensamento de Celso Furtado, o federalismo no Brasil haveria de assumir características próprias, muito mais dependentes das iniciativas do governo federal, em razão das desigualdades econômicas e sociais entre suas unidades constitutivas. Portanto, é necessário reconhecer o protagonismo da União em uma Federação assimétrica como o Brasil, porém sem relegar os governos estaduais a um eterno segundo plano, ou seja, o protagonismo federal deve ser, progressivamente, superado com o fortalecimento dos entes subnacionais.

O governo federal sempre enfrentará dificuldades para conhecer, diagnosticar e intervir nas diferentes realidades de um país continental. Além disso, por melhor que sejam

as intenções do governo nacional e por mais limitações que ainda existam na esfera estadual, não se pode desconhecer que o processo decisório mais descentralizado permite, em tese, maior participação social. O processo de elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas nos estados brasileiros pode contribuir para a incorporação de atores sociais no espaço público, para o fortalecimento do princípio da cidadania e para a construção de uma cultura política democrática (Ismael, 2014).

7. RECOMENDAÇÕES

A partir destas quatro tendências das receitas delineadas, e que podem ser cumulativas, e da evolução desproporcional das despesas, não cabe outro caminho à SES Tocantins qual seja um projeto estruturante de cortes de despesas, através da adoção de mecanismos gerenciais que visem à reorganização da gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, sugeridos a seguir e que necessitam serem aprofundados.

- Definição do perfil assistencial das 18 unidades hospitalares sob gestão estadual, no contexto organizativo da Rede de Atenção à Saúde, considerando o perfil demográfico e epidemiológico;
- Organização de serviços que garantam escala e escopo e acesso em tempo oportuno, avaliando a necessidade de alguns serviços ou mesmo da própria existência de algumas unidades hospitalares;
- Redimensionamento da real necessidade de pessoal de acordo com a organização dos serviços e das normas dos conselhos de classe;
- Reavaliação dos benefícios concedidos aos servidores como: redução da carga horária de 40 para 30 horas; revisão da gratificação por produtividade para algumas categorias;
- Implantação de centrais de custos em todas as estruturas hospitalares como forma de monitorar e controlar os gastos por setores;
- Padronização da lista de medicamentos e materiais hospitalares de acordo com o perfil assistencial de cada unidade hospitalar;
- Implantação de normas e rotinas dos fiscais de contrato dos serviços terceirizados; e
- Descentralização de ações e serviços que estão sob gestão estadual.

Paralelo a estes movimentos, de cortes de despesas e análise das tendências econômicas apresentadas, é fundamental uma gestão, principalmente dos estados da Região Norte, junto ao Governo Federal, para uma revisão do financiamento há muito tempo com seu modelo esgotado. A Região Norte necessita de um financiamento diferenciado, mediante as especificidades apresentadas de serviços mais centralizados na gestão estadual, de um per capita do PIB abaixo da média de outras regiões, de gastos maiores per capita para custeio dos serviços existentes e de baixa capacidade de investimentos.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem definindo algumas políticas acrescentando um fator de ajuste para a realidade amazônica, porém muito focado em serviços que estão, em sua maioria, na gestão municipal, como UPA e SAMU. É necessária a definição de um financiamento que trabalhe a equidade entre as regiões do país e que leve em consideração o estabelecido na Lei Complementar nº 141:

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

Nesses mais de 20 anos da Constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se como uma das mais importantes políticas sociais do Estado brasileiro sob responsabilidade da União, dos estados e dos municípios. Falta, porém, evoluir o debate e construir um novo modelo de financiamento capaz de dar sustentabilidade ao sistema, de suportar as pressões de custos e evitar a obsolescência da rede de atendimento. É preciso mais recursos públicos e, simultaneamente, extrair mais saúde com o mesmo dinheiro (OPAS, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento Público da Saúde: Uma História à Procura de um Rumo**. Rio de Janeiro: IPEA, Julho de 2013 (Texto para Discussão, n. 1846).

BRASIL. Câmara dos Deputados. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Nota Técnica nº 12, de 27 de maio de 2013. **Financiamento da saúde: Brasil e outros países com cobertura universal**. A participação estatal no financiamento de sistemas de e a situação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Saúde no Brasil em 2030: Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/MS/SAE/PR, 2013.

GIACOMONI, J. **Orçamento Público**. São Paulo. Editora Atlas, 2012.

CASTRO, J. A. et al. **Gasto social federal: prioridade macroeconômica no período 1995-2010**. Brasília: IPEA, set. 2012 (Nota Técnica, n. 11).

SERVO, L. M. et al. **Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências**. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. (Org.). Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: IPEA, 2011.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS**. Brasília: Conass, 2011 (Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, n. 8).

LIMA E LIRA, A. M. **A Instância Estadual e o Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a Perspectiva da Equidade Regional**: Estudo do Caso do Rio de Janeiro. 141 f. 2010. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Gestão dos Serviços de Saúde), Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

PIOLA, S. F. et al. **Gasto tributário e conflito distributivo na saúde**. Políticas sociais: acompanhamento e análise, n. 17 – Vinte anos da Constituição Federal, v. 1, cap. 3. Brasília: IPEA, 2009.

DAIN S. **Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração**. Ciência & Saúde Coletiva. 12 (sup): 1851-1854,2007.

LIMA, L.D. de. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. 409 f. 2007. Tese (Doutorado em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

OMS. Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2010: **Financiamento dos Sistemas de Saúde** (<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>) consultado em junho/2015;

BANCO MUNDIAL. **Indicadores de Desenvolvimento Mundial de 2013** (<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>), consultado em junho/2015.

IPEA. **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. Aristides Monteiro Neto (Org.). Brasília: IPEA, 2014.

LOBO, R.L. **Federalismo Fiscal Brasileiro: discriminação das rendas tributárias e centralidade normativa**. Rio de Janeiro. Editora Lumem Juris. 2006.

ALMEIDA, M.H.T. de. **Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: Ideias, Hipóteses e Evidências**. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais. São Paulo, n. 51, 1º semestre 2001. PP.13-34.

MARTNER, G. **Planificación y presupuesto por programas**. 4 ed. México. Siglo Veintiuno, 1972.

BAER, W. et al. **Capitalismo estatal no Brasil: algumas questões e problemas novos**. Pesquisa e Planejamento Econômico. Rio de Janeiro, 1973.

REZENDE DA SILVA, F. A. **Finanças Públicas**. São Paulo. Editora Atlas, 1979.

BURKHEAD, J. **Orçamento Público**. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas, 1971.

FURTADO, C. **A Operação Nordeste**. Rio de Janeiro: ISEB, 1959.

AMARAL FILHO, J. Federalismo brasileiro, trajetória pendular e viés centralizador. *In*: FAURÉ, Y.-A.; RODRIGUES, C. U. (Org.). **Descentralização e desenvolvimento local em Angola e Moçambique**. Lisboa: Almedina, 2012.

ARRETCHE, M. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. **Revista de sociologia política**, Curitiba, n. 24, p. 69-85, 2005. Dossiê Federalismo.

