



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

INSTITUTO DE ECONOMIA

JEAN DE JESÚS PERES

**A contratualização dos orçamentos da saúde durante a década
de 2010 e o seu aprofundamento na pandemia: uma análise do
Estado de São Paulo**

Campinas

2023



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ECONOMIA

JEAN DE JESÚS PERES

**A contratualização dos orçamentos da saúde durante a década
de 2010 e o seu aprofundamento na pandemia: uma análise do
Estado de São Paulo**

Orientador: Professor Dr. Bruno Martarello de Conti

Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Econômicas do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Ciências Econômicas, na área de Teoria Econômica

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
TESE DEFENDIDA PELO ALUNO JEAN DE JESÚS PERES E
ORIENTADA PELO PROFESSOR DOUTOR BRUNO
MARTARELLO DE CONTI**

Campinas

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Economia
Luana Araujo de Lima - CRB 8/9706

P415c Peres, Jean de Jesús, 1984-
A contratualização dos orçamentos da saúde durante a década de 2010 e o seu aprofundamento na pandemia : uma análise do Estado de São Paulo / Jean de Jesús Peres. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Bruno Martarello de Conti.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Economia da Saúde. 3. Saúde pública – São Paulo (Estado). I. Conti, Bruno Martarello de, 1982-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: The contractualization of health budgets during the 2010s and its deepening during the pandemic : an analysis of the State of São Paulo

Palavras-chave em inglês:

Unified Health System
Medical economics
Public health - São Paulo (Brazil)

Área de concentração: Teoria Econômica

Titulação: Doutor em Ciências Econômicas

Banca examinadora:

Bruno Martarello de Conti [Orientador]
Geraldo Biasoto Junior
Artur Monte Cardoso
Antonio Carlos Diegues
Ligia Bahia

Data de defesa: 03-02-2023

Programa de Pós-Graduação: Ciências Econômicas

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0009-0008-6213-0608>
- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/9156009006949642>



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ECONOMIA

JEAN DE JESÚS PERES

**A contratualização dos orçamentos da saúde durante a década
de 2010 e o seu aprofundamento na pandemia: uma análise do
Estado de São Paulo**

Prof. Dr. Bruno Martarello de Conti – orientador

Defendida em 03/02/2023

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. Bruno Martarello de Conti – PRESIDENTE
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Prof. Dr. Geraldo Biasoto Junior
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Prof. Dr. Artur Monte Cardoso
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof. Dr. Antonio Carlos Diegues
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Profa. Dra. Ligia Bahia
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

A Ata de Defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no processo de vida acadêmica do aluno.

para Antônia e Caetano que me ensinaram tudo

AGRADECIMENTOS

Pesquisar, refletir e escrever uma pesquisa de doutorado é uma tarefa solitária. Essa tarefa só foi possível porque pude contar com uma imensa rede de apoio, que gostaria de agradecer.

À banca de qualificação que me acompanhou até a defesa, minha gratidão. Apostei no compromisso com a Saúde Pública, na experiência e principalmente em histórias pessoais que se confundem com meu objeto de pesquisa. Professor Geraldo Biasoto Jr me acompanha desde o mestrado. Mudei o tema para o doutorado e suas contribuições seguiram decisivas para a realização de minha pesquisa. Professora Lígia Bahia é a generosidade e a energia em pessoa e contribuiu com o primeiro “SIM” que tive quando da mudança de meu projeto, afirmando que minhas impressões eram material para uma tese. Estendo através da Lígia o agradecimento a todos membros do GPDES (Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde) pela acolhida.

Agradeço aos Professores Artur Monte Cardoso e Antônio Carlos Diegues pela prestatividade e esforço em compor a banca final. Competentes economistas, pesquisadores e amigos que pude contar no aperfeiçoamento da pesquisa nos marcos do rigor acadêmico. Agradeço aos Professores Paulo Van Noije e Jaime León pela pronta resposta ao meu pedido de composição da banca avaliadora.

Tive o melhor dos orientadores. Bruno de Conti foi decisivo nos momentos difíceis da tese, topou o desafio de mudança de tema e me deu toda a tranquilidade para continuar adiante, sempre. Foi uma honra caminhar ao seu lado, camarada.

O Instituto de Economia é um lugar em que me sinto bem e isso se deve ao seu corpo técnico, funcionários e professores. A minha participação como discente se encerra e entre idas e vindas sempre fui bem acolhido e recebi as orientações e incentivos para desempenhar meu melhor.

Sou grato ao Justa por oportunizar espaço de aprendizado e experimentações que me levaram ao tema dessa pesquisa. Um agradecimento à toda equipe em nome da Luciana Zaffalon. À Daniel Monte Cardoso, grato pela cumplicidade durante as agruras das pesquisas que realizamos. Valeu pelas conversas!

Agradeço aos amigos que conquistei em Viçosa pelo companheirismo e amorosidade, acolhendo a mim e aos meus. O quatro anos em que se desenvolveram essa pesquisa não seriam os mesmos sem a companhia de vocês.

Aos velhos e fiéis amigos dos tempos de graduação, “O Eterno 02”, eu agradeço sempre. O tempo preservou as velhas memórias e lapidou os laços de amizade e carinho.

Ao camarada Fernando Henrique (Efito), um agradecimento especial. Foi meu ouvinte nesse processo de mudanças que o pós-2018 promoveu em todos nós. Sem esse amigo, não sei como se decantaria as mudanças. Venceremos!

Obrigado Pretinha, Macarrão, Balta, Samu, Bia, Saulim e Titite pela mais entusiasta das torcidas. É uma honra compartilhar momentos e a vida com vocês. Um brinde ao Zeca Moreno, *in memoriam*, pelas conversas que paravam o tempo.

À Sara, o mais carinhoso agradecimento. Tenho que o tempo, o passado e os espinhos nos moldaram mais fortes para seguirmos nessa grande aventura enfrentada juntos de intimar e enfrentar o futuro por um porvir fascinante para nossa maior obra conjunta. Sua tenacidade e energia me foram exemplos ante a apatia e o pessimismo dos tempos pandêmicos. Como bem me ensinou, é preciso estarmos atentos e preparados para os “inéditos-viáveis” que se abrem na conjuntura, cimento entre uma rotina organizada e por vezes desestimulante e o porvir transformador em liberdade e potencial. São tantas as variáveis, desafios e ainda assim afirmamos que há espaço para o amor em meio a tanta luta e trabalho e isso seguiremos provando.

A minha vida se completou nesses últimos quatro anos e isso eu devo às crianças que entraram em minha vida: Lili, Antônia e Tatá. Vocês são a melhor companhia, geram as melhores conversas e momentos. “Tudo valeu a pena para estar perto de vocês, meus amores.” Essas palavras sempre saíram da boca de minha mãe, que foi meu maior exemplo. Sua luta nesses quatro anos me energizaram diariamente. A sabedoria silenciosa e prática de meu pai e a presença da Cris e Thiago foram centrais para que chegássemos aqui juntos.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”.

RESUMO

A pandemia do novo coronavírus ensejou debate público a respeito da centralidade do Sistema Único de Saúde no combate aos efeitos mais deletérios da doença. Somou-se a esse debate o protagonismo dos estados brasileiros na elevação dos investimentos públicos em saúde que foi resultante da legislação específica da pandemia que disponibilizou recursos e da oposição política empreendida pelos governadores à política sanitária do Governo Bolsonaro. Embora os investimentos tenham aumentado, percebeu-se ao longo do período pandêmico que a estratégia era a contratação de leitos clínicos na rede privada e a ausência de melhorias salariais e abertura de processos de contratação para servidores públicos. Diante dessa constatação, o presente estudo objetivou mapear a destinação dos recursos extraordinários durante a pandemia para o estado de São Paulo, buscando analisar a apropriação desses excedentes pelas instituições não-públicas. Ademais, realizou a reconstrução do conflito existente, nos anos 1990, entre a constituição do marco fiscal brasileiro e as demandas por fontes de financiamento para o Sistema Único de Saúde e dos seus impactos sobre o federalismo brasileiro. A organização desse debate foi feita por meio de revisão de literatura que estruturou o modelo de atuação dos estados brasileiros no pós-2000, regido pelos marcos da Lei de Responsabilidade Fiscal (2000) e das reformas de ajuste patrimonial e institucional instituídas na década de 1990. O estudo da execução orçamentária da saúde, por sua vez, foi realizado através de pesquisa experimental com base nos microdados da execução orçamentária entre 2010 e 2021 para o balanço histórico e entre 2018 e 2021 para a análise das instituições contratadas no biênio anterior e durante a pandemia do coronavírus. Os resultados apontaram para o “efeito-sanfona” nas despesas entre 2020 e 2021, mostrando elevação do orçamento da saúde no primeiro ano da pandemia e redução para o segundo ano. Ainda, a análise indicou uma tendência crescente à contratualização das despesas com saúde – entendida como a contratação de serviços e produtos junto ao setor não público, seja ele privado ou filantrópico – durante os anos 2010, trajetória que se ampliou durante a pandemia. Esse fenômeno decorreu da estratégia adotada pelo estado de São Paulo diante das imposições da legislação específica da pandemia que exigia como contrapartida dos recursos transferidos o congelamento das despesas com Pessoal, que se estendeu a todos os servidores e contratados, sem dissociar os trabalhadores da Saúde. Por fim, foram analisado o perfil das maiores instituições beneficiadas pela contratualização, destacando-se as filantrópicas, Fundações de Apoio às Universidades e Santas Casas, com o recorte majoritário para as habilitadas como Organizações Sociais de Saúde.

