TEXTO PARA DISCUSSÃO

2439

CONSOLIDAÇÃO DO GASTO COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: TRAJETÓRIA E PERCALÇOS NO PERÍODO DE 2003 A 2017

Sergio Francisco Piola
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
Fabiola Sulpino Vieira

ipea

2439
TEXTO PARA DISCUSSÃO
Rio de Janeiro, dezembro de 2018

CONSOLIDAÇÃO DO GASTO COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: TRAJETÓRIA E PERCALÇOS NO PERÍODO DE 2003 A 2017

Sergio Francisco Piola[1]
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides[2]
Fabiola Sulpino Vieira[3]

1. Especialista em saúde pública; e bolsista profissional sênior na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea no projeto Acompanhamento e Análise da Política de Saúde. *E-mail*: <sergiofpiola@gmail.com>.
2. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea.
E-mail: <rodrigo.benevides@ipea.gov.br>.
3. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea.
E-mail: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.

Governo Federal

Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
Ministro Esteves Pedro Colnago Junior

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Ernesto Lozardo

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Rogério Boueri Miranda

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
Alexandre de Ávila Gomide

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Constantino Cronemberger Mendes

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura
Fabiano Mezadre Pompermayer

Diretora de Estudos e Políticas Sociais
Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais
Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação
Mylena Pinheiro Fiori

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria
URL: http://www.ipea.gov.br

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1.Brasil. 2.Aspectos Econômicos. 3.Aspectos Sociais. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

JEL: H51; I180.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 7

2 METODOLOGIA E FONTES CONSULTADAS 9

3 EVOLUÇÃO DO GASTO DAS TRÊS ESFERAS COM ASPS 13

4 O GASTO PÚBLICO EM ASPS POR REGIÃO 17

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 25

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 32

REFERÊNCIAS 33

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR 36

APÊNDICE – CÁLCULO DA VARIAÇÃO MÉDIA ANUAL DO IPCA/IBGE PARA ATUALIZAÇÃO DE VALORES APURADOS ANUALMENTE 37

SINOPSE

Este texto apresenta uma consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) das três esferas de governo no período de 2003 a 2017. O objetivo principal, além de analisar a evolução do gasto desde a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, é demonstrar a sua distribuição segundo as Grandes Regiões geográficas, utilizando-se, para tanto, dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e informações fornecidas pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do Ministério da Saúde (MS) para a regionalização dos recursos federais destinados para ASPS. Verificou-se que a vinculação do gasto com saúde ao crescimento do produto interno bruto (PIB), no caso da União, e às receitas, no caso dos estados e municípios, aumentou o volume de recursos aplicados pelas três esferas, mas esse aumento foi insuficiente para diminuir de forma mais significativa as desigualdades regionais, uma vez que não foram implementadas as alterações necessárias nos critérios de alocação dos recursos transferidos pelo MS, de forma a atender aos objetivos definidos pela EC nº 29 e pela Lei Complementar (LC) nº 141/2012, no tocante à alocação dos recursos pela União. Constatou-se, por fim, queda nas aplicações em 2015 e 2016, situação que só foi temporariamente contemporizada mediante a antecipação, para 2017, da vinculação de 15% das receitas correntes líquidas (RCL) como piso do gasto federal com ASPS.

Palavras-chave: financiamento da saúde; gasto com saúde; finanças públicas; saúde pública.

ABSTRACT

This text presents a consolidation of Brazilian public health spending (ASPS) of the three spheres of government in the period 2003 to 2017. The main objective, besides analyzing the evolution of expenditure since the approval of the Constitutional Amendment 29 in 2000 (CA 29), is to demonstrate the expenditure distribution by geographic regions. We used public health spending data from Information System on Public Budgets in Health, and data available by the Ministry of Health (MoH) about federal health spending by states for the regionalization of the federal resources to ASPS. We have found that there was increasing of the binding resources to health by the three spheres. However, this increase was insufficient to reduce regional inequalities more significantly, since the necessary changes in the allocation criteria of the resources transferred by the MoH were not implemented, in order to meet the objectives defined by EC 29 and the law 141/2012 with regard to the allocation of the resources by the

Union. Finally, we observed a fall in the applications in the years 2015 and 2016, a situation that was only temporarily temporized in 2017, because the final percentage of 15% of Net Current Revenue as the federal minimum spending on health was anticipated with the approval of the Constitutional Amendment 95 in 2016.

Keywords: health financing; health expenditure; public finance; public health.

1 INTRODUÇÃO

A partir do ano 2000, o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser efetivamente compartilhado por todas as Unidades da Federação (UFs) brasileiras como consequência da aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29. Nesta foi estabelecido um piso para a participação de União, estados, Distrito Federal e municípios. O piso dos estados corresponde a 12% da receita de impostos[1] e das transferências constitucionais da União, deduzidas as parcelas transferidas aos municípios. No caso destes, o piso corresponde a 15% da receita dos impostos específicos desses entes,[2] mais as transferências constitucionais recebidas da União e dos estados. O do Distrito Federal, por sua vez, equivale a 12% e 15% aplicados, respectivamente, sobre as transferências constitucionais e a receita de impostos de competência estadual ou municipal (Vieira e Benevides, 2016).

Em 2000, a porcentagem mínima a ser aplicada por estados e municípios foi fixada em 7% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais, devendo a diferença em relação às porcentagens determinadas na EC nº 29 ser reduzida até 2004 na razão de um quinto por ano (Ipea, 2007; Conass, 2007). Em relação à União, a vinculação de recursos para o SUS foi atrelada ao crescimento nominal do produto interno bruto (PIB) a partir de uma base inicial no ano 2000, correspondente ao valor executado em 1999, acrescido de 5%. A partir de 2001, o valor mínimo para a União passou a ser o executado pelo Ministério da Saúde (MS) em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) no ano imediatamente anterior, corrigido pela variação nominal do PIB entre os dois anos precedentes.

Mesmo com todas as "perdas" de recursos decorrentes de diversos expedientes utilizados pelas três esferas de governo (Servo *et al.*, 2011) e que se prolongaram em função da demora para a regulamentação da EC nº 29, o que veio a acontecer somente em 2012 por meio da Lei Complementar (LC) nº 141, ou seja, doze anos

1. Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) incidente sobre os rendimentos do trabalho dos servidores públicos estaduais.
2. Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto Territorial Rural (ITR), Imposto de Transmissão de Bens Imóveis Intervivos (ITBI) e Imposto sobre Serviços de qualquer natureza (ISS) e IRRF incidente sobre os rendimentos do trabalho dos servidores públicos municipais.

após a sua aprovação, estudos demonstraram que a EC proporcionou crescimento real significativo dos recursos alocados pelas três esferas de governo para o financiamento do SUS e aumentou a participação relativa de estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do sistema público de saúde (Piola *et al.*, 2013).

Apesar de ter havido, como dito anteriormente, crescimento real de recursos para o SUS por parte das três esferas de governo, o esforço, medido em relação ao PIB, como veremos mais à frente, foi menor da parte da União. Não foi por outro motivo que a EC nº 86, de março de 2015, alterou a regra de vinculação de recursos da União para o SUS definida pela EC nº 29 e passou a se basear em porcentagens crescentes da receita corrente líquida (RCL).[3] A nova forma de vinculação teve vigência de apenas um ano (2016), e foi atropelada pela aprovação do Novo Regime Fiscal (EC nº 95/2016), que congelou as despesas primárias da União até 2036, por vinte anos, e definiu o piso da participação federal do SUS de acordo com novos parâmetros, como se verá mais adiante. Essa medida deve diminuir ainda mais a participação da União no financiamento do SUS, aprofundando os problemas de financiamento, inclusive colocando em risco o atendimento dos preceitos constitucionais do sistema (Vieira e Benevides, 2016). A atual crise fiscal dos governos estaduais e municipais é um agravante para a situação de subfinanciamento do sistema, uma vez que é bastante improvável que consigam aumentar sua participação no financiamento do SUS de forma a compensar os recursos que deixarão de ser aplicados pela União. Além de já aplicarem, em conjunto, porcentagens muito superiores ao mínimo constitucional – em 2017, os municípios aplicaram 24,2% de suas receitas próprias, e os estados, 13,5% –, a atual crise econômica vem afetando de forma severa suas finanças.[4]

Analisar o financiamento compartilhado do SUS a partir de 2003, com especial ênfase nos últimos anos de crise e nas alterações nas regras de aplicação de recursos pela União, é um dos objetivos deste estudo. Um outro aspecto – este menos explorado –

3. A EC nº 86, de março de 2015, vinculou ao financiamento do SUS porcentagens crescentes da RCL da União, a partir de 13,2% em 2016, até chegar em 15% em 2020 (13,7% em 2017, 14,1% em 2018 e 14,5% em 2019). Na época, o desejo do Movimento Saúde + 10 era a vinculação de 10% da receita corrente bruta (RCB) como piso da participação federal no financiamento do SUS.

4. As porcentagens referidas são de despesa empenhada, conforme determina a EC nº 29/2000, no entanto, ainda não há acompanhamento mais efetivo da liquidação de restos a pagar (RPs) empenhados, o que só foi determinado pela LC nº 141/2012.

diz respeito à análise do financiamento do SUS por Grande Região e esfera de governo, com o intuito de verificar a distribuição do gasto público das três esferas e avaliar se está havendo ou não alterações nas desigualdades regionais na alocação dos recursos públicos para a saúde.

O texto está estruturado em seis seções, sendo a primeira esta breve introdução. A segunda é destinada à apresentação da metodologia e das fontes consultadas. A terceira apresenta a evolução do gasto público em ASPS no Brasil, no período de 2003 a 2017. A quarta seção, objeto principal do texto, mostra e discute a alocação regional de gastos públicos em saúde, no período de 2003 a 2017, com o intuito de analisar se o incremento na disponibilidade de recursos trouxe mudanças significativas nas posições relativas das Grandes Regiões e esferas de governo na alocação dos recursos públicos para a saúde. A quinta seção apresenta a discussão dos resultados, e a sexta, as considerações finais.