VERGOLINO, J. R. **Federalismo e autonomia fiscal dos governos estaduais no Brasil: notas sobre o período recente (1990-2010)**. Brasília: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1.908).

SILVA, A. M. A.; MONTEIRO NETO, A.; GERARDO, J. C. **Dívidas estaduais, federalismo fiscal e desigualdades regionais no Brasil: percalços no limiar do século XXI**. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1.889).

RODDEN, J. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. **Revista de sociologia política**, n. 24, p. 9-27, 2005. Dossiê Federalismo.

REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2003.

MENDES, C.; MONTEIRO NETO, A. Planejamento, instrumentos e resultados: a (in)compatibilidade de políticas para o desenvolvimento do Nordeste. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 10, p. 43-82, 2012.

VERGOLINO, J. R. **Federalismo e autonomia fiscal dos governos estaduais no Brasil**: notas sobre o período recente (1990-2010). Brasília: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1.908).

PRADO, S. Distribuição intergovernamental de recursos na Federação brasileira. *In*: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. (Org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil**: desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2003.

BRASIL. Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 1989.

BRASIL. Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 mar. 2015.

BRASIL. Lei 4320/64, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, 04 maio. 1964.

BRASIL. Lei 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei Complementar 141/2012, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012.

BRASIL. Decreto 7508/2011, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Decreto 1232/1994, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 ago. 1994.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2007.

BRASIL. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 abr. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Composição das variáveis das receitas segundo as contas contábeis.

RECEITAS	
Receita Total	
4.1.0.00.00.00.00	RECEITAS CORRENTES
4.2.0.00.00.00.00	RECEITAS DE CAPITAL
Receita Vinculada à Saúde conforme EC - 29 e Lei 141	
Receita Tributária - Impostos	
4.1.1.12.05.00.00	IPVA
4.1.1.12.04.00.00	Imposto s/ a Renda e Provento de Qualquer Natureza
4.1.1.12.07.00.00	ITCMD
4.1.1.13.02.00.00	ICMS
4.1.9.11.20.00.00	Multas e Juros de Mora sobre o ITCMD
4.1.9.11.41.00.00	Multas e Juros de Mora sobre o IPVA
4.1.9.11.42.00.00	Multas e Juros de Mora sobre o ICMS
4.1.9.13.14.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa sobre o IPVA
4.1.9.13.15.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa sobre o ICMS
4.1.9.13.20.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa sobre o ITCMD
4.1.9.31.14.00.00	Receita da Dívida Ativa do IPVA
4.1.9.31.15.00.00	Receita da Dívida Ativa do ICMS
4.1.9.31.20.00.00	Receita da Dívida Ativa do ITCMD
Transferências Constitucionais e Legais da União conforme	
4.1.7.21.01.01.00	Cota-Parte FPE e do DF (100%)
4.1.7.21.01.12.00	Cota-Parte IPI dos Estados Exportadores (100%)
4.1.7.21.36.00.00	Lei Comp. Nº 87/96 - Lei Kandir
(-) Transferências Constitucionais e Legais a Municípios	
(-) 3.3.3.40.81.00.01	Transferências do ICMS p/ Municípios (25%)
(-) 3.3.3.40.81.00.02	Transferências do IPVA p/ Municípios (50%)
(-) 3.3.3.40.81.00.03	Transferências do IPI - Exportação p/ Municípios (25%)
Transferências de Recursos do SUS - Repasse Fundo a Fundo	
Transferências do Fundo Nacional de Saúde	
4.1.7.21.33.11.00	Atenção Básica
4.1.7.21.33.12.00	Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar
4.1.7.21.33.13.00	Vigilância em Saúde
4.1.7.21.33.14.00	Assistência Farmacêutica
4.1.7.21.33.15.00	Gestão do SUS
4.2.4.21.01.01.00	Investimentos na Rede de Serviços de Saúde
4.2.4.71.01.00.00	Transf de Recursos do SUS - Convênios UNIÃO

Fonte: SIOPS

Notas:

1 - A classificação das contas contábeis foi com base na tabela vigente no ano de 2014.

2 - Os valores das receitas considerados foram os realizados em cada ano.

APÊNDICE B - Composição das variáveis das despesas segundo as contas contábeis.

DESPESAS	
Despesa Total em Saúde	
3.3.0.00.00.00.00	Despesas Correntes
3.4.0.00.00.00.00	Despesas de Capital
DESPESAS CORRENTES	
Pessoal e Encargos Sociais	
3.3.1.00.00.00.00	Pessoal e Encargos Sociais
*(-) 3.1.90.01.00.00	Aposentadorias
*(-) 3.1.90.03.00.00	Pensões
**(-) 3.1.90.09.00.00	Salário Família
**(-) 3.3.1.90.12.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Militar
OUTRAS DESPESAS CORRENTES	
Material de Consumo	
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo
3.3.3.90.32.00.00	Material de Distribuição Gratuita
Serviços de Terceiros	
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica
3.3.3.90.35.00.00	Serviços de Consultoria
3.3.3.90.48.00.00	Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas
DESPESAS DE CAPITAL	
Investimentos	
3.4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente

Fonte: SIOPS, 2016.

Notas:

1 - A classificação das contas contábeis foi com base na tabela vigente no ano de 2014.

2 - Os valores das despesas considerados foram os empenhados em cada ano.

* Para os anos de 2003 a 2007 foram excluídos os pagamentos de aposentadorias e pensões e utilizada a classificação das contas contábeis vigente na época.

** Para os anos de 2003 a 2014 foram excluídos os pagamentos de salário família e de pessoal militar.

APÊNDICE C– Indicadores utilizados em relação às receitas.