Palavras-chave: *Sistema Único de Saúde; Economia da Saúde; Saúde Pública - São Paulo (Estado)*

ABSTRACT

The new coronavirus pandemic has raised public debate about the centrality of the Brazilian Unified Health System in combating the most harmful effects of the disease. In addition, the Brazilian states assumed a leading role in increasing public health investments, resulting in pandemic-specific legislation that made resources available. Also, governors undertook a political opposition against the health policy established by president Bolsonaro. Even though the investments increased, the strategy observed throughout the pandemic was to rent hospital beds in private institutions without improving salaries and opening processes for hiring more public servants. Given that, the present study aimed to map the allocation of the extraordinary resources during the pandemic in the State of São Paulo, seeking to analyze the surplus appropriation by non-public institutions. Moreover, it reconstructed the existing conflict, in the 1990s, between the Constitution of the Brazilian fiscal framework and the demands for financing sources for the Unified Health System and its impacts on Brazilian federalism. This debate was based on a literature review, which structured the performance model of the Brazilian states in the post-2000, ruled by the Fiscal Responsibility Law (2000) framework and the patrimonial and institutional adjustment reforms established in the 1990s. In turn, the budget for health was studied through experimental research based on microdata of budget execution between 2010 and 2021, for the historical balance sheet, and between 2018 and 2021, for the analysis of institutions hired in the previous biennium and during the coronavirus pandemic. The results pointed to a concertina effect in the expenses between 2020 and 2021, showing an increase in the health budget in the first year of the pandemic and a reduction in the second. The analysis also indicated a growing trend towards establishing contracts for health expenditures during the 2010s, a behavior that augmented during the pandemic – during the 2010s, a trajectory that widened during the pandemic. This phenomenon was an outcome of the strategy adopted by the state of São Paulo in the face of impositions of the pandemic-specific legislation, which required freezing personnel expenses as a counterpart to the resources transferred. This measure was comprehensive to all public servers and contractors without any distinction for health workers. Finally, the profile of the biggest institutions that benefited from the contracts was analyzed, emphasizing the philanthropic ones, foundations that support universities, and "Santa Casa" hospitals, mainly from the perspective of those qualified as Social Health Organizations.

Key-words: *Unified Health System; Medical economics; Public health - São Paulo (Brazil)*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Principais modificações promovidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.	30
Tabela 2. Carga Tributária: nível e divisão por governo	35
Tabela 3. Vinculações de receitas às despesas com saúde por entes federativos e faixa de transição.	39
Tabela 4. Participação média das três esferas de governo no gasto público total com saúde (%) Brasil. Anos selecionados.	41
Tabela 5. Participação da Receita Tributária e nos Recursos disponíveis (%). 1965-1975.....	46
Tabela 6. Operações de Crédito, Receita Tributária Estadual e Receita Total. 1965-1975 (Cr\$ milhões correntes).....	48
Tabela 7. Distribuição federativa das receitas. Anos selecionados.....	54
Tabela 8. Participação do sistema de bancos estaduais no sistema financeiro – 1988. Em mi Cz\$	62
Tabela 9. Indicadores de evolução da descentralização no SUS, segundo as NOBs 93 e 96 – posição final de cada exercício.....	83
Tabela 10. Despesas realizadas com Ações e Serviços Públicos de Saúde e Função Saúde, por estados, R\$ nominais de 2021.....	87
Tabela 11. Orçamento da Função Saúde do estado de SP por modalidade de aplicação. R\$ corrente.	103
Tabela 12. Vinte maiores instituições credoras do estado de São Paulo. 2018-2021. R\$ mi de 2021.	115
Tabela 13. Composição das Instituições Contratadas por código-raiz específico (código 61699567).....	116
Tabela 14. Despesas da Função Saúde por Categorias e Elementos de Despesa. R\$ mi de 2021. Anos selecionados.	120
Tabela 15. Despesas da Função Saúde por Categorias e Elementos de Despesa. Participação no % Total de Saúde.....	121
Tabela 16. Despesas da Função Saúde por Categorias e Elementos de Despesa. Participação no % Total da Categoria.	122
Tabela 17. Dez maiores orçamentos da Função Saúde dos Estados Brasileiros (ano 2020) R\$ milhões correntes.	128
Tabela 18. Dez maiores Despesas Totais Estados Brasileiros (ano 2020) R\$ milhões correntes.....	128
Tabela 19. Participação Grupo de Despesas no Orçamento Total.	136
Tabela 20. Composição do Grupo de Despesa Pessoal e Encargos Sociais por Elementos de Despesa.	137
Tabela 21. Composição do Grupo de Despesa Pessoal e Encargos Sociais por Elementos de Despesa. Valores de 2021.....	138
Tabela 22. Despesas para Grupos de Despesas e Elementos de Despesa selecionados. 2019-2021. R\$ mi a preços de 2021.	144
Tabela 23. Participação de Grupos de Despesa e Elementos de Despesa no Total. Anos selecionados.	145
Tabela 24. Despesas da Função Saúde por Grupo de Despesa. R\$ mi de 2021.	148
Tabela 25. Despesas da Função Saúde por Grupo de Despesa. % Total.....	148
Tabela 26. Despesas da Função Saúde desagregada por Elementos e Itens de Despesa. R\$ mi a preços de 2021.....	151
Tabela 27. Composição do Elemento de Despesa 39 por Subelementos de Despesa. R\$ mi de 2021.	153

Tabela 28. Composição dos Elementos de Despesa 43 e 30 por Subelementos de Despesa. R\$ mi de 2021.....	154
Tabela 29. Orçamento e ordem decrescente das vinte maiores instituições contratadas para ação de governo 6221 – Santas Casas Sustentáveis. R\$ mi de 2021.....	161
Tabela 30. Concentração dos recursos para ação de governo 6221 – Santas Casas Sustentáveis. R\$ mi a preços de 2021.	161
Tabela 31. Vinte maiores orçamentos (a preços de 2021) de Santas Casas.	163
Tabela 32. Concentração dos recursos para Santas Casas. R\$ mi a preços de 2021.	164
Tabela 33. Despesas com as Santas Casas desagregadas por Elementos de Despesa e ações de governo.	165
Tabela 34. Orçamentos por categorias e despesas selecionadas.	168
Tabela 35. Orçamentos da ação de governo 4852. Categoria Contratos.	172
Tabela 36. Vinte maiores instituições contratadas via ação de governo 4852.	173
Tabela 37. Orçamento das Fundações de Apoio. R\$ mi de 2021.	180
Tabela 38. Vinte maiores Instituições Contratadas pelo Estado de São Paulo (2018-2021). Categoria Contratos. R\$ mi a preços de 2021.	182
Tabela 39. Orçamento das 20 maiores instituições contratadas por Ações de governo. 2018-2021. R\$ mi de 2021.....	185
Tabela 40. Distribuição das principais Ações de Governo para as 20 maiores instituições contratadas. 2018-2021. R\$ mi de 2021.	188
Tabela 41. Distribuição das principais Ações de Governo entre as 20 maiores instituições contratadas. 2018-2021. % do Total das Instituições.	189
Tabela 42. Distribuição das principais Ações de Governo entre as 20 maiores instituições contratadas. 2018-2021. % do Total das Ações de Governo.	190
Tabela 43. Os que mais empregaram na pandemia. Março-Junho 2020.	191
Tabela 44. Evolução dos orçamentos das vinte maiores Instituições Contratadas pelo Estado de São Paulo (2018-2021). Categoria Contratos. R\$ mi de 2021.....	195
Tabela 45. Orçamento de Instituições selecionadas por Ações de Governo. R\$ mi de 2021.	196

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos tributos por Unidades da Federação.	45
Quadro 2. Federalismo Fiscal no Brasil: 19677 e 1988.....	52
Quadro 3. Medidas adotadas para controlar as finanças e endividamento dos governos subnacionais.....	59
Quadro 4. Impactos sobre as finanças estaduais.....	71
Quadro 5. As Normas Operacionais do SUS: Aspectos formais e características do financiamento. 1991-2001.....	81
Quadro 6. Definições das classificações de Despesa.....	100
Quadro 7. Composição das Categorias Servidores e CLT e Contratos por Elementos de Despesa.....	106
Quadro 8. Descrição de ações de governo selecionadas.	167
Quadro 9. OSS/SUS/Hospitais, conforme instituição mantenedora, data da assinatura e do início das atividades.	169
Quadro 10. Hospitais gerenciados por meio de contrato de gestão em outubro de 2002.	170
Quadro 11. Descrição de ações de governo selecionadas das 20 maiores instituições contratadas.	186

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Ministério da Saúde – Gasto Total segundo Categoria Econômica. R\$ mi de 1999 (eixo esquerdo) e % do Total (eixo direito).....	84
Gráfico 2. Despesas com Categorias Contatos e Servidores e CLT. R\$ mi a preços de 2021.....	118
Gráfico 3. Crescimento anual das despesas com a Função Saúde por estados. Valores totais exclusive modalidade 91.....	130
Gráfico 4 - Participação das Funções de Governo nas Despesas Totais. Estado de SP.....	131
Gráfico 5. Disponibilidades de Caixa para o Estado de São Paulo. R\$ nominais.....	141
Gráfico 6. Despesas Totais do Estado de São Paulo (R\$ mi a preços de 2021) e variação entre anos.....	142
Gráfico 7. Orçamento de Elementos de Despesas selecionados. R\$ mi a preços de 2021.....	143
Gráfico 8. Proporção entre ação 4852 – Atendimento ambulatorial e hospitalar em unidades gerenciadas por OSS e despesas selecionadas.....	172
Gráfico 9. Distribuição dos recursos às Organizações Sociais de Saúde no estado de São Paulo. 2013-2017.....	175
Gráfico 10. Proporções das 20 maiores instituições em rubricas selecionadas.....	184