2 METODOLOGIA E FONTES CONSULTADAS

Na consolidação do gasto público com saúde das três esferas de governo, foi utilizado o conceito de gasto com ASPS conforme definido na quinta, sexta e sétima diretrizes da Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esse conceito, com pequenas alterações, foi referendado pela LC nº 141/2012, que regulamentou a EC nº 29/2000, em seus arts. 2º e 3º.[5]

Na quantificação e regionalização dos gastos federais foram utilizados dados de execução orçamentária fornecidos pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do MS, tendo como base as despesas empenhadas. Para os anos de 2015 a 2017 excluímos as despesas destinadas à compensação dos RPs cancelados no ano anterior, identificadas pelas modalidades de aplicação 35, 45, 73, 75 e 95, conforme previsto nos §§ 1º e 2º do art. 24 da LC nº 141/2012. A planilha disponibilizada pela SPO/MS com o gasto regionalizado entre 2006 e 2017, entretanto, não efetuou esse desconto nos valores das execuções orçamentárias dos anos de 2015 a 2017 (respectivamente R$ 405 milhões, R$ 483 milhões e R$ 559 milhões), embora tenha adotado esse procedimento

5. O art. 4º da LC nº 141/2012, por sua vez, define o que não se constituirá em ASPS para fins de apuração do cumprimento do piso mínimo de recursos de que trata a respectiva LC.

para o exercício de 2014 (R$ 344,7 milhões), divergindo também do valor informado pelo governo federal no anexo 12 do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) publicado no *site* da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF). Para cálculo do gasto federal adotamos a mesma metodologia do RREO, que desde 2013 desconta as despesas empenhadas em ASPS para compensação de RPs cancelados no ano anterior.

O conceito de ASPS utilizado pelo MS entre 2003 e 2012 exclui, do total de despesas executadas pelo órgão, as destinadas ao pagamento de inativos e pensionistas (ações 0181 e 0536), juros e amortização das dívidas interna e externa (grupos de natureza da despesa – GND 2 e 6), e as financiadas com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (fontes 145, 179, 379 e 979), que, em alguns anos serviram de fonte para despesas do MS.[6] A partir de 2013, com o início da vigência da LC nº 141, passaram a ser excluídas, além dessas despesas e daquelas apontadas no parágrafo anterior, destinadas à compensação de RPs cancelados, as seguintes:

- Assistência médica de servidores do MS: ação 2004.
- Saneamento: ações 10GD, 10GE, 20AG, 20Q8 e 7X28, esta última criada em 2017.
- Resíduos sólidos: ações 10GG e 20AM.
- Programa Academias da Saúde: ações 20YL e 217U, esta última para custeio, criada em 2017.
- Copagamento do Programa Farmácia Popular: ação 20YS.
- Saúde suplementar: unidade orçamentária 36.213 – Agência Nacional de Saúde.
- Contribuições a agências internacionais: ações 00NJ e 00NK em todo o período, 0220 em 2016 e 2017, e 00Q8 e 00QB em 2017.
- Participação da União no capital social da Empresa Brasileira de Hemoderivados (Hemobrás): a despesa da ação 09LP foi considerada ASPS até 2016, e em 2017 foi excluída.

6. Apesar de a Resolução nº 322/2003 do CNS prever a exclusão das despesas com saúde direcionadas para clientelas fechadas, no período de 2003 a 2012 as despesas com assistência médica dos servidores do MS (ação 2004) não eram excluídas do gasto total com ASPS calculado pelo MS; o valor empenhado nessa ação em 2012 foi de R$ 342,8 milhões.

- Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF – financiamento partilhado): a despesa da ação 20G8 foi considerada ASPS até 2016, e em 2017 foi excluída.
- Despesas que têm como fonte operações de crédito: fonte 148.
- Auxílio-moradia para servidores do MS: ação 216H, que só existe a partir de 2016.
- Despesas da fonte 142: compensação financeira pela exploração de petróleo ou gás natural.

Para se ter uma ideia do peso dessas exclusões, em 2017 o gasto total do MS foi de R$ 126,9 bilhões, e, com as exclusões listadas, o valor apurado de despesas em ASPS do MS é de R$ 114,7 bilhões.

No tocante aos estados, Distrito Federal e municípios, os dados utilizados foram extraídos do *site* do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Este é constituído por dados informados pelos entes da Federação, e foi criado em 2000 com o objetivo de acompanhar o gasto das três esferas de governo com ASPS. Foram utilizados os dados da despesa estadual e municipal com recursos próprios, retirados da base de indicadores do SIOPS,[7] considerando os recursos empenhados. A partir de 2013, o SIOPS passou a excluir as despesas empenhadas e inscritas em RPs que não tinham disponibilidade financeira no fundo de saúde em 31 de dezembro. Os dados municipais foram consolidados por Unidade da Federação (UF) e têm uma cobertura muito boa: em média mais de 99% do total de municípios informou os dados ao SIOPS entre 2003 e 2017, sendo que o ano com menor porcentagem é 2004, com 97,3%.

Os gastos das três esferas com ASPS foram consolidados por UF e os valores foram, posteriormente, agregados pelas cinco Grandes Regiões. O conceito de recursos próprios, para estados e municípios, corresponde às receitas de impostos mais as transferências constitucionais e legais previstas na EC nº 29, e não inclui as despesas financiadas com recursos transferidos por outras esferas de governo. Em cada UF foram consolidadas as despesas executadas pelo governo estadual com recursos próprios, as executadas pelo conjunto dos governos municipais da UF com recursos próprios, e os

7. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/indicadores>.

alocados pelo MS na UF, seja por meio de transferências para os governos estaduais e municipais, seja por meio de aplicação direta do MS na UF.

Em relação aos dispêndios federais, nem toda despesa do MS com ASPS pode ser regionalizada. De 2004 a 2011, por exemplo, o valor não regionalizado representa em torno de 30% do gasto do MS com ASPS. De 2012 em diante, particularmente em 2013, 2015, 2016 e 2017, o gasto não regionalizado alcançou porcentagens superiores, entre 38,2% e 39,3%, ou seja, nos últimos anos cerca de 62% do gasto federal com ASPS pôde ser regionalizado. A despesa com ASPS que fica sob a rubrica nacional corresponde, entre outros itens, a gastos com pessoal ativo (cerca de 20% do total); despesas com medicamentos (cerca de um terço do total) que incluem as aquisições centralizadas dos componentes estratégico e especializado da assistência farmacêutica para posterior distribuição pelo MS a estados e municípios; e os gastos com o Farmácia Popular. O Programa Mais Médicos, a saúde indígena e alguns procedimentos selecionados do bloco de financiamento de Média e Alta Complexidade (MAC) também fazem parte da lista.

A distribuição regional (por UF) dos gastos diretos e das transferências do MS está baseada em dados fornecidos pela SPO/MS.

Para calcular o crescimento real dos gastos, os valores foram corrigidos para preços médios de 2017, utilizando-se a variação média anual do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conforme metodologia descrita no apêndice.

Neste texto foram regionalizadas despesas que variaram de 85%, em 2004, a 84,5%, em 2017, do gasto total das três esferas com ASPS. O resíduo, não regionalizado, refere-se, como dito anteriormente, aos gastos do MS realizados com registro centralizado.

Para avaliar se a vinculação de recursos para a saúde provocou alguma diminuição das desigualdades regionais no gasto, utilizou-se como indicador a evolução da variação percentual do gasto público *per capita* das três esferas com ASPS, em cada região, em relação ao valor *per capita* médio nacional. Na avaliação do comportamento das variações foram tomados como base os anos de 2004 e 2017. Para esta análise, o ano

inicial considerado foi 2004, uma vez que em 2003 houve uma mudança no registro das despesas federais com pessoal ativo, que passaram a ser registradas de forma centralizada. Procedimento idêntico de comparação da variação percentual do valor regional em relação à média nacional foi realizado com as alocações dos recursos federais.

3 EVOLUÇÃO DO GASTO DAS TRÊS ESFERAS COM ASPS

Entre 2003 e 2014, houve crescimento real contínuo da despesa das três esferas de governo com ASPS. A descontinuidade aparece em 2015 e 2016, quando ocorre redução real do gasto total das três instâncias (tabela 1). Mesmo assim, em valores constantes, o gasto total das três esferas mais que dobrou entre 2003 e 2017 (crescimento de 120%). Isoladamente, o gasto federal apresentou um crescimento de 89%; o estadual de 130%; e o municipal de 169%. O total de recursos adicionais aportado pelas instâncias de governo – quando comparado o ano de 2003 ao de 2017 – é bastante significativo (em reais de 2017): União, R$ 54,1 bilhões; estados, R$ 38,6 bilhões; e municípios, R$ 51,8 bilhões.

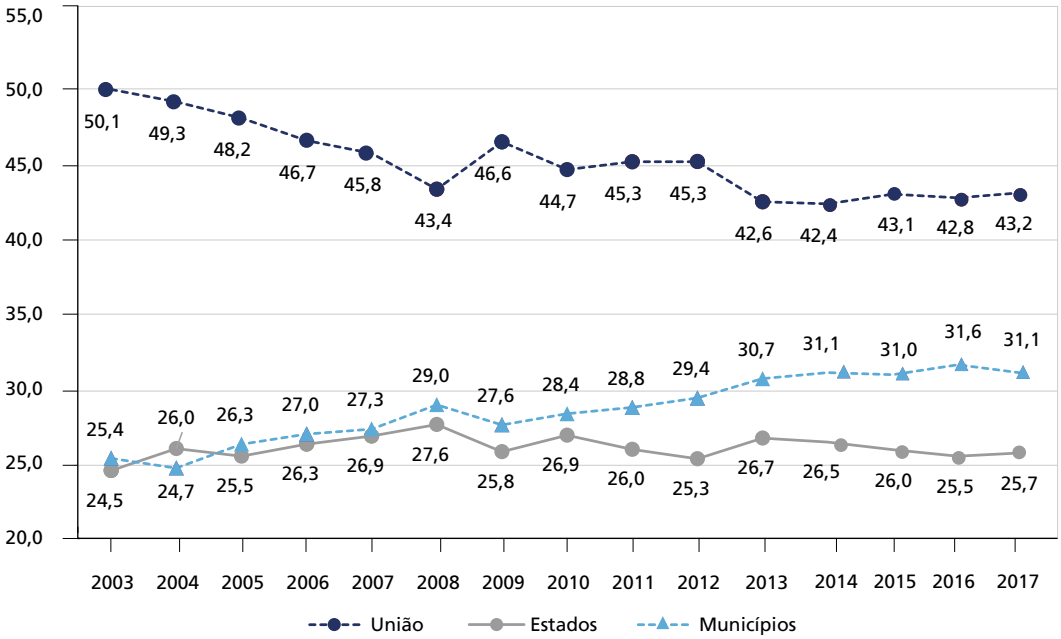
TABELA 1
Gasto das três esferas de governo com ASPS (2003-2017)