RECEITAS		
Indicador	Método de cálculo	Fonte de Informação
Receita total do estado.	Receitas correntes + receitas de capital	SIOPS
Per capita da receita total do estado	Receita total do estado no ano/população do ano	SIOPS e IBGE
Evolução dos impostos de base estadual vinculáveis à saúde no estado	ICMS + IPVA + ITCD + IRRF + Outros	SIOPS
Percentual de evolução da per capita dos impostos da base estadual de recursos para a saúde	Impostos de base estadual no ano/população do ano	SIOPS e IBGE
Valor absoluto das transferências constitucionais e legais de recursos destinados à saúde.	FPE + IPI (Exportação) + ICMS (Lei Kandir)	SIOPS e Secretaria da Receita Federal
Percentual de evolução per capita das transferências constitucionais e legais da base vinculável de recursos para a saúde	Transferências constitucionais e legais no ano/população do ano	SIOPS e IBGE
Receita total da base de recursos próprios para a saúde	Impostos de base estadual + transferências constitucionais e legais	SIOPS e Secretaria da Receita Federal
Percentual de evolução <i>per capita</i> da base vinculável de recursos para a saúde	Receita total da base de recursos próprios para a saúde no ano/população do ano	SIOPS e IBGE
Percentual de evolução dos impostos e transferências constitucionais e legais no estado	Valor absoluto das transferências constitucionais e legais do ano/valor absoluto das transferências constitucionais e legais do ano anterior x 100	SIOPS e Secretaria da Receita Federal
	Valor absoluto dos impostos de base estadual do ano/valor absoluto dos impostos de base estadual do ano anterior x 100	SIOPS
Participação relativa dos impostos e das transferências constitucionais e legais na composição do orçamento da saúde	Impostos/impostos + transferências constitucionais e legais x 100	SIOPS e Secretaria da Receita Federal
	Transferências constitucionais e legais/impostos + transferências constitucionais e legais x 100	SIOPS e Secretaria da Receita Federal
Participação relativa do FPE nas receitas de recursos para a saúde do estado	Valor absoluto do FPE/receita total da base de recursos próprios para a saúde	SIOPS e Secretaria da Receita Federal
Participação relativa do FPE na receita total dos estados	Valor absoluto do FPE/valor absoluto da receita total	SIOPS
Transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS	Valor absoluto das transferências do FNS por bloco de financiamento (atenção básica, MAC vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos) + convênios	FNS
Evolução per capita das transferências da União referentes aos blocos de financiamento do SUS	Valor absoluto das transferências do FNS no ano/população do ano.	FNS e IBGE
Percentual de evolução dos recursos do bloco de média e alta complexidade	Valor absoluto do bloco de MAC no ano/valor absoluto do bloco de MAC do ano anterior x 100	FNS
Percentual de recursos do bloco de média e alta complexidade por tipo de gestão	Recursos MAC sob gestão estadual/total do recurso MAC repassado ao estado x 100	SISMAC
	Recursos MAC sob gestão municipal/total do recurso MAC repassado ao estado x 100	SISMAC

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE D - Indicadores utilizados em relação às despesas e outros.

DESPESAS		
Indicador	Método de cálculo	Fonte de Informação
Despesa Total em Saúde	Despesa com recursos próprios + despesa com recursos do FNS.	SIOPS
Percentual de aplicação de recursos próprios em saúde	Despesa com recursos próprios / Receita total da base de recursos próprios para a saúde X 100	SIOPS
Proporção de recursos aplicados em saúde por fonte de financiamento	Despesa com recursos próprios em saúde / Despesa Total em Saúde X 100	SIOPS
	Despesa com recursos transferidos pelo FNS / Despesa Total em Saúde X 100	SIOPS
Evolução do per capita das despesas custeadas com recursos transferidos pelo FNS e com recursos próprios	Per capita das despesas custeadas com recursos transferidos pelo FNS no ano/população do ano	SIOPS
	Per capita das despesas custeadas com recursos próprios no ano/população do ano	SIOPS
Evolução do <i>per capita</i> das despesas totais	Per capita das despesas custeadas com recursos transferidos pelo FNS + Per capita das despesas custeadas com recursos próprios	SIOPS
Proporção de recursos aplicados em saúde por natureza de despesa	Total das despesas correntes/total das despesas em saúde X 100	SIOPS
	Total das despesas de capital/total das despesas em saúde X 100	SIOPS
Percentual de gastos com pessoal e encargos sociais	Total das despesas com pessoal e encargos sociais/total das despesas em saúde X 100	SIOPS
Percentual de evolução dos gastos com pessoal e encargos sociais	Total das despesas correntes com pessoal e encargos sociais do ano/despesas com pessoal e encargos sociais do ano anterior X 100	SIOPS
Valor absoluto de gastos com material de consumo	Total das despesas correntes com material de consumo + material de distribuição gratuita + despesas de exercícios anteriores/ano	SIOPS e SIAFEM
Valor absoluto de gastos com serviços de terceiros	Total das despesas com serviços de pessoa física + serviços de pessoa jurídica + serviços de consultoria + outros auxílios financeiros a pessoa física + despesas de exercícios anteriores/ano	SIOPS e SIAFEM
Valor absoluto de gastos com obras e instalações	Total das despesas de capital com obras e instalações + despesas de exercícios anteriores/ano	SIOPS e SIAFEM
Valor absoluto de gastos com equipamentos	Total das despesas de capital com equipamentos + despesas de exercícios anteriores/ano	SIOPS e SIAFEM
OUTROS		
PIB bruto	Preços correntes, impostos, líquidos de subsídios, sobre produtos a preços correntes e valor adicionado bruto a preços correntes total e por atividade econômica, e respectivas participações	IBGE
PIB per capita	Total do PIB bruto no ano/população do ano	IBGE

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE E - Receita realizada de impostos e transferências constitucionais e legais referente ao ano de realização.