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1. Saúde Pública e Estados Brasileiros: constituição e desenvolvimento de potencialidades do Sistema Único de Saúde	21
1.1. Constituição Federal de 1988 e ajuste fiscal permanente: contradição e conflitos dos anos 1990	23
1.2. Os conflitos federativos entre estados e União após a Constituição Federal: confisco das receitas e transferência de obrigações	43
1.3. Descentralização e Orçamento Público de saúde nos anos 1990	74
1.4. O debate econômico sobre a saúde: as diferenças conceituais e metodológicas entre a Economia da Saúde e a Economia Política da Saúde.....	89
CAPÍTULO 2. Metodologia	97
2.1. Classificações gerais da execução orçamentária	97
2.2. Categorização das Despesas com Saúde com Servidores e celetistas e com Contratualização	105
2.3. Metodologia para análise do Estado de São Paulo	114
CAPÍTULO 3. A constituição de um interesse privado/filantrópico nas despesas de saúde do estado de São Paulo	118
CAPÍTULO 4. O estado de São Paulo durante a década de 2010 e o biênio da pandemia	127
4.1. Introdução.....	127
4.2. Panorama Geral.....	128
4.3. Despesas Gerais na década de 2010 e no primeiro biênio da pandemia (2020-2021).....	133
4.4. A excepcionalidade do biênio da pandemia nas finanças paulistas.....	140
4.5. Evolução da Saúde na década e durante a pandemia	147
CAPÍTULO 5. Perfil das Instituições Contratadas no estado de São Paulo	157
5.1. Santas Casas.....	159
5.2. Organizações Sociais	169
5.3. Fundações Estaduais e de Apoio às Universidades.....	177
5.4. Principais Instituições Contratadas	181
CAPÍTULO 6. Considerações finais para uma agenda de pesquisa	199
BIBLIOGRAFIA.....	206
ANEXOS.....	213

INTRODUÇÃO

A contratualização é uma constante em nossa História e se confunde com a gênese e desenvolvimento do Estado Brasileiro que desde seus primórdios apoiou-se na oferta de bens e serviços pelo setor privado e das instituições filantrópicas. A contratualização recebeu um novo reforço com a reforma administrativa dos anos 90 (BRESSER PEREIRA, 1998; COSTA, 2008) que ampliou o rol de responsabilidades abarcadas por essa modalidade. Essa tendência observada para todo o Estado foi incorporada pela saúde pública, onde convênios de todas as naturezas resultam em complementariedade dos serviços públicos com a contratação das instituições privadas e não estritamente públicas, a exemplo das entidades filantrópicas.

Um capítulo adicional na observação da contratualização na saúde foi a pandemia do coronavírus em que duas decisões de ordem legal e econômica foram observadas: a destinação de recursos extraordinários para os entes subnacionais e a vedação de despesas adicionais com servidores¹, inclusive aqueles lotados na saúde pública. A literatura sobre economia da saúde ainda é muito recente acerca dos efeitos da ampliação dos recursos públicos ao combate da pandemia, em especial da estratégia dos estados brasileiros no tocante a análise da contratualização.

Os estados brasileiros foram os atores mais contundentes no combate ao coronavírus. Essa constatação deriva de dois fatores, pelo fato de possuírem a maior estrutura pública de atendimento ambulatorial de média e alta complexidade (demandada no tratamento do desenvolvimento agudo da doença) e da oposição promovida pelos governadores à política sanitária do Governo Bolsonaro.

¹ Destaca-se que durante a pandemia do coronavírus ocorreu a flexibilização das formas de contratação de serviços e compras de produtos, prescindindo das necessidades de editais de ampla concorrência e pregões. Artigo 4º da [Lei 13979/2020](#) e em nova redação dada pela [Lei 14035/2020](#) foram permitidas as compras e contratações por dispensa de licitação e convites em oposição às formas de ampla concorrência. Como decorrência dessa permissão, os Estados foram obrigados a criar os Portais Covid de Transparência com informações das despesas realizadas com base nessa permissão.

Favoreceu os estados a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei Complementar 173/2020 que suspendeu o pagamento das dívidas dos Estados com a União e com os Bancos Públicos Nacionais e Bancos internacionais em que o Governo Federal atuava como avalista. Além disso, a Lei transferiu recursos, divididos entre uma parte de livre movimentação quanto à destinação e de outra parte vinculada às despesas com Saúde e Assistência Social.

Realizando um recorte, esse estudo selecionou o estado de São Paulo como objeto de análise. Durante os seis capítulos, buscou-se avaliar os fatores que determinam a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde nos estados, a incorporação da contratualização em sua estratégia e o seu desenvolvimento nos anos 2010 e durante o biênio da pandemia.

Desse modo, a questão da pesquisa foi da estratégia adotada pelo estado de São Paulo durante a pandemia, dado que recursos extraordinários estavam disponíveis. A questão foi provocada da medida que essa estratégia foi favorecida no tocante a contratualização, dado as imposições da legislação. Ademais, buscando adotar uma postura de maior escala temporal, tratou-se de analisar a série dois anos da pandemia com a década de 2010.

Contextualizando de forma geral a questão da saúde nos estados dentro de um arcabouço fiscal mais amplo, essa tese organizou a literatura sobre a construção do marco fiscal brasileiro para o plano federal e sistematizou os impactos deste na esfera estadual. A mediação entre o plano fiscal e as despesas públicas com saúde se deu com a revisão da literatura referente a destinação de recursos vinculados, desde a incorporação do conceito de política social consagrado na Constituição Federal de 1988, passando pelas reformas dos anos 1990 até a Emenda Constitucional nº 29 que constitui os Fundos Estaduais de Saúde.

O maior desafio e, por conseguinte, a maior contribuição dessa tese é a proposição de uma nova metodologia para estudos de despesas com saúde nos estados. O esforço residiu em organizar as classificações orçamentárias de despesa e construir canais de diálogo entre tais conceitos e o debate econômico. Sugerimos a construção de Categorias que estabelecem a mediação entre as classificações orçamentárias e o debate econômico acerca da qualidade das despesas do Setor Público.

Outra contribuição que dialoga com a construção de Categorias foi a de organizar a multiplicidade de registros das instituições contratadas, diagnosticada através do nome social disponível nos registros das bases, em agrupamentos de interesse no interior do grande grupo da contratualização.

O documento está organizado em seis capítulos, além dessa introdução. O capítulo um apresenta a construção do marco fiscal brasileiro e da constituição legal das fontes de financiamento da saúde pública brasileira e, em especial, dos estados. Para tal, o trabalho foi dividido em quatro seções. A primeira, intitulada **“Constituição Federal de 1988 e ajuste fiscal permanente: contradição e conflitos dos anos 1990”**, trata da reconstituição do conflito, durante o Plano Real, que se travou entre a consolidação do ajuste fiscal e o financiamento do Sistema Único de Saúde. Objetivou-se apresentar a contradição que estava presente na sociedade e estados brasileiros durante o começo da década de 1990, em que se antagonizaram a internalização das reformas de orientação liberal e a construção de um novo conceito de cidadania centrado nos direitos sociais.

A segunda seção do capítulo um intitulada **“Os conflitos federativos entre estados e União após a Constituição Federal: confisco das receitas e transferência das obrigações”** apresenta como os estados brasileiros foram impactados pelas reformas dos anos 1990, assumindo, de um lado, parte da responsabilidade na geração dos superávits fiscais para o Consolidado do Setor Público e, de outro, a ampliação das despesas com a saúde pública. Argumenta-se, nessa seção, que a crise financeira, originada ainda nos anos 1980 com duração até os anos 1990, fragilizou a posição dos governadores nos sucessivos acordos, levando a uma reorganização patrimonial e fiscal dos entes federativos subnacionais através das privatizações, renegociações de dívidas e perda da capacidade de realizar política fiscal.

A terceira seção do capítulo chamada **“Descentralização e Orçamento Público de saúde nos anos 1990”** detalha o processo de descentralização de recursos e responsabilidades promovidas na formação do SUS. Para tal, foi cotejado esse movimento de descentralização no tocante aos municípios e estados, apontando a preponderância do primeiro ente federativo. Essa seção auxilia a compreender o ingresso tardio dos estados na assimilação de estruturas organizacionais e

econômicas do SUS. Embora tardiamente, a conformação dos Fundos Públicos Estaduais de Saúde representaram um volume de recursos considerável e sobre este recai a metodologia analítica proposta pelo estudo, buscando desvelar o papel que esses recursos cumprem na dinâmica política e sanitária das realidades estaduais.

Por fim, com a quarta seção **“O debate econômico sobre a saúde: as diferenças conceituais e metodológicas entre a Economia da Saúde e a Economia Política da Saúde”** apresenta o debate econômico da saúde. Neste, há uma revisão de literatura sobre as áreas de pesquisa econômica sobre a saúde principalmente no que tange o seu financiamento. As áreas *Economia da Saúde* e *Economia Política da Saúde* foram analisadas quanto a seus pressupostos, metodologias, diagnóstico e agenda de reformas. Propusemos que a tese largamente veiculada pelos membros da *Economia Política da Saúde* de que o principal problema do SUS é o subfinanciamento deveria ser analisada no cenário extraordinário que a pandemia gerou em termos de recursos mobilizados. Durante os dois primeiros anos da pandemia, os estados contaram com recursos adicionais e ampliaram suas despesas com a Saúde. No entanto, tais dispêndios não levaram a mudanças qualitativas sobre a infraestrutura e/ou os recursos humanos que estruturam o SUS.

Em seu encerramento, há comentários acerca da contribuição metodológica e teórica ao debate econômico da Saúde e de diagnóstico do Sistema Único de Saúde (SUS). Os apontamentos foram no sentido de apresentar esse trabalho como uma contribuição ao estudo das despesas públicas com Saúde como baliza de um diagnóstico dos limites do SUS. Este se deve, entre outras razões, pela institucionalização de interesses privados e outros interesses não-públicos (filantrópicos, entre outros).

O capítulo um reconstrói, desse modo, a gênese e a implementação da agenda fiscal brasileira dos anos 1990 e como os estados brasileiros foram fundamentais no equacionamento dessa questão e da garantia de recursos para o Sistema Único de Saúde. Ademais, apresenta algumas conclusões da dupla determinação a qual os estados foram compelidos: perda de base fiscal e vinculação de receitas às despesas com Saúde.