Ano	**Total (R$ bilhões de 2017)**	União		Estados		Municípios	
		R$ bilhões de 2017	% do total	R$ bilhões de 2017	% do total	R$ bilhões de 2017	% do total
2003	**121,0**	60,6	50,1	29,7	24,5	30,7	25,4
2004	**138,8**	68,4	49,3	36,1	26,0	34,3	24,7
2005	**150,9**	72,7	48,2	38,5	25,5	39,7	26,3
2006	**164,0**	76,5	46,7	43,2	26,3	44,3	27,0
2007	**175,3**	80,3	45,8	47,1	26,9	47,9	27,3
2008	**192,3**	83,5	43,4	53,1	27,6	55,7	29,0
2009	**204,5**	95,3	46,6	52,8	25,8	56,5	27,6
2010	**215,7**	96,5	44,7	58,1	26,9	61,2	28,4
2011	**233,4**	105,6	45,3	60,6	26,0	67,2	28,8
2012	**245,0**	110,9	45,3	62,1	25,3	72,1	29,4
2013	**254,4**	108,3	42,6	68,0	26,7	78,1	30,7
2014	**265,6**	112,7	42,4	70,3	26,5	82,6	31,1
2015	**262,3**	113,0	43,1	68,1	26,0	81,2	31,0
2016	**256,6**	109,9	42,8	65,5	25,5	81,2	31,6
2017	**265,6**	114,7	43,2	68,3	25,7	82,5	31,1

Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.
Elaboração dos autores.

O aumento na alocação de recursos próprios de estados e municípios no financiamento do SUS provocou, como era de se esperar, alterações na participação relativa de cada um dos entes federativos. No período, a participação da União diminuiu de 50,1% em 2003 para 43,2% em 2017; a de estados aumentou de 24,5% para 25,7%; e a dos municípios de 25,4% para 31,1% (gráfico 1).

GRÁFICO 1
Distribuição do gasto com ASPS entre as três esferas de governo (2003-2017)
(Em % do total)



Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.
Elaboração dos autores.

A evolução do gasto público total com ASPS também pode ser analisada com base no comportamento do gasto *per capita* e em percentual do PIB (tabela 2).

O gasto total aumentou 0,89 pontos percentuais (p.p.) do PIB entre 2003 e 2017, alcançando 4,05% em 2017. Observa-se que, mesmo com a diminuição dos gastos totais em 2015 e 2016, o gasto como proporção do PIB aumentou nesses anos, pois, em valores nominais, o crescimento do PIB foi inferior ao do gasto com ASPS. No entanto, o gasto total em valores *per capita*, que cresceu até 2014, apresenta queda de 5,0% em 2016 em relação a 2014.

TABELA 2
Gasto das três esferas de governo com ASPS

Ano	% do PIB	ASPS em R$ 2017 por habitante
2003	3,16	670
2004	3,39	759
2005	3,55	815
2006	3,62	875
2007	3,55	925
2008	3,61	1.004
2009	3,75	1.057
2010	3,57	1.103
2011	3,65	1.182
2012	3,67	1.230
2013	3,66	1.266
2014	3,75	1.310
2015	3,89	1.283
2016	3,96	1.245
2017	4,05	1.279

Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.

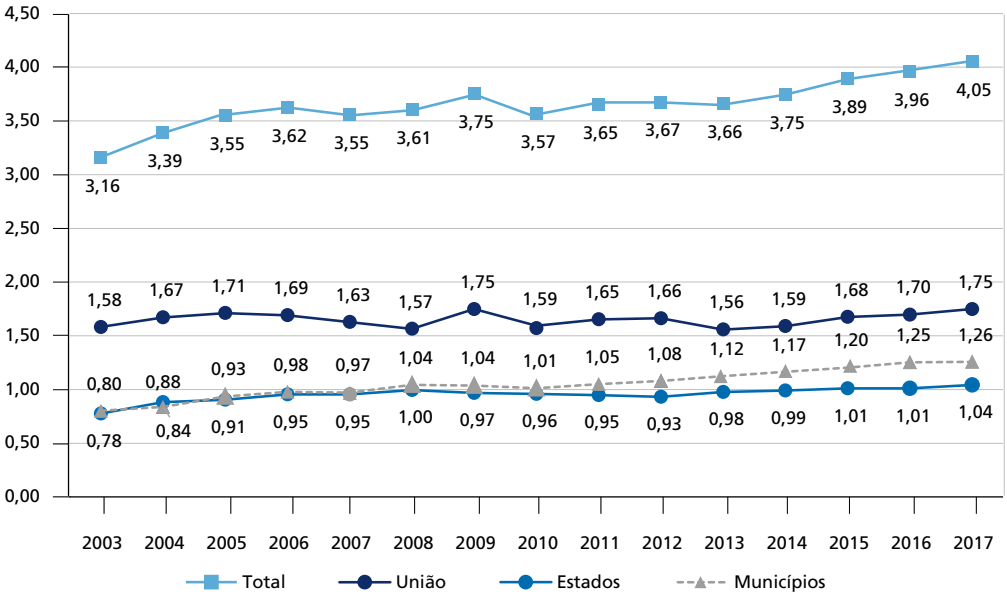
Quando analisamos a evolução do gasto em ASPS como proporção do PIB fica evidente o maior esforço dos municípios, com um incremento de 0,46 p.p. do PIB (gráfico 2). Já a participação da União é mais estável, situando-se na faixa de 1,6% a 1,7% do PIB na maioria dos anos. Os estados apresentaram crescimento de 0,27 p.p. no período.

A evolução do gasto *per capita* com ASPS das três esferas de governo é demonstrada no gráfico 3. Verifica-se um crescimento continuado até 2014; queda em 2015 e 2016; e ligeira recuperação em 2017. A queda de 2016 em relação a 2014 foi maior no aporte dos estados (-8,4%) e menor no da União (-4,1%) e dos municípios (-3,3%).

Em 2017, foi registrado crescimento real de 2,7% no gasto *per capita* total (de R$ 1.245 em 2016 para R$ 1.279 em 2017), menor para o conjunto dos governos municipais (0,9%) e maior para os estaduais (3,6%) e federal (3,6%). O crescimento da despesa do governo federal decorreu da mudança do piso de aplicações, cujo congelamento de gastos com ASPS foi adiado para 2018 no âmbito das negociações para aprovação da EC nº 95/2016 na Câmara dos Deputados, tendo sido definido que, para 2017, a aplicação mínima deveria corresponder a 15% da RCL daquele exercício.[8]

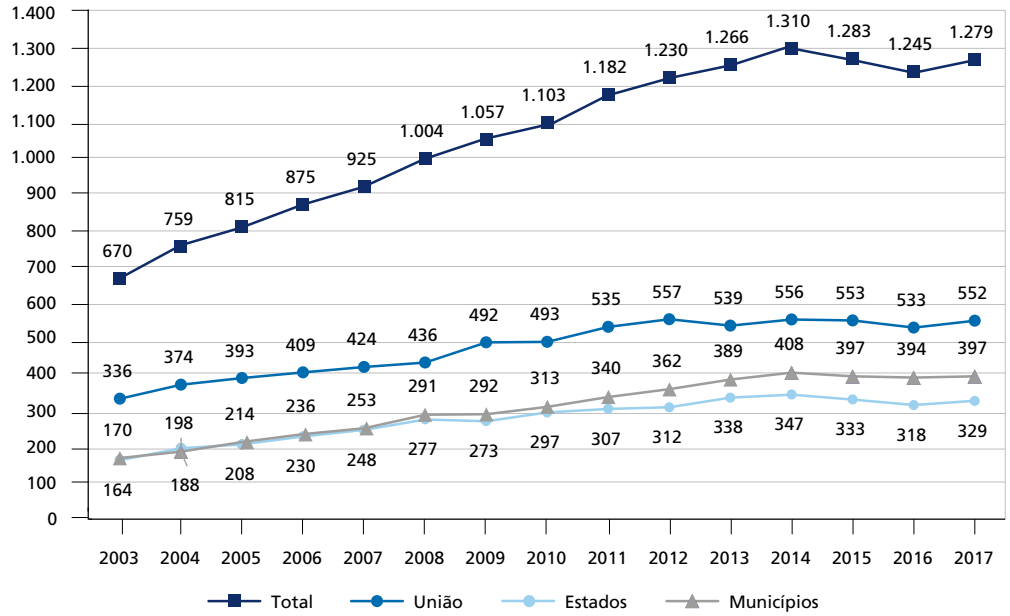
8. Quando da aprovação da EC nº 95/2016, estava em vigência o disposto na EC nº 86/2015 para o estabelecimento do piso da aplicação do governo federal em ASPS, ou seja, para 2017 esse piso deveria ser equivalente a 13,2% da RCL, o que significaria, se mantido, um valor inferior ao executado em 2016.

GRÁFICO 2
Evolução do gasto das três esferas de governo com ASPS (2003-2017)
(Em % do PIB)



Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.
Elaboração dos autores.

GRÁFICO 3
Gasto das três esferas de governo em ASPS, em valores *per capita* (2003-2017)
(Em R$ de 2017)



Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.
Elaboração dos autores.

4 O GASTO PÚBLICO EM ASPS POR REGIÃO

Esta seção apresenta a consolidação do gasto público com ASPS, por região, em valores *per capita*, no período de 2003 a 2017. A consolidação, como dito na metodologia, compreende o gasto estadual e municipal com recursos próprios, acrescido dos gastos federais regionalizáveis. Em 2017, por exemplo, de um total de R$ 114,7 bilhões de gasto do MS com ASPS, R$ 43,8 bilhões foram aplicações diretas, incluindo despesas com pessoal. Os recursos regionalizados (R$ 70,9 bilhões), cerca de 62% do gasto do MS naquele ano, correspondem às transferências para estados, Distrito Federal e municípios e às despesas das unidades hospitalares vinculadas ao MS nos estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul.[9] Desta forma, os valores aqui regionalizados não representam o gasto total com ASPS das três esferas, mas um pouco menos. Para exemplificar, o gasto total das três esferas em 2017 somou R$ 265,6 bilhões; deste total, as informações existentes permitiram regionalizar R$ 221,7 bilhões, ou seja, 83,5% do gasto total.