RECEITAS	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Impostos (I)	452.946.424,18	595.816.769,25	671.101.552,35	752.776.340,85	840.710.006,54	924.225.781,34	1.071.551.979,49
IPVA	15.393.095,51	18.893.220,10	23.032.670,64	26.989.050,85	35.264.871,80	48.155.345,21	54.779.488,87
IRRF	25.617.170,18	27.139.279,16	39.077.442,02	50.391.131,85	80.992.327,89	86.332.224,86	99.727.666,62
ITCMD	425.429,61	763.940,01	818.098,20	989.858,38	1.196.392,49	1.917.110,47	2.660.030,32
ICMS	406.195.557,39	537.239.895,51	595.288.610,04	658.939.329,91	707.380.871,02	774.530.123,40	897.970.387,43
Outros	5.315.171,49	11.780.434,47	12.884.731,45	15.466.969,86	15.875.543,34	13.290.977,40	16.414.406,25
Transferências da União (II)	908.522.202,73	944.389.881,48	1.040.923.026,54	1.382.449.230,77	1.435.504.557,75	1.593.842.356,66	2.126.682.751,45
Cota - Parte FPE	905.917.278,88	942.428.880,26	1.038.819.970,29	1.380.140.358,46	1.433.902.316,41	1.591.898.474,93	2.124.014.722,75
Cota - Parte IPI - Exportação	270.995,37	58.302,87	95.441,25	301.257,31	450.815,07	792.455,47	1.516.602,43
Lei Comp. Nº 87/96 - Lei Kandir	2.333.928,48	1.902.698,35	2.007.615,00	2.007.615,00	1.151.426,27	1.151.426,26	1.151.426,27
Total Impostos + Transferências da União	1.361.468.626,91	1.540.206.650,73	1.712.024.578,89	2.135.225.571,62	2.276.214.564,29	2.518.068.138,00	3.198.234.730,94
(-) Transferências Constitucionais e Legais a Municípios (III)	109.313.185,95	147.082.752,34	162.474.435,64	184.063.043,55	199.425.891,57	222.804.507,10	257.097.525,60
Transferências do ICMS (25%)	101.548.889,35	147.082.752,34	150.259.763,63	169.008.710,98	180.213.934,40	196.685.313,79	227.611.700,01
Transferências do IPVA (50%)	7.696.547,76		12.195.129,52	15.022.483,66	19.113.333,41	25.952.367,21	29.173.259,11
Transferências do IPI - Exportação (25%)	67.748,84		19.542,49	31.848,91	98.623,76	166.826,10	312.566,48
Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (IV=I+II-III)	1.252.155.440,96	1.393.123.898,39	1.549.550.143,25	1.951.162.528,07	2.076.788.672,72	2.295.263.630,90	2.941.137.205,34
RECEITAS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Impostos (I)	1.108.407.652,35	1.351.832.168,68	1.637.333.783,60	1.849.875.951,71	2.126.370.355,47	2.383.214.421,51	
IPVA	59.808.512,95	70.247.231,78	85.872.009,22	99.105.937,02	115.440.416,21	126.646.529,79	
IRRF	100.948.468,99	156.241.082,21	246.633.070,83	245.594.924,88	317.829.920,26	324.858.551,89	
ITCMD	2.961.399,48	3.352.230,12	5.038.760,52	7.545.912,45	11.118.646,39	15.965.018,38	
ICMS	916.887.098,17	1.091.619.714,11	1.275.260.787,14	1.464.739.643,87	1.659.363.184,49	1.879.510.555,85	
Outros	27.802.172,76	30.371.910,46	24.529.155,89	32.889.533,49	22.618.188,12	36.233.765,60	
Transferências da União (II)	1.880.230.485,25	2.119.261.173,55	2.611.412.411,08	2.691.701.438,98	2.895.921.024,06	3.157.161.124,25	
Cota - Parte FPE	1.878.154.649,78	2.117.057.239,77	2.607.807.942,36	2.688.873.354,81	2.891.751.132,50	3.151.174.066,23	
Cota - Parte IPI - Exportação	924.409,19	1.052.507,50	2.453.042,44	1.676.657,89	3.018.465,29	4.835.631,74	
Lei Comp. Nº 87/96 - Lei Kandir	1.151.426,28	1.151.426,28	1.151.426,28	1.151.426,28	1.151.426,27	1.151.426,28	
Total Impostos + Transferências da União	2.988.638.137,60	3.471.093.342,23	4.248.746.194,68	4.541.577.390,69	5.022.291.379,53	5.540.375.545,76	
(-) Transferências Constitucionais e Legais a Municípios (III)	270.027.407,20	317.862.923,71	371.103.709,41	427.608.652,10	480.365.338,30	546.535.377,93	
Transferências do ICMS (25%)	234.022.145,41	278.374.330,25	322.171.567,23	370.968.113,17	418.599.860,62	474.662.855,89	
Transferências do IPVA (50%)	35.818.838,34	39.276.911,10	48.433.371,34	56.303.528,78	61.158.203,69	70.914.497,38	
Transferências do IPI - Exportação (25%)	186.423,45	211.682,36	498.770,84	337.010,15	607.273,99	958.024,66	
Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (IV=I+II-III)	2.718.610.730,40	3.153.230.418,52	3.877.642.485,27	4.113.968.738,59	4.541.926.041,23	4.993.840.167,83	

Fonte: SIOPS, 2016.

APÊNDICE F - Receita realizada de impostos e transferências constitucionais e legais valores atualizados para 2014.

RECEITAS	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Impostos (I)	931.821.766,41	1.087.675.905,25	1.143.570.668,57	1.205.999.338,50	1.307.800.667,57	1.382.407.200,38	1.504.444.941,87
IPVA	31.667.368,77	34.489.966,27	39.248.138,33	43.238.310,91	54.857.706,61	72.028.174,61	76.909.684,76
IRRF	52.700.795,27	49.543.318,60	66.588.754,47	80.730.050,06	125.990.912,04	129.131.097,27	140.016.337,50
ITCMD	875.212,94	1.394.588,38	1.394.055,94	1.585.821,03	1.861.097,03	2.867.510,70	3.734.647,72
ICMS	835.643.779,46	980.742.603,84	1.014.383.875,87	1.055.666.009,75	1.100.395.104,32	1.158.500.488,86	1.260.738.660,54
Outros	10.934.609,97	21.505.428,16	21.955.843,95	24.779.146,75	24.695.847,58	19.879.928,94	23.045.611,35
Transferências da União (II)	1.869.052.758,96	1.724.003.371,95	1.773.753.967,96	2.214.778.503,71	2.233.057.539,84	2.383.983.648,37	2.985.834.723,49
Cota - Parte FPE	1.863.693.792,39	1.720.423.523,44	1.770.170.317,42	2.211.079.531,88	2.230.565.108,12	2.381.076.094,66	2.982.088.846,15
Cota - Parte IPI - Exportação	557.503,87	106.433,10	162.633,83	482.634,88	701.283,73	1.185.312,26	2.129.289,94
Lei Comp. Nº 87/96 - Lei Kandir	4.801.462,70	3.473.415,41	3.421.016,71	3.216.336,95	1.791.148,00	1.722.241,45	1.616.587,40
Total Impostos + Transferências da União	2.800.874.525,37	2.811.679.277,20	2.917.324.636,53	3.420.777.842,21	3.540.858.207,41	3.766.390.848,75	4.490.279.665,36
(-) Transferências Constitucionais e Legais a Municípios (III)	224.884.005,23	268.502.623,72	276.859.736,56	294.881.622,49	310.225.062,27	333.258.994,84	360.961.557,96
Transferências do ICMS (25%)	208.910.944,87	268.502.623,72	256.045.687,50	270.763.548,99	280.339.120,36	294.191.310,70	319.563.845,10
Transferências do IPVA (50%)	15.833.684,39		20.780.748,26	24.067.049,37	29.732.523,70	38.818.154,64	40.958.873,62
Transferências do IPI - Exportação (25%)	139.375,97		33.300,80	51.024,14	153.418,20	249.529,51	438.839,24
Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (IV=I+II-III)	2.575.990.520,14	2.543.176.653,48	2.640.464.899,97	3.125.896.219,72	3.230.633.145,14	3.433.131.853,91	4.129.318.107,40
Fator de Correção de Valores para o Ano de 2014 (IPCA-E)	2,0572450	1,8255208	1,7040203	1,6020686	1,5555907	1,4957462	1,4039869
RECEITAS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Impostos (I)	1.494.993.861,39	1.728.808.413,10	1.962.564.106,10	2.098.953.424,17	2.280.734.424,06	2.383.214.421,51	
IPVA	80.668.298,82	89.836.599,63	102.929.118,49	112.450.105,46	123.820.824,77	126.646.529,79	
IRRF	136.156.892,40	199.810.970,37	295.622.808,88	278.663.176,34	340.902.815,10	324.858.551,89	
ITCMD	3.994.265,14	4.287.043,74	6.039.630,18	8.561.935,60	11.925.805,64	15.965.018,38	
ICMS	1.236.675.496,10	1.396.032.280,77	1.528.571.065,86	1.661.960.245,59	1.779.824.820,80	1.879.510.555,85	
Outros	37.498.908,93	38.841.518,60	29.401.482,69	37.317.961,17	24.260.157,75	36.233.765,60	
Transferências da União (II)	2.536.010.129,02	2.710.245.126,04	3.130.127.965,08	3.054.126.925,08	3.106.150.700,39	3.157.161.124,25	
Cota - Parte FPE	2.533.210.291,54	2.707.426.596,24	3.125.807.525,96	3.050.918.052,11	3.101.678.095,14	3.151.174.066,23	
Cota - Parte IPI - Exportação	1.246.821,11	1.346.013,11	2.940.300,32	1.902.412,33	3.237.591,08	4.835.631,74	
Lei Comp. Nº 87/96 - Lei Kandir	1.553.016,36	1.472.516,70	1.380.138,80	1.306.460,65	1.235.014,18	1.151.426,28	
Total Impostos + Transferências da União	4.031.003.990,41	4.439.053.539,14	5.092.692.071,18	5.153.080.349,25	5.386.885.124,45	5.540.375.545,76	
(-) Transferências Constitucionais e Legais a Municípios (III)	364.206.540,18	406.503.195,78	444.817.560,74	485.184.232,87	515.237.508,07	546.535.377,93	
Transferências do ICMS (25%)	315.643.500,00	356.002.686,78	386.165.826,53	420.917.300,25	448.988.159,36	474.662.855,89	
Transferências do IPVA (50%)	48.311.596,66	50.229.796,22	58.053.890,47	63.884.545,56	65.597.989,60	70.914.497,38	
Transferências do IPI - Exportação (25%)	251.443,51	270.712,78	597.843,74	382.387,05	651.359,11	958.024,66	
Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (IV=I+II-III)	3.666.797.450,23	4.032.550.343,36	4.647.874.510,44	4.667.896.116,38	4.871.647.616,38	4.993.840.167,83	
Fator de Correção de Valores para o Ano de 2014 (IPCA-E)	1,3487762	1,2788632	1,1986341	1,1346455	1,0725951		