O capítulo dois é a descrição da metodologia adotada. De forma bastante detalhada, às vezes até repetitiva, foram apresentados os conceitos técnicos e as decisões tomadas diante dos dilemas metodológicos. Essa forma de apresentação exaustiva decorre do terreno exploratório que esse trabalho se insere, uma vez que propõe estudo das despesas com saúde a partir das bases de microdados de execução orçamentária.

Usualmente os trabalhos do mesmo campo se utilizam da base de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) que centraliza e valida dados municipais, estaduais e federais. O SIOPS têm sido fundamental às pesquisas econômicas. No entanto, a proposta desse trabalho foi de utilizar o potencial das bases de microdados pelo fato de possuir um número maior de variáveis qualitativas, a exemplo das instituições contratadas. O intuito foi de apresentar toda a trajetória percorrida para que os pesquisadores futuros possam replicar esse estudo, ampliá-lo para outras unidades federativas e para outras áreas de interesse social que transitam pelo orçamento público, como Assistência Social, Cultura, Educação, Habitação, Segurança Pública, Legislativo, Justiça etc.

O capítulo três condensa os avanços analíticos e quantitativos da problematização dessa tese, a saber, a contratualização nos orçamentos de Saúde do estado de São Paulo entre 2010 e 2019 e os impactos da pandemia dos anos de 2020 e 2021 sobre essa tendência.

A análise apreende a dinâmica das despesas para os 12 anos de forma conjunta e por recortes anteriores (2010 a 2019) e durante a pandemia (2020 e 2021) e foram trabalhadas as agregações existentes – tais como despesas com Pessoal, Investimentos e as sub-agregações², como Vencimentos e Vantagens Fixas por exemplo – de modo a avaliar as mudanças em sua composição. Em especial, foram monitoradas as rubricas relativas às despesas envolvendo os servidores permanentes e os demais agrupamentos de despesa, organizadas na categorias *Servidores e CLT e Contratos*.

² Esses conceitos serão trabalhados com maior profundidade no capítulo específico sobre metodologia.

O quarto capítulo analisa as conjunturas das receitas e despesas que se alternaram no período analisado. Nas duas primeiras partes do capítulo – exceto a introdução – são analisadas as dinâmicas gerais do orçamento público de São Paulo, a saber, o panorama geral das mudanças observáveis durante todo o período e as despesas gerais pelos agregados de despesa. A excepcionalidade da pandemia expressa nas receitas e despesas do biênio 2020-2021 é a preocupação da quarta seção, onde foram organizadas as decisões legais que determinaram o desempenho da elevação da contratualização da saúde no período.

A quinta seção do quarto capítulo contém a análise das despesas com saúde durante todo o período. Seguindo a questão da contratualização, o objetivo foi de verificar de aprofundamento das condições e particularidades que assume a contratualização do orçamento da saúde em oposição às despesas com o quadro de servidores e da estrutura pública. Trata, adicionalmente, de elencar os principais beneficiários da terceirização quanto a forma de organização (Fundação, Santa Casa, Organização Social, Empresa Privada) e as modalidades mobilizadas (Contratos das mais variadas formas, Lei específica, Transferências etc.) de acordo com as possibilidades permitidas pela base de dados.

Por fim, como desenvolvimento dos progressos da seção anterior, no quinto capítulo são analisadas as instituições beneficiadas pelo processo de contratualização do orçamento da saúde paulista. Compiladas por setores de interesses ou razão social, as maiores entidades são apresentadas de forma a caracterizar seus perfis e capilaridade no estado.

Por fim, a conclusão busca uma síntese geral do trabalho e os potenciais que a pesquisa exploratória criam para continuidade e ampliação do escopo dessa pesquisa.

CAPÍTULO 1. Saúde Pública e Estados Brasileiros: constituição e desenvolvimento de potencialidades do Sistema Único de Saúde

Esse capítulo busca acompanhar os aspectos de ordem macroeconômica e federativa que constituem a institucionalidade de construção do SUS nos estados brasileiros. Para tal, o trabalho foi organizado a partir da questão federal como cenário em que se insere as mudanças promovidas nas finanças estaduais nos aspectos fiscais e na participação do processo de construção do SUS.

O trabalho foi dividido em 3 seções. A primeira analisa o ambiente de reformas institucionais e macroeconômicas da década de 1990 na qual se insere o conflito entre a constituição do SUS e a constituição do marco fiscal de natureza restritiva. O esforço foi por apreender a conjuntura de incorporação das reformas de ordem liberal que o Brasil buscava realizar concomitante à construção de um estado de direitos sociais que a Constituição de 1988 promulgou.

A segunda seção analisa os impactos que as medidas dos anos 1990 tiveram sobre o federalismo fiscal nos estados. Percorrendo os modelos de federalismo fiscal desde o governo autoritário, será analisado a descentralização de recursos delineado pela Constituição de 1988 em conflito com as políticas fiscais dos anos 1990 e como a reação pela recentralização agirá sobre as finanças estaduais.

Ademais, será analisado a Lei de Responsabilidade Fiscal que sacramentou o Regime Fiscal dos Estados em um conjunto de regras entre as quais a que cria limites para as despesas com servidores públicos, variável relevante no processo de contratualização da Saúde.

A seção seguinte trata da questão federativa da saúde, notadamente sobre a inexistência de regras definidas acerca do papel desempenhado pelos estados na elaboração e execução de políticas de saúde. Essa preocupação é acompanhada pela tardia descentralização de responsabilidades para os estados durante os anos 1990 e seus reflexos sobre a subparticipação no SUS como um todo. Essa situação é cotejada com a Emenda Constitucional 29 que incorpora os estados como fonte de financiamento do sistema.

Por fim, são comentados os aspectos legais contábeis de acompanhamento dos valores dos Fundos Estaduais através das metodologias disponíveis, buscando

estabelecer parâmetros de mensuração dos impactos sobre a trajetória do financiamento global do SUS.

1.1. Constituição Federal de 1988 e ajuste fiscal permanente: contradição e conflitos dos anos 1990

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central, todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios.

Jairnilson Silva Paim

A Saúde Pública como um direito social é uma construção recente. Até 1988, não havia entendimento da Saúde como um direito universal. A Constituição Federal Brasileira de 1988 incorporou, em seu artigo 194, a saúde – junto da previdência e assistência social – como um direito social, garantido como um “conjunto de integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988)

O pressuposto dessa formulação envolve a cobertura integral da população independentemente da inserção profissional e da condição de saúde, conforme salienta Paim na epígrafe desse capítulo. Ao se aglutinar a assistência, saúde e previdência em um só orçamento, a Constituição de 1988 criou uma política social abrangente à toda população brasileira, superando o modelo privatista anterior³.

O conceito de seguridade social como uma unidade orçamentária foi desmobilizado legal e fiscalmente no decorrer da década de 1990. De maior

³ Braga e Paula (1986) apresentam a gênese, desenvolvimento e crise do “modelo previdenciário” de Saúde que vigorou durante a ditadura militar. O modelo dual era assentado na saúde pública, dotada de recursos ínfimos, e a saúde previdenciária, que atendia às classes de trabalhadores cobertas pela carteira de trabalho.

relevância em termos orçamentários, a questão previdenciária foi a mais debatida entre as sucessivas contrarreformas e a sua análise em separado precipitou o desmembramento do Orçamento da Seguridade Social.

Conforme Gentil (2006), os argumentos de déficit da previdência utilizados nas reformas durante as décadas de 1990 e 2000 apresentavam uma metodologia diferente da inscrita na Constituição Federal. O argumento da “déficit da previdência”, que viria se tornar corriqueiro no debate econômico nacional, rompe, inicialmente, com o texto constitucional, para depois redefinir os termos acerca da sustentação da saúde pública, assistência e previdência social.

A despeito do texto constitucional avançar sobre as políticas sociais do período da ditadura (1964-1985), o cenário global do final dos anos 1980 era de reversão dos direitos sociais e coletivos, com a incorporação das recomendações do Consenso de Washington (BELLUZZO; ALMEIDA, 2002) . A promulgação da Constituição Federal ocorreu no momento de abertura comercial e financeira, cuja essência já denotava o alinhamento às prerrogativas neoliberais e cuja intensidade iria ser ampliada na década seguinte.

Posteriormente, na década de 1990, quando os países desenvolvidos já haviam se reestruturado e a globalização se tornou avassaladora, o país adotou o liberalismo e as teses do Consenso de Washington - de forma acelerada, para poder recuperar o "tempo perdido" -, assumindo uma inserção totalmente subordinada na nova ordem internacional, em que pese a criação do Mercosul. Por fim, quando o liberalismo começou a dar seus primeiros sinais de esgotamento no interior dos espaços nacionais dos países desenvolvidos, no Brasil ele se tornou hegemônico, de forma incontestável, a partir do Plano Real. (FILGUEIRAS, 2000, p. 70)

Desse modo, existia uma contradição inarredável para a sociedade brasileira do início dos anos 1990. Ao passo que se deliberava por um conceito amplo de cidadania, consubstanciado no conceito de Seguridade Social, a economia caminhava no sentido de ampliação dos seus mercados aos fluxos

internacionais de capitais, mercadorias e serviços⁴, englobando a abertura econômica e a reconfiguração patrimonial do Estado Brasileiro com as privatizações e ampliação das concessões à iniciativa privada local e internacional.