4.1 Gasto público total com ASPS, por habitante e região

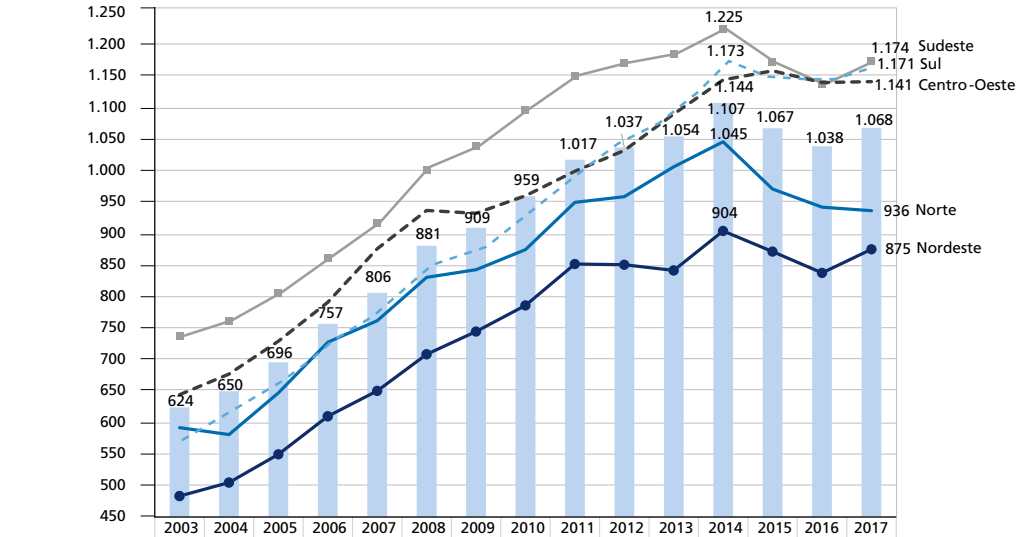
O gasto público total com ASPS cresceu, em valores *per capita*, em todas as regiões no período de 2003 a 2014, e apresentou queda em 2015 e 2016 (gráfico 4).

Observa-se, também, que as regiões Sudeste e Centro-Oeste, na maior parte dos anos, são as que apresentam os maiores valores *per capita*, acima da média nacional. Por sua vez, a região Nordeste é, em todo o período, a que apresenta o menor gasto *per capita* em ASPS no valor agregado das três esferas de governo.

De 2004 a 2017, os crescimentos acumulados da despesa *per capita* foram de 61,2% no Norte, 73,3% no Nordeste, 54,1% no Sudeste, 87,1% no Sul, 68,6% no Centro-Oeste e 64,4% na média do Brasil. No período de 2014 a 2016, em que houve queda no valor *per capita*, a média do Brasil caiu 6,2% e, entre as regiões, a que sofreu maior queda foi a Norte (-9,9%).

9. No Rio de Janeiro, os seis hospitais federais e os três institutos especializados (Instituto Nacional do Câncer – INCA; Instituto Nacional de Cardiologia – INC; e Instituto Nacional de Traumato-Ortopedia – INTO), e no Rio Grande do Sul o Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

GRÁFICO 4
Gasto público total em ASPS por habitante e Grandes Regiões (2003-2017)
(Em R$ de 2017)



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Média nacional	624	650	696	757	806	881	909	959	1.017	1.037	1.054	1.107	1.067	1.038	1.068
Norte	592	581	647	727	762	830	842	874	949	958	1.006	1.045	971	942	936
Nordeste	483	505	550	610	650	708	744	786	851	850	841	904	871	837	875
Sudeste	737	762	806	862	917	1.005	1.038	1.096	1.151	1.171	1.185	1.225	1.171	1.137	1.174
Sul	574	626	666	732	771	851	877	941	994	1.053	1.092	1.173	1.148	1.144	1.171
Centro-Oeste	644	677	729	791	876	937	932	960	999	1.032	1.090	1.144	1.158	1.139	1.141

Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.
Elaboração dos autores.
Obs.: O gasto "nacional" se refere à parcela da despesa federal que não pôde ser regionalizada.

4.2 O gasto federal regionalizado

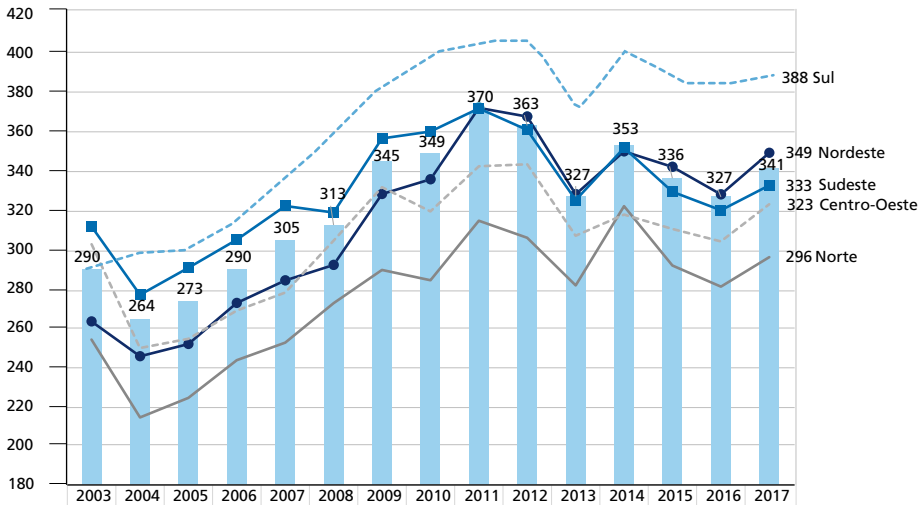
Qual tem sido o papel das alocações federais nessa trajetória? Como está explicitado no inciso II, § 3º, do art. 198 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e recolocado no art. 17 da LC nº 141/2012, a distribuição das transferências federais entre as UFs deve obedecer a critérios de rateio que objetivem a progressiva redução das disparidades regionais.[10] Desta forma, é importante verificar o comportamento da distribuição regional dos dispêndios federais originários do MS.[11]

10. O inciso II do § 3º do art. 198 estabelece: "os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados aos seus respectivos municípios, *objetivando a progressiva redução das disparidades regionais*" (Brasil, 2000, grifo nosso). O inciso II foi acrescentado ao art. 198 pela EC nº 29, de 13 de setembro de 2000.

11. Note-se que há uma distinção entre o que é aqui apresentado – uma regionalização das alocações de recursos federais – e o que geralmente se identifica como transferências. Nesta distribuição dos recursos federais estão incluídos recursos destinados diretamente a unidades de saúde vinculadas ao MS. Estas "transferências" não obedecem, necessariamente, aos critérios propostos para a distribuição de recursos entre esferas de governo.

Conforme pode ser visualizado no gráfico 5, há uma inflexão importante entre os anos de 2003 para 2004 em quase todas as regiões, mais pronunciada para as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte. Essa inflexão decorre de mudança na forma de contabilização dos gastos com servidores do MS lotados nas unidades hospitalares do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul e nos núcleos estaduais localizados em todas as capitais, que, a partir de 2004, começaram a ter seus dispêndios registrados na esfera nacional, como gasto centralizado do MS, ou seja, deixaram de ser regionalizados.

GRÁFICO 5
Gasto federal em ASPS por habitante e Grandes Regiões (2003-2017)
(Em R$ de 2017)



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Média nacional	290	264	273	290	305	313	345	349	370	363	327	353	336	327	341
Norte	254	214	224	244	253	273	290	284	315	306	282	322	292	281	296
Nordeste	263	246	252	273	284	292	328	336	372	368	328	350	342	328	349
Sudeste	312	277	291	305	322	319	357	360	372	361	325	352	330	320	333
Sul	290	298	300	315	335	360	379	395	404	405	368	400	386	384	388
Centro-Oeste	303	250	255	269	278	305	332	319	342	343	307	318	310	304	323

Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.
Elaboração dos autores.
Obs.: O gasto "nacional" se refere à parcela da despesa federal que não pôde ser regionalizada.

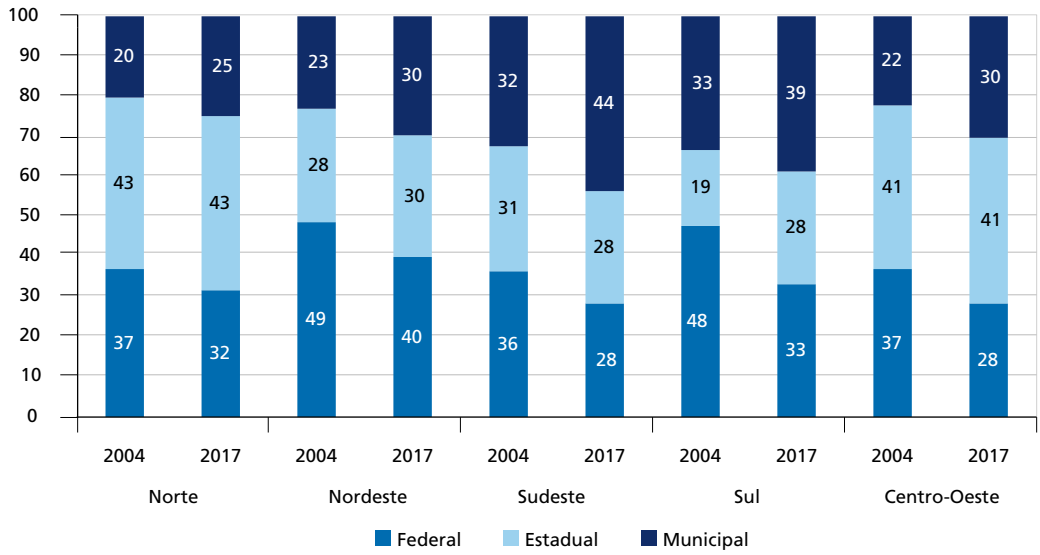
Outra queda no gasto federal regionalizado ocorreu em 2013 (-10,0%). Esta foi decorrente, em sua maior parte, da centralização das compras de alguns medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, maior gasto, nesse ano, com aquisição de vacinas, além da própria queda da despesa do MS em reais *per capita* (-3,2%).