Fonte: SIOPS e Banco Central, 2016.

APÊNDICE G - Recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para o estado do Tocantins referente ao ano de realização.

Transferências de Recursos do SUS	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Atenção Básica			368.752,00	288.119,00	152.097,00	59.400,00
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	10.322.546,30	40.616.652,64	94.157.700,14	98.726.159,97	114.554.863,90	126.337.656,16
Vigilância em Saúde	2.326.712,36	2.592.521,40	3.610.221,10	4.649.052,32	5.851.499,92	4.766.834,47
Assistência Farmacêutica	2.144.602,09	2.710.823,31	4.660.443,96	4.269.176,39	3.445.283,19	3.750.884,82
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde					-	
Gestão do SUS			1.743.466,67	558.400,00	3.668.214,14	2.236.529,17
Convênios	1.775.374,27	2.084.902,03	2.168.100,00	9.700.000,00	417.452,83	4.536.786,28
Total FNS	16.569.235,02	48.004.899,38	106.708.683,87	118.190.907,68	128.089.410,98	141.688.090,90
Transferências de Recursos do SUS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Atenção Básica	54.000,00	583.807,56	57.913,00	202.920,00	54.810,00	47.250,00
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	165.900.068,47	184.120.916,30	159.330.150,78	160.415.729,45	240.253.612,39	237.677.736,87
Vigilância em Saúde	6.094.114,71	6.044.839,87	6.613.667,77	8.029.479,20	9.243.304,50	7.656.830,74
Assistência Farmacêutica	4.047.741,78	3.281.287,51	3.621.916,08	2.326.091,52	2.462.557,14	1.541.893,74
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	-	7.233.802,00	3.024.342,70	3.429.077,10	2.998.017,05	6.681.782,00
Gestão do SUS	5.164.247,51	7.974.117,19	4.821.874,74	5.136.180,66	2.093.566,37	1.265.914,30
Convênios	7.214.639,99	1.896.853,54	1.657.333,33	2.050.629,72	3.799.619,27	45.617.283,60
Total FNS	188.474.812,46	211.135.623,97	179.127.198,40	181.590.107,65	260.905.486,72	300.488.691,25

Fonte: FNS, SIOPS e Banco Central, 2015.

APÊNDICE H - Recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para o estado do Tocantins atualizados para 2014.

Transferências de Recursos do SUS	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Atenção Básica			590.766,00	448.195,24	227.498,51	83.396,82
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	18.844.022,98	69.211.600,62	150.847.094,84	153.577.496,30	171.345.002,37	177.376.414,23
Vigilância em Saúde	4.247.461,81	4.417.709,09	5.783.821,86	7.232.022,55	8.752.358,77	6.692.573,15
Assistência Farmacêutica	3.915.015,72	4.619.297,95	7.466.350,93	6.641.091,09	5.153.269,24	5.266.193,15
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde						
Gestão do SUS			2.793.153,21	868.641,85	5.486.717,36	3.140.057,66
Convênios	3.240.982,66	3.552.715,38	3.473.444,93	15.089.229,79	624.403,48	6.369.588,51
Total FNS	30.247.483,17	81.801.323,04	170.954.631,78	183.856.676,81	191.589.249,73	198.928.223,51
Fator de Correção de Valores para o Ano de 2014 (IPCA-E)	1,8255208	1,7040203	1,6020686	1,5555907	1,4957462	1,4039869
Transferências de Recursos do SUS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Atenção Básica	72.833,91	746.610,00	69.416,50	230.242,26	58.788,94	47.250,00
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	223.762.063,93	235.465.464,21	190.978.551,88	182.014.985,55	257.694.847,41	237.677.736,87
Vigilância em Saúde	8.219.596,88	7.730.523,26	7.927.367,72	9.110.612,44	9.914.323,11	7.656.830,74
Assistência Farmacêutica	5.459.497,78	4.196.317,85	4.341.352,12	2.639.289,28	2.641.326,72	1.541.893,74
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde		9.251.043,17	3.625.080,29	3.890.786,90	3.215.658,40	6.681.782,00
Gestão do SUS	6.965.414,13	10.197.805,03	5.779.663,49	5.827.744,27	2.245.549,03	1.265.914,30
Convênios	9.730.934,71	2.425.816,19	1.986.536,24	2.326.737,78	4.075.453,01	45.617.283,60
Total FNS	254.210.341,35	270.013.579,70	214.707.968,24	206.040.398,49	279.845.946,62	300.488.691,25
Fator de Correção de Valores para o Ano de 2014 (IPCA-E)	1,3487762	1,2788632	1,1986341	1,1346455	1,0725951	

Fonte: FNS, SIOPS e Banco Central, 2015.

APÊNDICE I – Despesa própria empenhada em ações e serviços públicos de saúde referente ao ano da execução.