Essa contradição fomentou o conflito que se estabeleceu no entorno do financiamento da saúde pública durante os anos 1990. De um lado, incorporou-se paulatinamente medidas de contenção fiscal de modo a se mobilizar excedentes fiscais na dinâmica orçamentária e, de outro, formou-se um bloco de pressão crescente por determinação de receitas exclusivas para a saúde pública. Exporemos cada um desses lados dos conflitos e a solução encontrada no ano de 2000 seja para o campo fiscal, seja para as vinculações de recursos ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

O Plano Real cujo objetivo inicial foi o controle inflacionário⁵, possui uma relação igualmente duradoura com o ajuste fiscal, que inclusive o antecede como prática de gestão macroeconômica. Belluzzo e Almeida (2002) ressaltam que a agenda fiscal já estava presente na conjuntura do primeiro ano do Governo Collor, revertendo a posição líquida das necessidades de financiamento do Setor Público entre 1989 e 1990.

É fato que a questão fiscal foi a primeira preocupação na formulação do plano anunciado em fins de 1993, correspondendo à primeira fase de sua execução, embora as medidas tomadas não configurassem um ajuste em profundidade do setor público. A principal delas foi a criação do Fundo Social de Emergência (depois Fundo de Estabilização Fiscal), que permitia que se desvinculassem das despesas 20% das receitas orçamentárias. O fato, porém, é que nessa matéria

⁴ Fagnani (2005, PARTE IV) apresenta as contrarreformas situadas entre 1993-2002 que buscavam reorientar os avanços obtidos com a Constituição Federal de 1988.

⁵ Bacha (1998) faz um resgate linear das decisões e medidas adotadas durante a implementação do Plano Real. Belluzzo e Almeida (2002) contabilizam a conjuntura de liquidez internacional do início dos anos 1990 como determinante ao sucesso da estratégia adotada: "Isso foi possível graças à deflação da riqueza mobiliária e imobiliária observada já no final de 1989 nos mercados globalizados. A recessão americana, que se prolongou até meados de 1992, e o "estouro" da bolha especulativa japonesa foram fatores que exigiram grande lassidão das políticas monetárias, com o propósito de tornar possível a digestão dos desequilíbrios correntes e do balanço patrimonial de empresas, bancos e famílias, atingidos pelo colapso do exuberante surto de valorização de ativos que se seguiu à intervenção salvadora de 1987." (BELLUZZO; ALMEIDA, 2002, p. 365)

o plano não se apoiou nas medidas da sua primeira fase, mas sim na herança do período anterior. Como é sabido, alguns resultados do Plano Collor tiveram significado transitório, incluindo os que transformaram o volumoso déficit fiscal de 1989 em superávit no ano seguinte e os que permitiram o substancial rebaixamento da dívida do setor público. (BELLUZZO; ALMEIDA, 2002, p. 363–364)

A continuidade da agenda fiscal sob Governo Itamar apresentou uma prática que irá acompanhar o Plano Real continuamente: a desvinculação de receitas da União. Na conjuntura de 1993, quando da formulação da Proposta Orçamentária para o ano de 1994, o congresso aprovou “*uma emenda constitucional (que ficou conhecida como Fundo Social de Emergência), permitindo a esterilização, para os anos fiscais de 1994 e 1995, de 20% das destinações orçamentárias*” (BACHA, 1998, p. 18–19). A criação do Fundo se deu em conjunto com outras medidas pontuais, como a elevação da alíquota dos impostos federais e a diminuição das transferências constitucionais para estados e municípios (FILGUEIRAS, 2000, p. 102).

O Fundo Social de Emergência atuou, segundo Bacha (1998), como âncora fiscal aos preços, rompendo o ciclo de financiamento inflacionário do orçamento público. A sua renovação no ano de 1996 (BRASIL, 1996) já se deu sob o nome de Fundo de Estabilização Fiscal. Em 2000 passa a ser chamado Desvinculação de Receitas da União (DRU). O instrumento da desvinculação de parte das receitas, embora formulado com propósitos anti-inflacionários, persiste até os dias atuais, sendo renovado continuamente pelo Congresso nos primeiros anos das gestões presidenciais.

O Plano Real em sua primeira fase, onde foram instituídas as bases da âncora cambial, teve na questão fiscal um suporte importante, mas não central se tomarmos como ponto de referência as modificações ocorridas ao longo da segunda metade do primeiro Governo FHC e instituídas após 1999. A âncora cambial atuou como o principal organizador interno dos preços, constringendo o setor *tradeable* a equiparação internacional dos preços. A preocupação macroeconômica centrada exclusivamente na inflação é o “calcanhar de Aquiles” do Plano, dado que as demais variáveis restaram destravadas para oscilar livremente.

Tavares (1998) trata, antes mesmo da derrocada da âncora cambial, das vulnerabilidades externa e financeira do Setor Público como os principais "calcanhares de Aquiles" do Plano Real. Além das implicações sociais que corroeriam internamente o apoio ao Plano, as vulnerabilidades atuariam como elemento desorganizador das taxas de juros públicas e privadas que levariam a uma espiral de revisões para cima, inviabilizando sua manutenção a médio e longo prazo.

As crises internacionais, inicialmente no México (dezembro de 1994) e depois nos países asiáticos (idos de 1997) e Rússia (1998), corroborariam a urgência da reciclagem desse modelo. A conjuntura que o Plano Real atravessou nos dois primeiros anos de implementação mudou radicalmente com o efeito contágio que essas crises trariam para a gestão econômica doméstica. Em companhia das crises, reapareceram as orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI) como contrapartida às necessidades de empréstimos⁶.

O ano de 1998 foi o da derrocada da crise da âncora cambial do Plano Real, embora não sem antes contar com contornos dramáticos dado sua manutenção artificial durante o ano eleitoral. A negociação em meio ao período eleitoral que se estabeleceu entre o Governo em campanha para reeleição e o FMI elevará o ajuste fiscal – agora permanente e praticamente constitucional – à primeira ordem.

Ainda em 1998 o acordo previa um Programa de Estabilização Fiscal para o seguinte triênio, cujo ajuste seria dividido entre elevação de impostos e cortes de despesas na previdência e novo ajuste nos estados e municípios. (BELLUZZO; ALMEIDA, 2002, p. 399–400).

O ano de 1999 foi de reorganização da política macroeconômica, com a reciclagem completa do Plano Real, que transitou da âncora cambial para a âncora fiscal⁷. Desde a reciclagem do Plano Real, ocorrida nos primeiros dias de

⁶ O acordo do Plano Brady foi o último realizado entre o Brasil e o FMI e selou a relação de rolagem das dívidas iniciadas na década de 1980. Ver Filho (1994) e Batista (2004).

⁷ O Plano Real compreendia o tripé macroeconômico que além da âncora fiscal, apoiava-se no câmbio flutuante e no Regime de Metas Inflacionárias. Para um balanço completo da reciclagem ocorrida no plano macroeconômico, ver capítulo VI de Filgueiras (2000),

1999, passando pela gestão fiscal de modo a gerar superávit primário (3% em 1999 contra 0% em 1998), o ano foi fundamental pela mudança que se opera no marco fiscal com a formulação e tramitação da Lei de Responsabilidade Fiscal que só seria promulgada em 1º de maio de 2000.

Em que pese a importância da questão fiscal à implementação do Plano Real ao longo do primeiro Governo FHC, a mudança que ocorreu a partir dos acordos com o FMI no ano de 1999 é de sua elevação ao status de maior importância para a gestão macroeconômica. Carneiro (2002) ao promover o balanço da primeira fase do Plano Real atenta para o custos financeiros que a ancoragem cambial levava às contas públicas, em que a questão fiscal, embora relativamente equacionada no âmbito da despesa primária, passa a ser tencionada na dimensão financeira, dado a revisão permanente para cima da taxa de juros doméstica no contexto de 1998-1999.

Os efeitos deletérios da estabilização sobre as contas públicas foram ainda mais significativos, tanto do ponto de vista corrente quanto do patrimonial. Examinemos o primeiro aspecto pelo comportamento das contas fiscais. Os indicadores de déficit mostram que o país deixa uma situação de relativo equilíbrio fiscal com expressivos superávits operacionais em 1993 e 1994 para uma trajetória de desequilíbrio caracterizada por déficits operacionais crescentes até 1998, quando se inicia o programa de ajuste fiscal acarretando a obtenção de superávits primários da ordem de 3% do PIB.

A análise da composição desses déficits mostra, inequivocamente, que se deveram a uma carga de juros crescente que chegou a patamares inusitados em 1998 e 1999. Em contrapartida, o balanço primário manteve-se basicamente equilibrado no mesmo período, não tendo, portanto, nenhuma responsabilidade na formação desse déficit. Pode-se concluir, então, que o déficit teve origem puramente financeira, ou seja, resultou diretamente da manutenção da taxa de juros elevada que foi uma peça essencial da abertura e da estabilização. (CARNEIRO, 2002, p. 388)

A insustentabilidade do Plano Real no binômio taxa de juros elevada e taxa de câmbio sobrevalorizada, exaurida pelo crescimento da Dívida Pública, levou às reformas do ano de 1999 com a adoção do superávit primário como principal

mecanismo de gestão da Dívida Pública⁸. Se a implementação do Plano Real se opunha à inflação inercial que a economia amargava desde a década anterior, a revisão do Plano Real em 1999 se contrapunha aos efeitos patrimoniais herdados da política de controle dos preços.

Os estoques de Dívida Pública como proporção do PIB tornaram-se a variável central de acompanhamento da gestão macroeconômica. A geração de superávits primários por todos os entes federativos impôs-se como elemento organizador da atividade pública, desde a formulação até a execução dos orçamentos, que passaram a se balizar pela diferenciação entre receitas e despesas primárias.

Além de fixar princípios e normas gerais para os três níveis de governo e para todos os Poderes, a LRF estabelece três tipos de regras: (a) metas gerais e limites para indicadores selecionados; (b) mecanismos institucionais de correção, para os casos de descumprimento temporário; e (c) sanções institucionais para não-cumprimento definitivo. (TAVARES, 2005, p. 95)

Quanto à Dívida Pública, a LRF⁹ estipulou a fixação após sua aprovação de limites ao endividamento da União, estados e municípios. No entanto, nunca foi aprovado a regulamentação para a União, sendo desmembrado a parte que lhe cabia e restando apenas a indicação de limites para os estados e municípios.