As regiões Sul e Sudeste são as que recebem os maiores valores *per capita* de recursos federais regionalizados, enquanto os menores são destinados à região Norte. A região Nordeste, que registra o menor gasto público total *per capita*, fica em terceiro ou quarto lugar no tocante à regionalização dos recursos federais até 2011, mas assumindo o segundo lugar a partir de 2015.

4.3 Participação percentual dos recursos das três esferas por região

No compartilhamento total dos gastos com ASPS, verificou-se que a participação federal, no total do país, caiu de 50,1% em 2003 para 43,2% em 2017. O gráfico 6 apresenta o comprometimento das três esferas no financiamento público em cada região nos anos 2004 e 2017, mostrando que houve diminuição relativa da parcela de recursos federais em todas as regiões. A região Nordeste é aquela onde os recursos federais têm maior peso, tanto em 2004 quanto em 2017, embora essa participação venha diminuindo. Foi a região Sul que registrou a maior redução da parcela federal na despesa, de 48% para 33%, cedendo lugar aos recursos oriundos de fontes próprias dos estados e municípios.

GRÁFICO 6
Distribuição do gasto em ASPS das três esferas de governo, por Grandes Regiões (2004 e 2017)
(Em % do total)



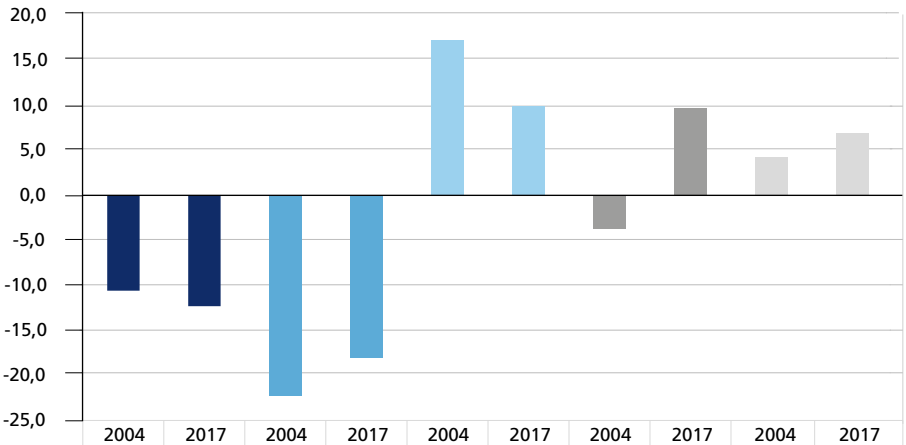
Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.
Elaboração dos autores.

Na região Norte, a maior participação relativa, tanto em 2004 quanto em 2017, é dos recursos originários dos governos estaduais. Já no Sudeste e no Sul, a predominância é de recursos originários de fontes municipais. Por sua vez, na região Centro-Oeste, todo o gasto com recursos próprios do Distrito Federal foi atribuído a fontes de receitas tipicamente estaduais, pois não é possível segregar os gastos financiados com a receita de tributos de bases municipais típicas (ISS e IPTU, por exemplo) daqueles de base estadual. Desta forma, a participação da esfera estadual no financiamento de ASPS na região é relativamente maior.

4.4 Diferenças no gasto *per capita* regional em relação ao *per capita* médio nacional

Outra informação interessante é a identificação das diferenças na alocação de recursos públicos para a saúde por região. Para essa finalidade foi elaborado o gráfico 7, que reproduz a diferença percentual do gasto *per capita* médio de cada região em relação ao valor médio nacional para os anos de 2004 e 2017.

GRÁFICO 7
Comparação do valor da despesa com ASPS por habitante nas Grandes Regiões: diferença percentual em relação à média nacional (2004 e 2017)
(Em %)



	2004	2017	2004	2017	2004	2017	2004	2017	2004	2017
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
Dif. p/ média (%)	-10,6	-12,3	-22,3	-18,1	17,3	9,9	-3,7	9,6	4,2	6,9

Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.
Elaboração dos autores.

As regiões Norte e Nordeste registram valores *per capita* inferiores à média nacional nesses dois anos. Mesmo tendo sido reduzida a diferença relativa, o gasto *per capita* total no Nordeste foi, em 2017, 18,1% inferior ao gasto *per capita* médio nacional. Já na região Norte essa diferença aumentou: -10,6% em 2004 e -12,3% em 2017.

As regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentam despesas *per capita* superiores ao valor médio nacional nos dois anos considerados, mas com tendências distintas: o Sudeste diminuiu sua diferença (17,3% em 2004 para 9,9% em 2017), enquanto o Centro-Oeste aumentou a diferença (4,2% em 2004 para 6,9% em 2017). Já a região Sul registrou, em 2017, despesa *per capita* 9,6% acima da média nacional.

No entanto, quando se analisam as diferenças do gasto *per capita* de cada estado e região em relação à média nacional (tabela 3), pode-se verificar que os valores em cada região são bastante desiguais e, além disso, identificar quais estados têm maior influência nas médias regionais apresentadas no gráfico 7.

TABELA 3
Despesa com ASPS por habitante: total, média nacional, Grande Região e UF (2017)

UF/Região	Despesa total por habitante nas três esferas de governo (R$)	Diferença em relação à média nacional (%)
Total	1.279	20
Gasto direto não regionalizado do MS	211	-80
Média nacional (exclui gasto direto não regionalizado do MS)	1.068	0
Região Norte	936	-12
Rondônia	1.059	-1
Acre	1.309	23
Amazonas	922	-14
Roraima	1.830	71
Pará	707	-34
Amapá	1.064	0
Tocantins	1.500	40
Região Nordeste	875	-18
Maranhão	778	-27
Piauí	1.079	1
Ceará	905	-15
Rio Grande do Norte	956	-10
Paraíba	936	-12
Pernambuco	913	-14
Alagoas	905	-15
Sergipe	944	-12
Bahia	784	-27

(Continua)

(Continuação)

UF/Região	Despesa total por habitante nas três esferas de governo (R$)	Diferença em relação à média nacional (%)
Região Sudeste	1.174	10
Minas Gerais	1.023	-4
Espírito Santo	1.081	1
Rio de Janeiro	1.202	13
São Paulo	1.242	16
Região Sul	1.171	10
Paraná	1.142	7
Santa Catarina	1.149	8
Rio Grande do Sul	1.213	14
Região Centro-Oeste	1.141	7
Mato Grosso do Sul	1.512	42
Mato Grosso	1.251	17
Goiás	916	-14
Distrito Federal	1.190	11

Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.
Elaboração dos autores.

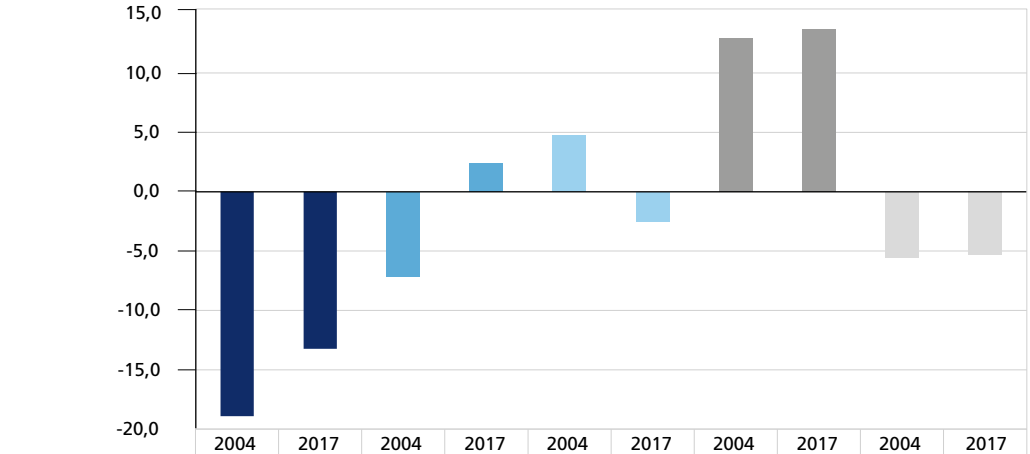
Na região Norte, por exemplo, a diferença percentual negativa em relação à média nacional é fortemente influenciada pelo estado do Pará, que registrou o menor gasto público *per capita* total do país (R$ 707), enquanto Roraima registrou o maior (R$ 1.830). Na região Nordeste, os menores gastos *per capita* foram registrados no Maranhão (R$ 778) e na Bahia (R$ 784), 27% inferiores à média nacional. No Centro-Oeste, o estado de Goiás apresentou o menor valor *per capita*, enquanto Mato Grosso do Sul foi responsável pelo maior (R$ 1.512).

Uma questão que merece destaque no que se refere à alocação regional do gasto público é o impacto do Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF), cujos valores não estão contabilizados pela vinculação de recursos com ASPS de que trata este texto. Esses recursos são destinados ao Distrito Federal para pagamento de pessoal ativo e inativo das áreas de saúde, educação e segurança pública. Em 2017, o valor alocado para a saúde foi de R$ 2,97 bilhões,[12] dos quais R$ 2,26 bilhões foram destinados para pagamento de pessoal ativo, e o restante para pessoal inativo. Isso representa um valor *per capita* de R$ 743, e coloca o Distrito Federal como a UF brasileira com o maior valor *per capita* destinado à saúde, de R$ 1.933.

12. Esses valores foram obtidos por meio de consulta ao Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão do Distrito Federal (e-SIC), disponível em: <https://www.e-sic.df.gov.br/Sistema/>.

O gráfico 8 apresenta a alocação regional do gasto federal. A distribuição dessa despesa é relevante porque, em princípio, sua destinação, sobretudo quando tratamos das transferências, deveria ter como objetivo a progressiva redução das desigualdades regionais, conforme dispõe o inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

GRÁFICO 8
Comparação do valor da despesa federal com ASPS por habitante nas Grandes Regiões: diferença percentual em relação à média nacional (2004 e 2017)
(Em %)



	2004	2017	2004	2017	2004	2017	2004	2017	2004	2017
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
Dif. p/ média (%)	-18,9	-13,2	-7,1	2,4	4,8	-2,5	12,9	13,7	-5,5	-5,3

Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.
Elaboração dos autores.
Obs.: O "gasto nacional" se refere à parcela da despesa federal que não pôde ser regionalizada.