Itens	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Despesa Total com Saúde	174.333.080,01	230.107.158,79	339.314.001,66	400.186.369,83	460.045.747,20	552.920.935,84
(-) Despesa com Recursos do SUS	16.565.516,72	43.839.330,94	102.715.615,16	117.134.826,32	118.581.121,81	146.954.030,55
(-) Despesa com outras Fontes		82.312,30	1.034.336,99	134.229,00	2.570.113,14	151.918,49
(-) RP's Inscritos no ano sem disponibilidade financeira						
(-) Restos a pagar inscritos no ano			-			
(-) Compensação de RPs Cancelados do Ano anterior			363.578,50	2.133.828,27	565.532,73	235.897,74
Despesa com Recursos Próprios por Fonte	157.767.563,29	186.185.515,55	235.200.471,01	280.783.486,24	338.328.979,52	405.579.089,06
% de Recursos Próprios Aplicados em Saúde por Fonte	11,32	12,02	12,05	13,52	14,74	13,79
Receitas de Impostos e Transf. Constitucionais e Legais	1.393.123.898,39	1.549.550.143,25	1.951.162.528,07	2.076.788.672,72	2.295.263.630,90	2.941.137.205,34
Itens	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Despesa Total com Saúde	606.424.871,73	721.780.911,53	904.586.811,02	978.903.560,22	1.242.561.374,12	1.467.648.361,88
(-) Despesa com Recursos do SUS	179.962.413,84	177.368.059,73	174.989.433,01	191.504.536,11	287.584.495,33	336.165.476,66
(-) Despesa com outras Fontes			12.917,39	12.801,67	15.170.779,07	59.247.684,54
(-) RP's Inscritos no ano sem disponibilidade financeira			3.657.346,12	27.317.492,88	450.414,27	
(-) Restos a pagar inscritos no ano		296.265,50				
(-) Compensação de RPs Cancelados do Ano anterior	316.520,73	376.623,19				
Despesa com Recursos Próprios por Fonte	426.042.352,51	543.720.288,04	725.927.114,50	760.068.729,56	939.355.685,45	1.072.235.200,68
% de Recursos Próprios Aplicados em Saúde por Fonte	15,67	17,24	18,72	18,48	20,68	21,47
Receitas de Impostos e Transf. Constitucionais e Legais	2.718.610.730,40	3.153.230.418,52	3.877.642.485,27	4.113.968.738,59	4.541.926.041,23	4.993.840.167,83

Fonte: SIOPS, 2015.

APÊNDICE J - Despesa própria empenhada em ações e serviços públicos de saúde atualizados para o ano de 2014.

Itens	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Despesa Total com Saúde	318.248.663,69	392.107.269,75	543.604.307,60	622.526.195,17	688.111.678,20	776.293.750,66
Despesa com Recursos do SUS	30.240.695,34	74.703.109,86	164.557.461,78	182.213.846,47	177.367.262,34	206.321.533,79
Outras Fontes	-	140.261,83	1.657.078,81	208.805,38	3.844.236,96	213.291,57
(-) RP's Inscritos no ano sem disponibilidade financeira	-	-	-	-	-	-
(-) Restos a pagar inscritos no ano	-	-	-	-	-	-
(-) Compensação de RPs Cancelados do Ano anterior	-	-	582.477,70	3.319.363,41	845.893,43	331.197,34
Despesa com Recursos Próprios por Fonte	288.007.968,35	317.263.898,06	376.807.289,31	436.784.179,91	506.054.285,47	569.427.727,95
% de Recursos Próprios Aplicados em Saúde por Fonte	11,32	12,02	12,05	13,52	14,74	13,79
Receitas de Impostos e Transf. Constitucionais e Legais	2.543.176.653,49	2.640.464.899,97	3.125.896.219,72	3.230.633.145,15	3.433.131.853,92	4.129.318.107,40
Fator de Correção de Valores para o Ano de 2014 (IPCA-E)	1,8255208	1,7040203	1,6020686	1,5555907	1,4957462	1,4039869
Itens	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Despesa Total com Saúde	817.931.434,08	923.059.046,22	1.084.268.598,10	1.110.708.519,54	1.332.765.241,33	1.467.648.361,88
Despesa com Recursos do SUS	242.729.020,68	226.829.484,44	209.748.301,55	217.289.760,13	308.461.720,53	336.165.476,66
Outras Fontes	-	-	15.483,22	14.525,36	16.272.103,29	59.247.684,54
(-) RP's Inscritos no ano sem disponibilidade financeira	-	-	4.383.819,77	30.995.670,37	483.112,14	
(-) Restos a pagar inscritos no ano	-	378.883,05	-	-	-	
(-) Compensação de RPs Cancelados do Ano anterior	426.915,63	481.649,54	-	-	-	
Despesa com Recursos Próprios por Fonte	574.635.785,26	695.343.867,47	870.120.993,55	862.408.563,69	1.007.548.305,37	1.072.235.200,68
% de Recursos Próprios Aplicados em Saúde por Fonte	15,67	17,24	18,72	18,48	20,68	21,47
Receitas de Impostos e Transf. Constitucionais e Legais	3.666.797.450,23	4.032.550.343,37	4.647.874.510,45	4.667.896.116,38	4.871.647.616,39	4.993.840.167,83
Fator de Correção de Valores para o Ano de 2014 (IPCA-E)	1,3487762	1,2788632	1,1986341	1,1346455	1,0725951	

Fonte: SIOPS e Banco Central, 2015.

APÊNDICE K - Despesas empenhadas com pessoal e encargos sociais referentes ao ano da execução.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	82.237.821,00	99.888.017,12	135.692.493,89	153.084.482,10	211.198.416,34	235.265.349,90	263.257.639,40
(+) Repasses Previdenciários - RPPS				4.385.552,46	12.984.267,27		
(-) Aposentadorias e Reformas	2.226.471,23	2.376.713,41	2.623.452,93	3.218.279,49	3.602.111,75	2.575.166,59	
(-) Pensões	526.674,22	636.540,12	756.999,74	1.417.643,26	1.493.899,02	988.953,20	
(-) Salário Família	21.132,00				90.702,41	77.716,08	27.586,19
(-) Venc. e Vant. Fixas - Pessoal Militar (-)							51.741,31
TOTAL	79.463.543,55	96.874.763,59	132.312.041,22	152.834.111,81	218.995.970,43	231.623.514,03	263.178.311,90
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	323.552.360,98	397.555.579,38	538.475.095,53	568.519.248,77	766.800.385,56	799.088.990,36	
(+) Repasses Previdenciários - RPPS							
(-) Aposentadorias e Reformas							
(-) Pensões							
(-) Salário Família	17.944,28	16.539,21	12.937,83	11.374,00			
(-) Venc. e Vant. Fixas - Pessoal Militar (-)	53.919,88	4.289,08			6.353,92	6.534,96	
TOTAL	323.480.496,82	397.534.751,09	538.462.157,70	568.507.874,77	766.794.031,64	799.082.455,40	

Fonte: SIOPS, 2015.