Assim, poucos meses depois de publicada a LRF, o Poder Executivo Federal enviou ao Congresso Nacional: tanto um projeto de lei para limitar a dívida mobiliária federal, quanto um projeto de resolução do Senado para tratar da dívida consolidada das diferentes esferas de governo— mas este foi desdobrado em duas partes, só tendo sido aprovado o que fixou

⁸ Peres (2017) analisa os padrões de gestão da Dívida Pública Federal entre 2000 e 2015, acompanhando o debate econômico instalado dentro dos marcos da política fiscal inaugurada com as reformas de 1999 e cotejando o saldo do debate com as práticas implementadas pelos Governos que se alternaram nesse período.

⁹ Antes, a Constituição já determinava a competência do Senado para definir limites às dívidas consolidadas de todos os entes e dívida mobiliária federal: “Sobre o endividamento público, a Constituição de 1988 determina: primeiro, compete exclusivamente ao Senado Federal fixar limites para a dívida consolidada (mas este só o fez para os Estados e Municípios, e não para a União); segundo, cabe ao Congresso Nacional, através de lei (ordinária), fixar limites, específicos para a dívida mobiliária federal.”. (Afonso, 2010, 11)

limites e condições para dívidas estaduais e municipais. (AFONSO, 2010, p. 11)

O descumprimento da LRF situou-se apenas nesse ponto específico de determinação de limites ao endividamento federal. Os demais pontos (**Tabela 1**) tiveram sucesso e se incorporaram às práticas objetivas e subjetivas da política fiscal brasileira, estabelecendo novos marcos à ampliação de despesas, que passaram a ser justificadas com fontes permanentes de receitas. As despesas com Pessoal, em específico, a partir de então deveriam, adicionalmente à indicação de fontes de receitas, estar enquadradas dentro de determinado percentual como proporção das receitas disponíveis.

Tabela 1. Principais modificações promovidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Orçamento Público – Planejamento	Formulação da Proposta de Lei Orçamentária exige anexo de riscos fiscais, estabelecendo os critérios macroeconômicos adotados na estimação de receitas e os riscos envolvidos de todas as naturezas em sua efetivação
Orçamento Público – Transparência	Prestação de contas do Executivo ao Legislativo através dos relatórios quadrimestrais, que constam despesas com pessoal, trajetória do endividamento e das receitas, anexos previdenciários e despesas gerais.
Orçamento Público – Criação de novas despesas	Exigência de apontamento das fontes de financiamento.
Despesas com Pessoal	Até 60% das Receitas Correntes Líquidas para estados e municípios e 50% para Governo Central. Limites englobam os 3 poderes.
Limites com Dívida Pública	Municípios: 120% da Receita Corrente Líquida Estados: 200% da Receita Corrente Líquida.
Empréstimos entre entes federativos	Vedação da renegociação de dívidas entre entes federativos, notadamente as relações entre União e estados e municípios em que as rolagens se inscreviam nas práticas dos anos anteriores.
Punições	Uma ampla gama de punições, que vão desde alertas administrativos, passando por retenção de repasses de recursos, a imputação por crime de responsabilidade e a prisão de governante.
Ciclo Político e Despesas	Vedação de empenho de despesas novas a 6 meses do período eleitoral, além da proibição de transferência dos pagamentos para anos subsequentes

Benefícios fiscais, como Remissões, Desonerações, etc.	Obrigações de inscrição desses recursos na Lei orçamentária
Banco Central	Prestação de contas de operações que podem gerar necessidades de financiamento.

Fonte: Quadro adaptado de Tavares (2005).

A consolidação do percentual de despesas com Pessoal em 60% para estados e municípios, incluído os 3 Poderes, teve impactos profundos na dinâmica das contratações e ampliações dos serviços públicos que se encontravam em franca ampliação diante da construção do Sistema de Seguridade Social.

Ademais, a obrigação de um teto do funcionalismo dialogava diretamente com as medidas federais adotadas no âmbito da Reforma Administrativa ocorrida nos anos anteriores (BRESSER PEREIRA, 1998; COSTA, 2008) que estipulava paulatinamente a transferência de responsabilidades do Setor Público para a sociedade através das contratualizações. O excerto de Antico et al (2015) abaixo selecionado define o conceito selecionado:

Essa situação – associada a uma crise fiscal e a um contexto de profundas mudanças na economia e na sociedade norteou o processo de reforma administrativa tentado nos anos 1990, com a proposta de transferir a execução de partes da ação pública para o terceiro setor e o setor privado, em função da separação de responsabilidades, cabendo ao Estado as tarefas de formular, monitorar e avaliar os resultados alcançados pelos agentes executores” (ANTICO et al., 2015, p. 192).

O ponto de diálogo entre a LRF e a Reforma Administrativa reside em que esta última criou as instituições nem privadas nem públicas, a exemplo das Organizações Sociais, que passaram a assumir as funções de gestão e de execução de funções-fim do Estado. Esses contratos possuem uma particularidade que unirá LRF e Reforma Administrativa que é o fato de não

serem contabilizados como despesas com Pessoal, mas em outra classificação orçamentária¹⁰.

Desse modo, o Estado poderia ampliar seus serviços e constituir uma rede sem incorrer nos riscos das penalizações previstas ao desrespeito das despesas com Pessoal. A contratualização seria incentivada de forma indireta como meio dos prefeitos e governadores darem vazão às demandas da sociedade sem chocarem com as aparas da LRF.

Os estudos empíricos sobre a LRF¹¹ atestarem seus efeitos imediatos sobre a trajetória da despesa com Pessoal, mas não se detiveram sobre os efeitos dessa migração de recursos para entidades não públicas. Giuberti (2006) analisa mais de três mil municípios brasileiros entre 1997 e 2003 para concluir que elementos para concluir que a LRF é relevante como variável explicativa do controle com gastos de Pessoal, principalmente entre os municípios que as despesas eram maiores antes da Lei, embora nesses casos exista alto grau de dependência das transferência de recursos entre os entes.

A contratualização foi uma constante entre todos os entes federativos nacional e subnacionais, independentemente do recorte regional. A queda da participação das despesas com Pessoal no orçamento é elemento central da análise que faremos adiante no capítulo referente ao estado de São Paulo, pois dessa mudança promovida com a junção da Reforma Administrativa com a LRF nasceu

¹⁰ Na seção referente à metodologia serão trabalhados os conceitos técnicos de classificação orçamentária.

¹¹ Dalmonech et. al. (2011) mostra como a LRF tem um vício de discricionaridade em seus efeitos, penalizando “os estados com maior capacidade fiscal, administração fazendária mais organizada e conseqüentemente maior crescimento econômico” (DALMONECH; TEIXEIRA; SANT’ANNA, 2011, p. 1194) que são justamente os estados com maior representatividade do PIB nacional: “caso dos estados da Bahia, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo que representam 76,10% do Produto Interno Bruto brasileiro” (idem). Para os autores, essa constatação decorre do fato desses estados assumirem papel decisivo nos investimentos em infraestrutura. “Isso favorece a ineficiência econômica dos estados com menor crescimento econômico, devido à falta de investimentos em infraestrutura, modernização de serviços públicos, redução de gastos sociais e, conseqüentemente, renúncias fiscais, podendo ainda oferecer prestação de serviços de baixa qualidade ou de alto custo. Isso permite inferir que a Lei no 101/2000, desse ângulo, teve impacto negativo no crescimento econômico dos estados.” (DALMONECH; TEIXEIRA; SANT’ANNA, 2011, p. 1194)

um potencial de valorização que é a obtenção de recursos públicos para instituições privadas e filantrópicas.

Com a aprovação da LRF e a revisão da política macroeconômica ocorrida em janeiro de 1999 findou-se a construção do marco fiscal que vigoraria no Brasil para os 15 anos seguintes. Esse marco foi novamente reformado com a aprovação do Novo Regime Fiscal em 2016 (BRASIL, 2016) que instituiu o teto de gastos para o Governo Federal, gerando uma nova rodada de constrangimento à política fiscal e, em específico, às políticas sociais¹².

A despeito das mudanças promovidas com o Novo Regime terem impactos profundos sobre a Política Fiscal dos próximos 20 anos, elas não se estendem legalmente¹³ às despesas dos estados e municípios, que permaneceram vinculados ao arranjo macro institucional de 2000. De todo modo, não é dispensável reforçar que o sentido da construção de uma institucionalidade fiscal, erigido no Brasil desde o final dos anos 1980 com a eleição de Collor, manteve-se o mesmo.

A constituição do marco fiscal brasileiro entre o final dos anos 1990 e 2000 se deu em conflito constante com a implementação do orçamento da seguridade social e, em especial, da construção do Sistema Único de Saúde, como tratado no início dessa seção. Com a Constituição Federal, o saldo em termos de política social foi de afirmação de um conceito amplo sobre cidadania e direitos. No entanto, ao se articular conjuntamente saúde com assistência e previdência social criou-se um conflito na determinação dos recursos no interior do orçamento geral da seguridade.

Tem-se, portanto, dois conflitos percorridos pelos partidários da consolidação do SUS nesse primeiro momento, no imediato pós-Constituição Federal, e ambas tratam da disputa pelas fontes de financiamento no Orçamento Federal. O primeiro conflito se deu entre a Seguridade Social e a consolidação de um ajuste

¹² Para impactos da EC 95 sobre os investimentos em educação, ver Rossi et al., (2019). Freitas (2017) desenvolve os conflitos entre a EC 95 e a vinculação de receitas com as despesas obrigatórias com saúde e educação públicas preconizadas na Constituição Federal de 1988.