A região Sul registrou, em 2017, uma despesa *per capita* 13,7% acima da média nacional. Ou seja, até por força das alocações federais ao custeio do GHC, é a região que tem os maiores valores *per capita* de aplicação de recursos federais. A região Nordeste foi a que alcançou o maior aumento na alocação desses recursos entre 2004 e 2017, apresentando crescimento de 42% no período, enquanto a média nacional subiu 29%. As regiões Nordeste e Norte melhoraram sua posição em relação à média nacional no período considerado. Já as regiões Sudeste e Centro-Oeste ficaram abaixo da média nacional em 2017 (gráfico 8).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este texto analisa o financiamento do SUS no período que sucedeu a aprovação da EC nº 29/2000. Diversos trabalhos já se dedicaram ao estudo da fase inicial do financiamento do SUS, da sua criação em 1988 até o ano 2000, destacando os impasses decorrentes do não cumprimento da determinação de vincular um percentual do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para a saúde (Marques e Piola, 2014). Este fato acabou levando à elaboração de proposições legislativas para assegurar a vinculação de recursos para o SUS nas três esferas de governo, como foi no caso da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 169/1993.

Em 1997, teve sucesso a iniciativa de aumentar o orçamento federal para o SUS por meio da criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Contudo, essa contribuição, que foi criada para adicionar recursos ao SUS, acabou tendo seu efeito reduzido devido à retirada, pela União, de recursos oriundos de outras fontes do orçamento da saúde (efeito substituição). Além disso, ela passou também a ser utilizada para o custeio de outras ações da área social (Piola, Ribeiro e Ocké-Reis, 2000).

A aprovação da EC nº 29/2000 teve, como dito no início deste texto, a propriedade de trazer, de forma mais efetiva, os estados e os municípios para o financiamento compartilhado do SUS, o que já havia sido tentado pela PEC nº 169/1993.[13] No entanto, ao contrário desta última, a EC nº 29/2000 não apresentou exigências financeiras mais acentuadas para a União, o que pode ter favorecido a sua aprovação. De qualquer forma, trouxe uma certa garantia de que o aporte de recursos das três esferas se tornasse bem mais volumoso e mais estável (Piola *et al.*, 2013).

Mas foi justamente essa "estabilidade relativa" dos recursos da União, que se fixaram em um patamar de aproximadamente 1,6% a 1,7% do PIB entre 2003 e 2015, que incentivou uma série de propostas para aumentar a participação federal

13. De acordo com essa PEC, que teve como autores os deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge, a participação dos estados, do Distrito Federal e dos municípios seria de 10% das respectivas receitas de impostos, enquanto a União contribuiria com 30% das receitas de contribuições vinculadas à seguridade social e 10% da receita de impostos.

no financiamento do SUS, como foram o Movimento Saúde + 10[14] e as propostas iniciais de vinculação da participação da União a um percentual da RCL.[15] Como se sabe, o que vingou, pelo menos até 2016, foi a EC nº 86/2015, que vinculou ao financiamento federal do SUS percentuais progressivos da RCL, partindo de 13,2% em 2016 e chegando a 15,0% em 2020. A crise econômica que se aprofundou em 2015 e 2016 foi utilizada como justificativa para a aprovação da EC nº 95 em dezembro de 2016. Essa EC implantou o chamado Novo Regime Fiscal, que congelou, em termos reais, as despesas primárias da União para o período de 2017 a 2036 e estabeleceu novo regime para a contabilização das despesas, agora sob a ótica da execução financeira (pagamento).[16] O piso mínimo da saúde também passou a seguir essa regra de congelamento dos gastos, que prevê a correção anual pelo IPCA, mas utilizando a despesa empenhada para verificação do cumprimento das aplicações mínimas (Vieira, Piola e Benevides, 2018).

Por essa nova regra, o orçamento federal para o SUS ficará congelado de 2018 até 2036, desconsiderando todos os vetores que apontam para o necessário crescimento dos recursos, tais como as mudanças na estrutura etária da população e no perfil epidemiológico, com aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Também não foi considerada a necessidade de redução das diferenças regionais no que diz respeito ao acesso a serviços – o que determina a urgência de novos investimentos no setor – e o inevitável crescimento mais acelerado dos índices de preço dos serviços de saúde em relação ao índice médio da economia. Além desses aspectos, também devem ser levados em conta os custos decorrentes da precarização da assistência pública e da piora da saúde da população.[17]

Resumindo os resultados do financiamento do SUS pelas três esferas de governo no período de 2003 a 2017, constata-se que: *i)* principalmente em decorrência da EC nº 29, houve um crescimento real do gasto em ASPS nas três esferas de governo, sendo que, entre 2003 e 2014, este foi contínuo; *ii)* o aumento dos gastos foi mais

14. Este movimento que encaminhou ao Congresso o Projeto de Lei de Iniciativa Popular propugnava pela vinculação de 10% da RCB do governo federal como participação desta esfera de governo no financiamento do SUS.

15. As propostas iniciais de vinculação de percentual da RCL ao financiamento federal do SUS estipulavam porcentagem equivalente a 10% da RCB, na época equivalente a 18,7% da RCL.

16. As fases da execução da despesa são empenho, liquidação e pagamento.

17. Sobre os possíveis impactos dessas medidas de austeridade fiscal ver Vieira e Benevides (2016).

pronunciado no caso dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, até porque essas UFs partiram de níveis mais baixos de comprometimento; e *iii)* isso levou a uma alteração significativa na participação relativa das diferentes esferas no financiamento do SUS. Não se poderia, evidentemente, esperar que a União mantivesse a mesma participação relativa no financiamento do sistema, como os gestores das outras esferas geralmente reivindicam. Mas é inegável que a União aproveitou para, de certa forma, ficar em uma posição mais cômoda, uma vez que o crescimento da base inicial (1999/2000) foi pequeno, e nos anos seguintes, até 2015, o crescimento dos gastos da União acompanhou, basicamente, as variações do PIB, mantendo a aplicação sempre muito próxima do limite mínimo.

Contudo, é reconhecido que a EC nº 29 não alcançou todo seu potencial de aporte de recursos ao SUS, e isso decorreu de alguns expedientes contábeis. Nos primeiros anos de aplicação da EC, muitas foram as discussões sobre quais gastos se enquadravam efetivamente no conceito de ASPS; sobre a definição da base de cálculo para definição dos recursos mínimos; sobre a sistemática de correção anual dos recursos federais, a famosa celeuma a respeito da base, fixa ou móvel; e sobre as normas iniciais para acompanhamento, controle e fiscalização dos recursos.

Apesar de todas estas questões terem sido tratadas na Resolução nº 322/2003 do CNS,[18] o governo federal e os governos estaduais utilizaram diversos expedientes para investir menos que o determinado pela emenda.[19] Do lado da União, houve a chamada transformação do piso em teto das aplicações.[20,21] Somente com a aprovação da LC nº 141/2012 é que foi finalmente estabelecido, de forma menos questionável, o enquadramento legal das despesas que devem ser consideradas ASPS. Além disso, foram explicitadas as regras para recomposição das despesas inscritas como RPs consideradas para cumprimento do piso, mas que eram, posteriormente, canceladas, prática usual não só do governo federal, mas também dos estaduais e municipais.

18. A Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, do CNS, posteriormente referendada pelo MS, foi a primeira regulamentação da EC nº 29/2000. Apesar de ter sido a base para a solução de diversas questões controversas, não tinha força de lei.
19. Sobre esta questão ver Ribeiro, Piola e Servo (2005); Brasil (2011); Ipea (2009); Piola *et al.* (2012).
20. Como a definição do valor mínimo a ser aplicado pela União, a cada ano, era baseada na correção do valor empenhado no ano anterior pelo crescimento nominal do PIB entre os dois anos anteriores, o governo federal evitava superar o piso, que dessa forma funcionava como teto, para não aumentar a base de cálculo para os anos posteriores.
21. A respeito deste procedimento ver relatório da Comissão Especial da Câmara dos Deputados de outubro de 2013, destinada a discutir o financiamento da saúde pública (Brasil, 2013).

A apuração do piso de gasto com ASPS com base na despesa empenhada, conforme determina a EC nº 29, sempre permitiu que as três esferas de governo fizessem a inscrição como RPs de despesas de valores não desprezíveis. Esse procedimento possibilitou, sem acompanhamento adequado da liquidação e pagamento, que despesas inscritas para fins de cumprimento da emenda fossem posteriormente canceladas, resultando, na prática, em aplicação efetiva inferior ao mínimo constitucional nos anos em que foram feitas as emissões dos empenhos. Para o governo federal foram realizados alguns estudos sobre essa prática (Vieira e Piola, 2016; Vieira, Piola e Benevides, 2018), mas pouco se analisou a ocorrência desse mesmo procedimento no âmbito dos estados e municípios.

De acordo com Vieira, Piola e Benevides (2018), em 2010 o Ministério Público Federal (MPF) ajuizou uma ação civil pública na 7ª Vara da Justiça Federal do Distrito Federal requerendo que o governo federal aplicasse um valor adicional de R$ 2,6 bilhões em ASPS como compensação por RPs cancelados e que foram contados para se alcançar o piso federal em anos anteriores.[22] Em 2013, o Juízo da 7ª Vara considerou a ação improcedente e o MPF recorreu da sentença ao Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF-1) em 8 de abril de 2013. Essa ação, entretanto, permanece há mais de cinco anos tramitando neste tribunal. Em 2018, foram inscritos R$ 20,3 bilhões como RPs de despesas com ASPS de empenhos do período de 2003 a 2017, e o montante relativo aos RPs cancelados e não compensados nos exercícios financeiros de 2012 a 2017 foi de R$ 8,2 bilhões em valores de 2017 (Vieira, Piola e Benevides, 2018), o que mostra a importância do assunto.

A compensação dos RPs cancelados foi um dos temas abordados na LC nº 141/2012. Ela determina como obrigatória a reposição dos valores referentes aos RPs cancelados ou prescritos que foram considerados para efeito do alcance da aplicação mínima, e estabelece que esses valores deverão ser aplicados até o término do exercício seguinte ao do cancelamento, mediante dotação específica para essa finalidade (art. 24, II, §§ 1º e 2º). No entanto, surgiram divergências com relação à interpretação desse dispositivo: a equipe econômica do governo entende que a reposição é obrigatória apenas para os RPs de empenhos emitidos a partir de 2012, enquanto o CNS defende que a

22. MPF/DF: governo federal gasta menos do que deveria em saúde. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/noticias-df/mpf-df-governo-federal-descumpre-constituicao-e-gasta-menos-do-que-deveria-em-saude>. Acesso em: 15 maio 2018.