APÊNDICE L - Despesas empenhadas com pessoal e encargos sociais atualizadas para o ano de 2014.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	169.183.346,06	182.347.652,92	231.222.764,15	245.251.841,92	328.538.292,31	351.897.253,10	369.610.277,04
(+) Repasses Previdenciários - RPPS				7.025.955,89	20.198.205,41		
(-) Aposentadorias e Reformas	4.580.396,81	4.338.739,77	4.470.417,05	5.155.904,52	5.603.411,54	3.851.795,64	-
(-) Pensões	1.083.497,91	1.162.017,23	1.289.942,92	2.271.161,75	2.323.895,42	1.479.222,99	-
(-) Salário Família	43.473,70	-	-	-	141.095,83	116.243,53	38.730,65
(-) Venc. e Vant. Fixas - Pessoal Militar (-)							72.644,12
TOTAL	163.475.977,65	176.846.895,93	225.462.404,17	244.850.731,54	340.668.094,94	346.449.990,94	369.498.902,27
Fator de Correção de Valores para o Ano de 2014 (IPCA-E)	2,0572450	1,8255208	1,7040203	1,6020686	1,5555907	1,4957462	1,4039869
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	436.399.723,94	508.419.200,42	645.434.611,50	645.067.807,28	822.466.336,23	799.088.990,36	
(+) Repasses Previdenciários - RPPS							
(-) Aposentadorias e Reformas	-	-	-	-	-	-	
(-) Pensões	-	-	-	-	-	-	
(-) Salário Família	24.202,82	21.151,39	15.507,72	12.905,46	-	-	
(-) Venc. e Vant. Fixas - Pessoal Militar (-)	72.725,85	5.485,15	-	-	6.815,18	6.534,96	
TOTAL	436.302.795,27	508.392.563,89	645.419.103,78	645.054.901,82	822.459.521,05	799.082.455,40	
Fator de Correção de Valores para o Ano de 2014 (IPCA-E)	1,3487762	1,2788632	1,1986341	1,1346455	1,0725951		

Fonte: SIOPS e Banco Central, 2015.

APÊNDICE M – Despesas correntes e de capital empenhadas referente ao ano de execução.

Elementos de Despesas	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
DESPESAS CORRENTES	117.146.890,07	153.805.747,79	213.046.772,68	319.564.993,24	382.560.758,15	454.570.245,90	536.665.189,74
Pessoal e Encargos Sociais	79.463.543,55	96.874.763,59	132.312.041,22	152.834.111,81	218.995.970,43	231.623.514,03	263.178.311,90
Material de Consumo	5.245.020,70	8.656.843,88	34.114.215,15	46.193.039,51	34.861.362,58	38.236.004,95	46.459.123,58
Serviços de Terceiros	11.640.875,37	14.878.223,53	20.667.941,90	79.106.259,11	91.475.183,98	103.632.242,95	138.194.150,81
DESPESAS DE CAPITAL	44.178.433,33	23.540.585,75	20.440.838,78	19.999.378,71	9.737.355,18	9.039.621,09	16.255.746,10
INVESTIMENTOS	44.175.433,33	23.314.343,68	20.440.838,78	19.999.378,71	9.737.355,18	9.039.621,09	15.950.231,10
Obras e Instalações	12.140.876,58	14.603.064,73	14.367.954,53	8.404.932,90	1.120.579,26	1.585.107,16	2.698.806,37
Equipamentos e Material Permanente	5.043.615,37	2.525.809,81	5.798.068,38	8.921.002,32	6.568.900,17	4.928.064,22	8.220.418,71
INVERSÕES FINANCEIRAS	3.000,00	226.242,07	-	-	-	-	305.515,00
TOTAL	161.325.323,40	177.346.333,54	233.487.611,46	339.564.371,95	392.298.113,33	463.609.866,99	552.920.935,84
(+) Repasses Previdenciários - RPPS				4.385.552,46	12.984.267,27		
(-) Despesas não Computadas		3.013.253,53	3.380.452,67	4.635.922,75	5.096.010,77	3.564.119,79	
TOTAL	161.325.323,40	174.333.080,01	230.107.158,79	339.314.001,66	400.186.369,83	460.045.747,20	552.920.935,84
Elementos de Despesas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
DESPESAS CORRENTES	597.929.285,00	697.402.087,42	897.565.555,94	959.536.535,80	1.213.015.184,66	1.401.307.772,48	
Pessoal e Encargos Sociais	323.480.496,82	397.534.751,09	538.462.157,70	568.507.874,77	766.794.031,64	799.082.455,40	
Material de Consumo	45.601.650,68	50.663.281,62	39.150.237,84	28.573.065,18	59.557.686,93	120.668.838,86	
Serviços de Terceiros	164.532.379,96	152.604.131,43	195.857.662,67	255.926.554,00	227.911.593,13	252.090.539,72	
DESPESAS DE CAPITAL	8.495.586,73	24.378.824,11	7.021.255,08	19.367.024,42	29.546.189,46	66.340.589,40	
INVESTIMENTOS	8.495.586,73	24.378.824,11	7.021.255,08	19.367.024,42	29.546.189,46	66.340.589,40	
Obras e Instalações	583.219,56	178.938,14	515.598,75	586.886,58	4.975.975,00	33.942.726,78	
Equipamentos e Material Permanente	7.380.021,85	16.442.919,64	4.520.819,93	15.931.948,15	21.380.671,70	26.739.686,42	
INVERSÕES FINANCEIRAS	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	606.424.871,73	721.780.911,53	904.586.811,02	978.903.560,22	1.242.561.374,12	1.467.648.361,88	
(+) Repasses Previdenciários - RPPS							
(-) Despesas não Computadas							
TOTAL	606.424.871,73	721.780.911,53	904.586.811,02	978.903.560,22	1.242.561.374,12	1.467.648.361,88	

Fonte: SIOPS, 2015.

APÊNDICE N– Despesas correntes e de capital empenhadas atualizadas para o ano de 2014.