¹³ Rigorosamente podemos apontar impactos que é a redução das despesas com as áreas sociais e ele se dá através da queda dos convênios voluntários entre os estados e municípios com a União. Desse modo, para registrar, o Novo Marco Fiscal cria conflitos de forma indireta.

fiscal permanente e o segundo conflito ocorreu no interior da seguridade social, da disputa entre as áreas por orçamentos. Trataremos de cada um dos conflitos como forma de reconstrução das decisões tomadas durante a década de 1990 que serão fundamental à compreensão do modelo fiscal brasileiro e de financiamento da saúde pública.

Conforme tratado anteriormente, a consolidação do marco fiscal brasileiro durante os anos 1990 foi da desvinculação de receitas desde a LDO de 1994 via Fundo Social de Emergência, depois Fundo de Estabilização Financeira e depois nas Desvinculações de Receitas da União. No entanto, existe uma particularidade nesse conflito que deriva da própria orientação da Constituição acerca do financiamento do Orçamento da Seguridade Social, ancorado nas contribuições sociais.

Desse modo, as contribuições sociais possuem uma função central tanto para o financiamento do Orçamento da Seguridade Social quanto para o financiamento regular do Governo Federal. As únicas fontes expressas de financiamento da seguridade foram as contribuições de empregadores e trabalhadores – além dos concursos – que foram vinculadas à tais destinos no artigo 195¹⁴. As demais obrigações do referido artigo não vinculavam recursos ou fontes, apenas indicando “*recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do DF e dos Municípios*” (BRASIL, 1988), um texto vago que na dinâmica de conflito orçamentário ocuparia um espaço marginal nas preocupações alocatícias.

¹⁴ “Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I — dos empregadores, incidente sobre a folha de salário, o faturamento e o lucro

II — dos trabalhadores

III — sobre a receita de concursos de prognósticos

S 12 As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União. 5 22 A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos” (BRASIL, 1988).

No entanto, existe uma outra importância que as contribuições sociais crescentemente assumiram para o Governo Federal que deriva da mudança tributária federativa que a Constituição Federal promoveu. A Constituição Federal promoveu descentralização de receitas e de poderes para os estados e municípios e gerou, como resultante desse processo, a crescente dependência da União das contribuições sociais.

Ocorre que um dos mecanismos de fortalecimento das finanças estaduais e municipais se deu através da repartição dos tributos federais (IR, IPI, ITR, etc.) através dos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM). As contribuições sociais, no entanto, não entram no computo das repartições. Por essa razão, elas ganharam importância na Receita Disponível no imediato pós-1988, passando de 29% em 1988 para 37% em 1993 (**Tabela 2**).

Tabela 2. Carga Tributária: nível e divisão por governo

Níveis de governo	1980	1988	1993	1994
Receita Tributária em % do PIB	24,5	22,4	26,4	28,6
Distribuição da Arrecadação Direta (% do Total)				
União	75	71	68	68
Impostos	38	36	28	27
Contribuição à Seguridade	28	29	38	38
Estados	22	26	27	27
Municípios	3	3	5	5
Distribuição da Receita Disponível (% do Total)				
União	69	62	58	60
Contribuição à Seguridade	28	29	37	40
Fiscal	41	33	21	20
Estados	22	27	26	25
Municípios	9	11	16	15

Fonte: Adaptado de Afonso (1995).

A repartição dos principais impostos federais e o fato dessa obrigação não se estender às contribuições sociais fizeram destas uma fonte fundamental ao Governo Federal. Esse resultado do pacto distributivo federativo implementado com a Constituição Federal levou ao primeiro conflito entre o ajuste fiscal e o orçamento da seguridade social no que tange a disputa pelas receitas das

contribuições sociais. Dain (2001) aponta o uso indevido desses recursos para custeios que não os obrigatórios segundo a legislação.

Em 1991, as contribuições sociais chegaram a representar 9,2% do PIB, ou seja, 57,5% da carga tributária da União, e mais de 33% da carga tributária global. A insuficiência de recursos para os programas sociais deve-se ao fato de que, nesse ano, 95% dos gastos com os inativos da União eram financiados indevidamente por essas fontes (DAIN, 2001, p. 134).

Em tese, o orçamento da seguridade cresceu durante os anos 1990 e 2000, dado que essa excepcionalidade das contribuições sociais serem recursos livres de vinculação aos fundos de repartição¹⁵ ter levado o Governo a criar tributos dessa natureza. No entanto, o respeito ao Orçamento da Seguridade Social nos moldes legais, nunca foram respeitados.

No caso da saúde, as funções do INAMPS foram repassadas ao Ministério da Saúde no início da década, assim como as responsabilidades gerenciais e financeiras pela assistência médica dos hospitais públicos, filantrópicos e conveniados, além do comando do processo de descentralização destas ações. Até muito recentemente, o Ministério não tinha acesso às fontes de receita vinculadas a seu financiamento e arrecadadas pela União. Tampouco consegue apropriar-se de receitas controvertidas, como a CPMF, criadas em seu nome, de modo a diluir a rejeição ao novo imposto no caráter meritório dos gastos. Na prática, a dimensão universalizante do projeto da Seguridade Social brasileira foi minimizada, o que não decorre, como se afirma, do caráter perdulário do capítulo da Ordem Social da Constituição de 1988. Sua crise de financiamento, como se pretende demonstrar, poderia ter sido muito atenuada, de 1990 a 1997, se a alocação dos recursos vinculados a estes programas tivesse respeitado sua destinação constitucional (DAIN, 2001, p. 134).

¹⁵ Além disso, a elevada participação dos estados e municípios na receita do IR e do IPI levou a União a optar por elevar a carga tributária via contribuições sociais, fugindo da obrigação de compartilhar os recursos com as outras esferas de governo. Com isso, as contribuições sociais que representavam 8,34% do PIB no biênio 1991/1992, atingiram 14,50% em 2005 e o peso do orçamento da seguridade social saltou de 31,48% no biênio citado para 38,81% da receita total em 2005 (LOPREATO, 2007, p. 12).

O segundo conflito na consolidação do Sistema Único de Saúde ocorreu na afirmação das despesas com saúde no interior do orçamento da seguridade social. A incorporação de grandes contingentes populacionais à previdência social durante os anos 1990 a tornou forte demandante de fontes de financiamento, estabelecendo o conflito da distribuição dos recursos entre as três áreas sociais. Vianna (1992) apresenta como esse conflito foi desfavorável à Saúde e a medida em que essa questão está ligada ao primeiro conflito.

Ao se integrar à previdência e à assistência social, o SUS entrou em uma competição que lhe é desfavorável. O custeio das prestações a cargo do INSS (pensões e aposentadorias, principalmente) demanda um volume crescente de recursos que, a médio e longo prazo, tende a absorver a totalidade das contribuições sociais. Ao mesmo tempo, o governo tem mantido em valores insatisfatórios as transferências do Tesouro para o OSS previstas na Constituição (C.F., Art. 195, caput e Art. 198, Parágrafo único), como passou, ainda, a incluir entre as responsabilidades da seguridade social, o financiamento de programas que, até 1980, eram atendidos pelo orçamento fiscal (VIANNA, 1992, p. 46–47).

A divisão de recursos no interior do orçamento da seguridade entre as três áreas sociais era definida anualmente através da Lei de Diretrizes Orçamentárias. Além desse momento de definição, a execução orçamentária servia como reflexo das condições conjunturais políticas e econômicas com impactos sobre a divisão, gerando variações nas participações da Saúde no total do Orçamento da Seguridade Social (REIS; RIBEIRO; PIOLA, 2001).

A defesa dos partidários da Saúde era de 30% de participação no Orçamento da Seguridade Social. Vianna (1992) relata que esse patamar raramente ocorreu antes de 1988 para reforçar que os argumentos eram de ampliação das verbas, tomado como parâmetro o histórico de despesas na área. Esse elemento aliado à própria dinâmica de construção de um sistema nacional de assistência social e incorporação à previdência de grandes contingentes populacionais, tornava desafiadora a batalha no interior do orçamento da seguridade.

Buscando incidir sobre realidade, as iniciativas dos parlamentares identificados com a pauta da Saúde foram no sentido de preservar receitas contínuas e

previsíveis para o SUS. Mesmo que longa, a citação de Reis et. al. (2001) merece destaque por seu valor elucidativo das mudanças constitucionais que seriam propostas pelo movimento social e parlamentar em defesa do SUS.

Na década de 1990 foi apresentado um conjunto de propostas de emenda constitucional, que propunha a vinculação de recursos ao setor saúde. A primeira proposta – que emergiu como resposta ao afastamento dos recursos previdenciários do financiamento da saúde – foi a PEC 169-A, de autoria dos deputados Eduardo Jorge (PT/SP) e Waldir Pires (PDT/BA). Por intermédio dessa PEC, o artigo 198 da Constituição Federal passaria a ter a seguinte redação: “A União aplicará anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de trinta por cento (30%) das receitas de contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social e dez por cento (10%) da receita de impostos” e “Os estados e o Distrito Federal e os municípios aplicarão anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de 10% das receitas resultantes de impostos” (REIS; RIBEIRO; PIOLA, 2001, p. 21–22).

A proposta estendia não somente ao Orçamento da Seguridade Social, mas vinculava a saúde aos impostos de todos os entes federativos. Buscavam os autores sanar dois problemas enfrentados pelo SUS: garantir a participação linear na seguridade social e definir uma métrica para a destinação dos impostos dos entes federativos, conceito vago na Constituição Federal. A década de 1990 foi fértil no terreno das propostas de regulamentação nesse sentido. Reis et. al. (2001) cita outra proposta que merece destaque, como a que propunha todo o setor saúde tivesse o tamanho de 5% do PIB do período anterior.

As medidas se sucederam e fomentaram um debate caloroso que fracionou as posições no interior da saúde. As posições, grosso modo, se distanciavam quando às vinculações como estratégia pontual e seus efeitos sobre a unidade que representava o orçamento da seguridade social. De um lado, argumentavam que as vinculações era a única maneira de propiciar a construção do Sistema Único de Saúde, dotando-o de recursos à sua implementação e, de outro lado, outros apontavam na vinculação a saída da saúde da trindade da seguridade social.