LC não definiu um prazo e, portanto, se os RPs são reinscritos – independentemente do ano do empenho – e depois cancelados, eles precisam ser compensados (Vieira e Piola, 2016).

A EC nº 29/2000 vigorou até a aprovação da EC nº 86/2015. Essa emenda, como dito anteriormente, alterou a vinculação dos recursos da União para percentuais crescentes da RCL a partir de 2016.[23] Diante da queda da arrecadação nesse ano, o piso estipulado de 13,2% da RCL, inicialmente estimado em cerca de R$ 106 bilhões, passou a equivaler, no final do ano, a R$ 93,7 bilhões devido à queda da RCL, um valor muito abaixo do orçamento previsto para o cumprimento dos compromissos assumidos pelo MS com o funcionamento do sistema. Esta foi uma das razões para que já na aprovação da EC nº 95/2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal, o piso para 2017 tenha sido aumentado para 15% da RCL, porcentagem prevista apenas para 2020 pela EC nº 86. Na prática, portanto, de acordo com os regramentos da EC nº95/2016, o piso federal para ASPS em 2017 foi o equivalente a 15% da RCL daquele ano, valor que será corrigido, a partir daí, apenas pelo IPCA até 2036.

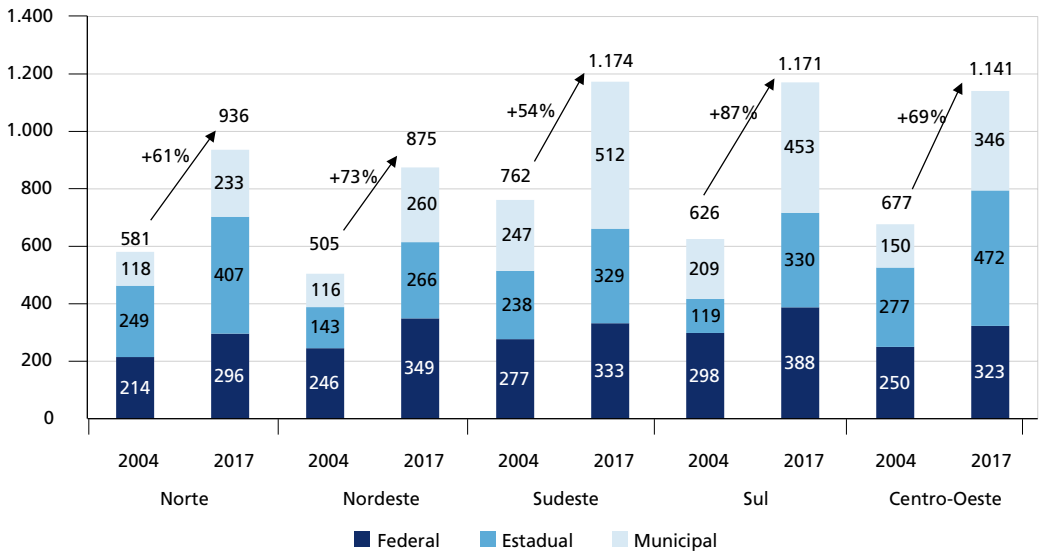
Outra questão abordada neste texto é a alocação regionalizada dos recursos públicos, identificada pelo somatório dos gastos das três esferas de governo em cada região. Neste trabalho foram regionalizados entre 83,1% (2015) e 87,7% (2008) dos recursos totais aplicados em ASPS no período de 2004 a 2017. A observação mais geral que se pode fazer é que a despesa pública com ASPS, analisada em valores *per capita*, é bastante desigual entre as cinco Grandes Regiões do Brasil e entre os estados, em cada região. Entre regiões, tomando o ano de 2017 como indicativo, o maior gasto público *per capita* foi realizado no Sudeste (R$ 1.174), valor 34% superior ao do Nordeste (R$ 875); em 2004 essa diferença era mais elevada (51%).

Desigualdade ainda maior é encontrada quando se analisa apenas o somatório das despesas de estados e municípios por região, dadas as diferenças de renda e de capacidade de arrecadação de tributos entre as regiões. Em 2017, o maior gasto *per capita* com recursos próprios de estados e municípios foi de R$ 841 no Sudeste, 60% superior ao valor do Nordeste, o menor (R$ 526). Verificou-se também que essa diferença se reduziu no período estudado: em 2004 era de 87%. Quando a comparação

23. De 13,2% da RCL em 2016 a 15% da RCL em 2020.

é feita com o gasto *per capita* total, a diferença em favor do Sudeste se reduz de 50%, em 2004, para 34% em 2017. De qualquer forma, ainda que o gasto federal regionalizado (transferências, mais aplicações diretas) tenha diminuído as disparidades na alocação de recursos públicos (gráfico 9), permanecem grandes as desigualdades regionais na aplicação de recursos no SUS.

GRÁFICO 9
Distribuição do gasto *per capita* em ASPS nas três esferas de governo por Grandes Regiões (2004 e 2017)
(Em R$ de 2017)



Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.
Elaboração dos autores.

Quando se fala em redução de desigualdades regionais na alocação de recursos na saúde, não se deve considerar que a ideal, ou mais justa, seria a igualitária. Não se pode ter essa pretensão, uma vez que as necessidades de serviços de saúde e, consequentemente, de recursos para provê-los são distintas. Desigualdades ou diferenças do ponto de vista da estrutura demográfica, do quadro epidemiológico, da situação social e econômica sempre existirão. Este é um dos motivos pelos quais uma alocação igualitária não é a mais equitativa. De qualquer forma, quando se introduz o conceito de equidade nas discussões sobre alocação de recursos (privilegiar quem tem mais necessidade) é preciso definir mais precisamente o que buscamos: equidade em relação a quê?

Como os recursos de fontes estaduais e, sobretudo, municipais têm uma liberdade de alocação espacial mais restrita, sobre os recursos estaduais e federais que mais incidem as discussões sobre os chamados critérios alocativos. No SUS, dado o peso da participação dos recursos federais, a preocupação em se ter critérios predefinidos para distribuição e mecanismos automáticos de repasse – que se fundamentou na necessidade de dar maior segurança ao incipiente processo de descentralização na década de 1990, junto com a preocupação de transferir mais recursos federais para quem mais necessita – estava presente desde a sua criação. Não foi por outros motivos que as leis nºs 8.080 e 8.142, ambas de 1990, trataram destas duas questões: critérios para distribuição/alocação das transferências federais e automatismo no repasse, este último item em substituição ao mecanismo de transferências mediante convênios, bem mais inseguro do ponto de vista das unidades federadas que recebem os recursos, porque sujeito às ligações político-partidárias destas com o ministro da Saúde da ocasião.

A questão da regularidade e automatismo nos repasses foi pacificada por meio do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que regulamentou as transferências fundo a fundo. No tocante à distribuição das transferências federais, desde 1990 foram realizados estudos com propostas de operacionalização dos critérios de repasses definidos no art. 35 da Lei nº 8.080[24] e na Lei nº 8.142 que não foram implementadas. Contudo, mesmo que os critérios previstos nessas leis não tenham sido operacionalizados, não se pode dizer que na distribuição de recursos federais o MS não tenha utilizado critérios mais ou menos objetivos na repartição dos recursos (Piola, 2017). A questão que se coloca, como dito anteriormente, é que jamais foi operacionalizado o conjunto de critérios previstos nas leis nºs 8.080 e 8.142. Tampouco foi aprovada e implantada a nova metodologia para distribuição dos repasses federais com base nas definições da LC nº 141/2012, apesar de ter sido aprovada há mais de seis anos.

No momento atual, com a aplicação mínima da União congelada pela EC nº 95, fica ainda mais difícil aprovar nova metodologia para alocação dos recursos federais visando à redução das desigualdades de oferta de serviços nas regiões, uma vez que os recursos existentes já estão comprometidos, quase em sua totalidade, com políticas, programas e serviços pactuados pelo MS com as secretarias estaduais e municipais de saúde. Como

24. A este respeito ver: Vianna *et al.* (1990); Castro (1991); Porto *et al.* (2001; 2003; 2007); Heinemann *et al.* (2002); Ugá *et al.* (2003); Nunes (2004); Andrade *et al.* (2004); Mendes *et al.* (2011).

não há recursos novos e dificilmente um ente da Federação concordará em perder recursos para que uma realocação a outro ente seja possível, o impasse se estabeleceu nesta matéria, impedindo o cumprimento do dispositivo da LC nº 141 a curto prazo.

No que diz respeito à aplicação dos recursos federais, o que se observou já em 2017 foi uma tentativa de desvinculação desses repasses a políticas, programas e serviços por meio da proposta SUS Legal. Almejava-se que os entes subnacionais tivessem total discricionariedade para alocar os recursos do SUS transferidos pela União. Do ponto de vista do financiamento federal, avaliou-se que tal medida poderia resultar em menor pressão sobre o MS em um contexto de congelamento do gasto mínimo federal, e em maiores impactos sobre o gasto com saúde, especialmente dos municípios (Antunes, 2017; Jaccoud e Vieira, 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande desafio atual para o financiamento do SUS é o congelamento, até 2036, das despesas primárias do governo federal determinado pela EC nº 95/2016. Será muito difícil que, no limite do teto de despesas do Poder Executivo, se encontrem recursos que possam ser destinados a aumentar a participação do governo federal no financiamento do SUS. A evolução de indicadores demográficos e epidemiológicos, além da necessidade de cobrir insuficiências de oferta e de não aprofundar a defasagem tecnológica dos serviços públicos de saúde, aponta para a necessidade de se manter o crescimento dos recursos federais para o sistema, até mesmo porque a maioria dos estados e dos municípios encontra-se em situação fiscal preocupante.