Elementos de Despesas	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
DESPESAS CORRENTES	240.999.853,86	280.775.591,75	363.036.025,50	511.965.041,33	595.107.957,56	679.921.717,94	753.470.896,08
Pessoal e Encargos Sociais	163.475.977,65	176.846.895,93	225.462.404,17	244.850.731,54	340.668.094,94	346.449.990,94	369.498.902,27
Material de Consumo	10.790.292,61	15.803.248,57	58.131.315,13	74.004.418,14	54.230.011,42	57.191.359,11	65.228.000,89
Serviços de Terceiros	23.948.132,65	27.160.506,52	35.218.592,56	126.733.653,78	142.297.945,48	155.007.533,59	194.022.777,39
DESPESAS DE CAPITAL	90.885.861,08	42.973.828,93	34.831.604,23	32.040.376,65	15.147.339,16	13.520.978,89	22.822.854,57
INVESTIMENTOS	90.879.689,34	42.560.819,33	34.831.604,23	32.040.376,65	15.147.339,16	13.520.978,89	22.393.915,52
Obras e Instalações	24.976.757,64	26.658.198,41	24.483.286,19	13.465.279,08	1.743.162,68	2.370.918,01	3.789.088,79
Equipamentos e Material Permanente	10.375.952,50	4.610.918,34	9.880.026,22	14.292.057,70	10.218.520,01	7.371.133,33	11.541.360,18
INVERSÕES FINANCEIRAS	6.171,74	413.009,60	-	-	-	-	428.939,06
TOTAL	331.885.714,94	323.749.420,68	397.867.629,73	544.005.417,98	610.255.296,72	693.442.696,83	776.293.750,66
(+) Repasses Previdenciários - RPPS	-	-	-	7.025.955,89	20.198.205,41	-	-
(-) Despesas não computadas	-	5.500.756,99	5.760.359,97	7.427.066,27	7.927.306,96	5.331.018,63	-
TOTAL	331.885.714,94	318.248.663,69	392.107.269,75	543.604.307,60	622.526.195,17	688.111.678,20	776.293.750,66
Fator de Correção de Valores para o Ano de 2014 (IPCA-E)	2,0572450	1,8255208	1,7040203	1,6020686	1,5555907	1,4957462	1,4039869
Elementos de Despesas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
DESPESAS CORRENTES	806.472.788,89	891.881.865,20	1.075.852.682,34	1.088.733.812,43	1.301.074.143,29	1.401.307.772,48	
Pessoal e Encargos Sociais	436.302.795,27	508.392.563,89	645.419.103,78	645.054.901,82	822.459.521,05	799.082.455,40	
Material de Consumo	61.506.421,12	64.791.406,46	46.926.810,10	32.420.299,83	63.881.283,17	120.668.838,86	
Serviços de Terceiros	221.917.358,22	195.159.807,85	234.761.673,22	290.385.912,83	244.456.858,02	252.090.539,72	
DESPESAS DE CAPITAL	11.458.645,19	31.177.181,01	8.415.915,76	21.974.707,11	31.691.098,04	66.340.589,40	
INVESTIMENTOS	11.458.645,19	31.177.181,01	8.415.915,76	21.974.707,11	31.691.098,04	66.340.589,40	
Obras e Instalações	786.632,66	228.837,40	618.014,24	665.908,22	5.337.206,40	33.942.726,78	
Equipamentos e Material Permanente	9.953.997,83	21.028.244,83	5.418.808,93	18.077.113,27	22.932.803,70	26.739.686,42	
INVERSÕES FINANCEIRAS	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	817.931.434,08	923.059.046,22	1.084.268.598,10	1.110.708.519,54	1.332.765.241,33	1.467.648.361,88	
(+) Repasses Previdenciários - RPPS	-	-	-	-	-	-	
(-) Despesas não computadas	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	817.931.434,08	923.059.046,22	1.084.268.598,10	1.110.708.519,54	1.332.765.241,33	1.467.648.361,88	
Fator de Correção de Valores para o Ano de 2014 (IPCA-E)	1,3487762	1,2788632	1,1986341	1,1346455	1,0725951		

Fonte: SIOPS e Banco Central, 2015.

APÊNDICE O – Percentual de evolução da despesa total em saúde e da receita total dos estados, 2003 a 2014.

UF	Despesa Total em Saúde			Receita Total			Participação Relativa das Despesas em Saúde nas Receitas Totais 2002	Participação Relativa das Despesas em Saúde nas Receitas Totais 2014
	2002	2014	% Evolução	2002	2014	% Evolução		
Rondônia	256.250.937,11	869.206.793,25	239,20	2.890.856.411,70	6.958.816.481,54	140,72	8,86	12,49
Acre	310.780.310,11	854.941.985,63	175,10	2.386.660.970,92	5.707.375.043,34	139,14	13,02	14,98
Amazonas	1.499.926.638,94	2.621.719.287,59	74,79	7.257.202.515,56	15.545.754.828,71	114,21	20,67	16,86
Roraima	151.920.796,08	369.357.522,53	143,13	1.630.264.148,89	3.245.610.655,42	99,08	9,32	11,38
Pará	899.116.058,55	2.074.042.658,81	130,68	7.937.982.783,33	17.545.883.217,23	121,04	11,33	11,82
Amapá	262.067.647,07	617.979.800,59	135,81	1.972.771.645,28	4.055.944.596,53	105,60	13,28	15,24
Tocantins	326.221.820,23	1.467.648.361,88	349,89	3.890.746.283,93	8.012.926.133,50	105,95	8,38	18,32
Maranhão	588.152.547,15	1.894.215.906,11	222,06	6.989.833.392,59	13.148.306.364,27	88,11	8,41	14,41
Piauí	294.303.749,22	996.868.595,41	238,72	3.306.096.170,09	7.158.784.296,57	116,53	8,90	13,93
Ceará	1.174.899.400,67	2.741.277.498,57	133,32	10.091.811.933,05	18.976.811.470,57	88,04	11,64	14,45
Rio Grande do Norte	559.240.263,55	1.317.901.655,17	135,66	4.955.972.819,56	10.119.963.143,08	104,20	11,28	13,02
Paraíba	680.605.889,82	1.140.583.118,01	67,58	4.982.351.658,13	9.356.745.433,73	87,80	13,66	12,19
Pernambuco	1.434.226.998,62	4.386.672.184,09	205,86	10.884.348.613,24	28.631.074.987,90	163,05	13,18	15,32
Alagoas	449.225.429,31	928.227.792,12	106,63	4.486.702.252,67	7.850.209.799,24	74,97	10,01	11,82
Sergipe	305.241.504,17	922.846.025,40	202,33	4.206.751.232,90	7.508.882.100,56	78,50	7,26	12,29
Bahia	1.560.802.439,43	4.473.005.551,32	186,58	20.302.542.523,25	37.457.972.559,36	84,50	7,69	11,94
Minas Gerais	2.286.535.432,76	5.852.262.489,21	155,94	31.898.090.256,22	73.347.436.267,16	129,94	7,17	7,98
Espírito Santo	591.185.398,35	2.358.313.630,52	298,91	5.869.235.688,28	15.003.851.036,46	155,64	10,07	15,72
Rio de Janeiro	1.853.137.889,95	5.153.461.332,38	178,09	39.509.138.280,15	75.790.987.905,20	91,83	4,69	6,80
São Paulo	9.247.482.639,49	20.123.428.249,79	117,61	98.390.007.173,10	209.486.514.330,74	112,91	9,40	9,61
Paraná	1.559.914.646,29	4.045.044.704,75	159,31	20.445.246.702,97	35.761.689.083,00	74,91	7,63	11,31
Santa Catarina	1.117.237.947,02	2.640.758.197,94	136,36	14.369.271.150,01	21.612.110.504,27	50,41	7,78	12,22
Rio Grande do Sul	892.390.434,75	4.136.732.952,16	363,56	24.873.601.950,42	50.408.781.570,65	102,66	3,59	8,21
Mato Grosso do Sul	397.418.476,94	1.041.536.994,74	162,08	5.278.504.933,99	12.893.411.150,16	144,26	7,53	8,08
Mato Grosso	432.521.875,94	1.259.157.723,56	191,12	5.624.690.109,31	14.370.163.490,83	155,48	7,69	8,76
Goiás	921.694.578,12	1.890.287.720,27	105,09	9.132.528.839,11	15.190.004.136,11	66,33	10,09	12,44
Distrito Federal	2.051.152.563,57	3.186.492.683,27	55,35	14.125.890.584,45	15.982.406.785,17	13,14	14,52	19,94
Total	32.103.654.313,19	79.363.971.415,07	147,21	367.689.101.023,12	741.128.417.371,30	101,56	8,73	10,71

Fonte: SIOPS, 2015.

Nota:

1 - Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.