Nesse cenário, é pouco provável que qualquer proposta de operacionalização dos critérios de alocação das transferências federais para os governos estaduais e municipais, seguindo o previsto na LC nº 141/2012, seja aprovada, tendo em vista a dificuldade de qualquer alteração mais significativa na distribuição atual dos recursos federais, sem que haja aporte de recursos adicionais. Sem esta condição, qualquer alteração é inviável do ponto de vista político. De mais fácil implementação são medidas que visem à flexibilização no uso dos recursos federais, como proposto recentemente pelo MS. O problema dessa estratégia, em um momento de retração de recursos, é o aguçamento de situações que não contribuam para uma ação mais coordenada entre as três instâncias

governamentais responsáveis pelo SUS, com inevitáveis repercussões negativas sobre o acesso mais equitativo aos serviços de saúde e à integralidade da atenção.[25]

Colocando mais um elemento na equação relacionada ao papel que devem ter os recursos federais do SUS, a EC nº 86/2016 aprovou o orçamento impositivo[26] aplicado às emendas parlamentares. Em 2017, o valor total dessas emendas foi de R$ 8,3 bilhões na área da saúde (R$ 2,9 bilhões para investimentos e R$ 5,4 bilhões para custeio), que serão destinados pelo MS, atendendo ao pleito de parlamentares. Seria interessante analisar até que ponto a distribuição desses recursos guarda alguma consistência com o objetivo declarado no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal[27] e, mais especificamente, com o estabelecido no § 2º da LC nº 141/2012, ao tratar da movimentação dos recursos da União para investimentos: "Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde" (Brasil, 2012).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. *et al.* **Metodologia de alocação equitativa de recursos**: uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. Mimeografado.

ANTUNES, A. Entrevista com Aquilas Mendes: **O grande problema é a falta de dinheiro para o SUS, e não a forma de repasse desses recursos**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 17 fev. 2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-grande-problema-e-a-falta-de-dinheiro-para-o-sus-e-nao-a-forma-de-repasse>. Acesso em: 26 maio 2017.

25. Como a grande maioria dos municípios não é autossuficiente em termos de provisão de serviços assistenciais, somente o planejamento e a ação coordenada do sistema podem garantir maior acessibilidade e integralidade da atenção, sem falar na ação coordenada necessária para as ações de vigilância epidemiológica e sanitária e de controle de doenças transmissíveis.
26. No orçamento impositivo (LC nº 86/2015), o governo federal é obrigado a executar as emendas de parlamentares aprovadas pelo Congresso Nacional para o orçamento anual. O valor total das emendas é de 1,2% da RCL, prevista no projeto de orçamento apresentado pelo governo federal, sendo que a metade da porcentagem (0,6% da RCL) deve ser destinada a ações e serviços públicos de saúde.
27. Constituição Federal, art. 198, § 3º, LC, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:
II - Os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados a seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais (incluído pela EC nº 29/2000).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <htttp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 6 set. 2016.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. Minuta de análise dos gastos da União em ações e serviços públicos da saúde no período de 2000 a 2010. Brasília: SIOPS, out. 2011. Mimeografado.

_____. Lei Complementar nº 141, 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, DF 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 União**, Brasília, 2012.

_____. Câmara dos Deputados. Comissão Especial Destinada a Discutir o Financiamento da Saúde Pública. Relatório do Deputado Rogério Carvalho. Brasília, out. 2013.

CASTRO, J. D. Análise da distribuição dos recursos financeiros para assistência à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul, uma proposta de operacionalização dos critérios para sua distribuição. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 1, p. 10-16, 1991.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 124 p. (Coleção Para entender a gestão do SUS).

HEIMANN, L. S. *et al.* **Quantos Brasis?** Alocação de recursos no SUS. Nisis – Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde. Instituto de Saúde – IS, Coordenação dos Institutos de Pesquisa – CIP, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SES/SP, 2002.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise, n. 13, edição especial. Brasília: Ipea, 2007.

_____. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise – vinte anos da Constituição Federal, v. 1, n. 17. Brasília: Ipea, 2009.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS**: a desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2399).

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F. O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. *In*: RIZZOTTO, M. L. M.; COSTA, A. M. (Org.). **25 anos do direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2014.

MENDES, A. *et al.* Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais no SUS. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011.

NUNES, A. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS**: a receita própria do município como variável moderadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios**: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012. Brasília: Ipea, 2017. (Texto para Discussão, n. 2298).

PIOLA, S. F. *et al.* Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Análise Econômica**, ano 30, número especial, p. 9-33, 2012.

_____. **Financiamento público da saúde:** uma história à procura de rumo. Brasília: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

PIOLA, S. F.; RIBEIRO, J. A.; OCKÉ-REIS, C. O. Financiamento das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 3, p. 74-98, 2000.

PORTO, S. *et al.* **Metodologia de alocação equitativa de recursos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Relatório de Pesquisa).

_____. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003.

_____. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos federais do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1393-1404, 2007.

RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. S. As novas configurações de antigos problemas; financiamento e gasto com ações e serviços de saúde no Brasil. *In*: JORNADAS DE ECONOMIA DA SAÚDE, 2., Belo Horizonte, 2005. **Anais**... Rio de Janeiro: CEBES, 2005.

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

UGÁ, M. A. *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

VIANNA, S. M. *et al.* **O financiamento da descentralização dos serviços de saúde**: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios. Brasília: Opas, 1990.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União**: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde. Brasília: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, n. 2225).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. **Nota de política social**: controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. Brasília: Ipea, 2018. (Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise, n. 25). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/181127_bps_25_notas_de_politica_social.pdf>.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Emenda Constitucional nº 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 União**, Brasília, 2015.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Implicações do contingenciamento de despesas do Ministério da Saúde para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, n. 2260).

APÊNDICE

CÁLCULO DA VARIAÇÃO MÉDIA ANUAL DO IPCA/IBGE PARA ATUALIZAÇÃO DE VALORES APURADOS ANUALMENTE

O indexador mais adequado para correção monetária de valores apurados anualmente é a variação média anual de um índice de preços. Este apêndice apresenta a metodologia de cálculo da variação média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) (tabela A.1), exemplificando com o cálculo para 2016, e os fatores para atualização de valores de 1995 a 2016 para reais de 2017 (tabela A.2).

A tabela A.1 apresenta a variação mensal do IPCA, os números-índice de janeiro de 2016 a dezembro de 2017 (base 100 em dezembro de 1993) e as médias anuais dos números-índice para 2016 e 2017.

TABELA A.1
Cálculo do número-índice médio anual do IPCA – variação mensal e número-índice (2016 e 2017)

Mês/ano	Variação % mensal do IPCA	Número-índice mensal – dez./1993 = 100	Número-índice médio anual – dez./1993 = 100
Jan./2016	1,27	4.550,23	
Fev./2016	0,90	4.591,18	
Mar./2016	0,43	4.610,92	
Abr./2016	0,61	4.639,05	
Maio/2016	0,78	4.675,23	
Jun./2016	0,35	4.691,59	4.686,79
Jul./2016	0,52	4.715,99	
Ago./2016	0,44	4.736,74	
Set./2016	0,08	4.740,53	
Out./2016	0,26	4.752,86	
Nov./2016	0,18	4.761,42	
Dez./2016	0,30	4.775,70	
Jan./2017	0,38	4.793,85	
Fev./2017	0,33	4.809,67	
Mar./2017	0,25	4.821,69	
Abr./2017	0,14	4.828,44	
Maio/2017	0,31	4.843,41	
Jun./2017	-0,23	4.832,27	4.848,31
Jul./2017	0,24	4.843,87	
Ago./2017	0,19	4.853,07	
Set./2017	0,16	4.860,83	
Out./2017	0,42	4.881,25	
Nov./2017	0,28	4.894,92	
Dez./2017	0,44	4.916,46	

Elaboração dos autores.

A razão calculada entre as médias de 2016 e 2017 dos números-índice resulta no fator multiplicador para atualização de valores de 2016 para reais de 2017.

A tabela A.2 apresenta os números-índice médios anuais do IPCA calculados para os anos de 1995 a 2017, as variações médias anuais do índice e os fatores para atualização de cada ano para preços médios de 2017.

TABELA A.2
Números-índice médios anuais do IPCA – variação média anual e fator de atualização para preços médios de 2017 (1995-2017)

Ano	Média anual dos números-índice do IPCA – dez./1993 = 100	Variação % média em relação ao ano anterior	Fator de atualização para preços médios de 2017
1995	1.141,16		4,2486
1996	1.320,99	15,76	3,6702
1997	1.412,49	6,93	3,4325
1998	1.457,62	3,20	3,3262
1999	1.528,43	4,86	3,1721
2000	1.636,10	7,04	2,9633
2001	1.748,01	6,84	2,7736
2002	1.895,72	8,45	2,5575
2003	2.174,68	14,71	2,2294
2004	2.318,15	6,60	2,0915
2005	2.477,39	6,87	1,9570
2006	2.581,03	4,18	1,8784
2007	2.675,02	3,64	1,8124
2008	2.826,92	5,68	1,7151
2009	2.965,10	4,89	1,6351
2010	3.114,50	5,04	1,5567
2011	3.321,20	6,64	1,4598
2012	3.500,66	5,40	1,3850
2013	3.717,85	6,20	1,3041
2014	3.953,15	6,33	1,2264
2015	4.310,12	9,03	1,1249
2016	4.686,79	8,74	1,0345
2017	4.848,31	3,45	1,0000

Elaboração dos autores.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Assessoria de Imprensa e Comunicação

EDITORIAL

Coordenação
Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão
Andrea Bossle de Abreu

Revisão
Carlos Eduardo Gonçalves de Melo
Elaine Oliveira Couto
Lis Silva Hall
Mariana Silva de Lima
Rava Caldeira de Andrada Vieira
Vivian Barros Volotão Santos
Bruna Oliveira Ranquine da Rocha (estagiária)
Lorena de Sant'Anna Fontoura Vale (estagiária)

Editoração
Aline Cristine Torres da Silva Martins
Carlos Henrique Santos Vianna
Mayana Mendes de Mattos (estagiária)
Vinícius Arruda de Souza (estagiário)

Capa
Danielle de Oliveira Ayres
Flaviane Dias de Sant'ana

Projeto Gráfico
Renato Rodrigues Bueno

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 - Bloco J - Ed. BNDES, Térreo.
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Composto em adobe garamond pro 12/16 (texto)
Frutiger 67 bold condensed (títulos, gráficos e tabelas)
Rio de Janeiro-RJ

Logotipo/slogan de governo removido em observancia ao disposto no art. 40 da Lei n 9.504/1997

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO

ISSN 1415-4765