O estabelecimento de fontes estáveis para a saúde é essencial para o planejamento de suas ações, enquanto a continuidade dos gastos é a maior garantia de afirmação de um sistema baseado no financiamento público e na cobertura universal. Uma vez que a legislação orçamentária não foi capaz de resguardar nem a suficiência nem a estabilidade dos aportes à saúde, surgiram várias propostas de emendas à Constituição (PECs) visando a garantir tais recursos.

[...]

Se é verdade que a vinculação tem o inegável mérito de comprometer efetivamente as três esferas de governo com a universalização da saúde, além de atenuar a usual instabilidade da receita, e neste sentido constitui um avanço e uma promessa de defesa do Orçamento da Saúde, é bom lembrar que, no plano federal, procedeu-se ao esvaziamento definitivo do Orçamento da Seguridade Social, com a desvinculação das contribuições federais ao Orçamento da Saúde

De fato, em termos da EC 29, passa a ser irrelevante a forma de financiar a receita federal destinada à saúde, desde que seja indexada ao crescimento do PIB a partir de 2001. A solução de compromisso encontrada para viabilizar a aprovação da EC 29 se desdobra, entretanto, em três problemas. O primeiro deles é o virtual abandono do Orçamento da Seguridade, instituído a partir da Constituição de 1988, para o qual deveriam convergir maiores recursos e no qual nasciam programas de gasto que diluíam a hierarquização de direitos sociais prévia, que priorizava os direitos dos contribuintes diretos vis-à-vis os direitos da cidadania (DAIN, 2001, p. 136).

A constituição de uma Comissão Especial em 1998 reorganizou as inúmeras propostas de Emenda Constitucional e chegou ao texto da que viria a ser a Emenda Constitucional 29, sancionada no dia 13 de setembro de 2000. Para os estados e municípios foram fixados em 12 e 15%, respectivamente, as receitas correntes líquidas como fontes de financiamento às ações e serviços públicos de saúde, estipulando para o primeiro quinquênio metas de alinhamento aos valores mínimos (**Tabela 3**).

Tabela 3. Vinculações de receitas às despesas com saúde por entes federativos e faixa de transição.

União	Estados	Municípios
2000: Valor aplicado (ações e serviços públicos de saúde) de 1999	2000: 7% 2001: 8% 2002: 9% 2003: 10%	2000: 7% 2001: 8,6% 2002: 10,2% 2003: 11,8%

acrescido de, no mínimo, 5%	2004 em diante: 12%	2004 em diante: 15%
2001 – 2004: Valor do ano anterior acrescido pelo crescimento nominal do PIB		

Fonte: Artigo 7º da Brasil (2000).

Conforme Carvalho ([s.d.]) apud Lazzari (2003, p. 78) “as autoridades econômicas, com o beneplácito de FHC, desresponsabilizaram a União e descarregaram mais ônus sobre Estados e Municípios”. O protesto decorre durante a tramitação da Emenda Constitucional ter sido excluído a vinculação das despesas ao orçamento da seguridade em prol de se congelar as despesas federais no patamar em que se encontravam em 1999.

Os efeitos sobre as despesas com saúde caminharam no sentido da constatação acima. A esfera estadual ampliou sua participação nas despesas com saúde em quase 5% (**Tabela 4**), aproximadamente a perda de participação do Governo Federal. Em que pese os conflitos federativos na saída escolhida com a transferência aos estados do maior ônus, os efeitos foram de elevação das despesas com saúde, aumentando a participação das receitas estaduais de “7,99% no ano em que a EC n. 29 foi aprovada, para 11,29% em 2004” (FORTES, 2012, p. 196). Registre-se que ainda havia espaço legal para ampliar as despesas, dado que a média de 2004 ainda estava abaixo dos 12%. Os municípios praticamente mantiveram o percentual, constatando que a Emenda Constitucional tenha sancionado um orçamento já praticado¹⁶.

¹⁶ “O conjunto dos municípios apresentou uma discreta redução de menos de meio ponto percentual. É preciso esclarecer que, a despeito dessa diminuição na participação, as informações disponíveis indicam que o valor do gasto da esfera municipal cresceu no período. Acrescente-se que os municípios, em sua maioria, têm cumprido a EC n. 29. Em 2003, cerca de 86% deles gastavam com saúde mais de 15% de sua receita líquida” (FORTES, 2012, p. 195).

Tabela 4. Participação média das três esferas de governo no gasto público total com saúde (%) Brasil. Anos selecionados.

Esferas de Governo	1998/2000	2001/2004	Diferença
Federal	56,91	52,4	-4,51
Estadual	17,91	22,77	4,86
Municipal	25,19	24,82	-0,37
Total	100,01	99,99	0

Fonte: Fortes (2012).

O saldo da Emenda Constitucional 29 foi a ampliação das despesas com saúde, dado que para o caso Federal os valores foram “congelado” em termos nominais do PIB e para os entes federativos subnacionais houve uma vinculação às receitas correntes líquidas em um patamar que para o caso dos Estados representou crescimento de mais de 40% entre 2000 e 2004 (7,99 para 11,29% das receitas).

A Emenda Constitucional 29 como estratégia deu fim ao orçamento da seguridade, embora este já estava sendo desorganizado por inúmeros fatores, como tentamos relatar. O caminho da Emenda foi de garantir recursos mínimos para a saúde pública e de descentralização das formas de financiamento para todos os entes, objetivos alcançados.

Cotejando a trajetória da garantia de recursos para a saúde com a constituição de um marco fiscal brasileiro em que o contracionismo fiscal assumiu protagonismo crescente ao longo de toda a década de 1990, temos um preambulo de como o ambiente pós-Constituição foi conturbado à construção concreta dos direitos e desejos nela depositados.

O conflito entre o ajuste fiscal e o financiamento de políticas públicas foi central à compreensão dos anos 1990. Na seção seguinte iremos tratar de um outro conflito que permeou esse período que é a questão federativa, da medida em que o conflito nacional teve impactos e cuja solução apresentada contou com a participação direta e decisiva dos estados e municípios. Mais precisamente, será analisado em que medida a consolidação do marco fiscal e da Emenda

Constitucional 29, ambas articuladas em Brasília, tiveram impactos sobre os Estados.

1.2. Os conflitos federativos entre estados e União após a Constituição Federal: confisco das receitas e transferência de obrigações

A questão federativa inscreve-se na constituição do Estado Brasileiro desde o período da independência política nacional e a busca pelo seu equilíbrio perpassa a mediação das esferas políticas, regionais, financeiras das distintas temporalidades de acumulação capitalista.

À constituição de um marco fiscal e do financiamento da seguridade social durante os anos 1990, conforme analisado na seção anterior, incorporou novas camadas quando analisadas conjuntamente aos entes federativos subnacionais. O marco fiscal que buscou a organização de um fundo fiscal sem vinculações e o financiamento da seguridade social, que era a vinculação de receitas, agiram de forma contraditória na agenda dos anos 1990. Ao se incorporar os estados e municípios nessa agenda, adentra-se o terreno do federalismo fiscal, que é expresso no binômio centralização-descentralização (OLIVEIRA, 2020), uma forma motriz da organização das reformas tributárias brasileiras durante o século XX.

Sem almejar retroagir à gênese do Estado Brasileiro para explicar os impactos da questão federativa às demandas postas nos anos de 1990, faz-se necessário ao menos esquadrihar os elementos políticos, econômicos, financeiros e de inserção dos estados brasileiros no período da ditadura e da sua transição para o período democrático.

O ponto que se buscará apontar nessa seção é o de que o processo de centralização tributária e financeira sofrerá revezes quando do declínio do poder do governo autoritário, culminando em 1988 com a descentralização de recursos e poder. Esse processo será contraditório, uma vez que no começo dos anos 1990 iniciou-se uma reação que reverteu os esforços por descentralização em meados dos 1990, culminando em 2000 com a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal, entre outras medidas, que institucionalizou um novo padrão de inserção e de intervenção dos estados e municípios.

Esse vaivém da descentralização de recursos e poder para os estados deriva da própria distensão política do regime autoritário. Esse movimento vai da

descentralização na segunda metade de 1980 para a reação centralizadora dos anos 1990. Nesse movimento, interessa o saldo, em que o período democrático resultou em um padrão de inserção dos estados mais subalterno que o da ditadura, com perda de instrumentos fiscais e parafiscais de intervenção no desenvolvimento econômico.

Assim podemos organizar em cinco momentos¹⁷ a relação tributária do federalismo fiscal brasileiro desde os anos 1960:

- a) Pós-Reforma de 1966 até o acordo com o FMI em 1983, com centralização de recursos no Governo Federal e dependência de estados e municípios das linhas de créditos de bancos e empresas estatais;
- b) 1983 a 1987: medidas de restrição ao endividamento por parte do Governo Federal, crise do financiamento dos estados e ascensão da oposição política;
- c) 1988 a 1994: Descentralização de recursos para estados e municípios, abertura política e crise da Dívida nos Estados como vetor de demanda por renegociação;
- d) 1995 a 2000: Reação da centralização. Renegociação condicionada a mudança patrimonial e reformas limitadoras dos instrumentos parafiscais dos estados. Definição de um novo padrão de intervenção dos entes federativos subnacionais.
- e) 2000 até os dias atuais: Consolidação de um novo federalismo centralizado em que os estados foram condicionados à política fiscal exclusivamente orçamentária, dado a perda de instrumentos fiscais, empresas e bancos estaduais. Salvo raros momentos de tensão, o novo modelo consolidou uma postura subalterna e de limitados instrumentos políticos e econômicos.

As reformas de 1966 promoveram grandes transformações na estrutura tributária brasileira, criando e extinguindo tributos, além de redistribuí-los de forma desigual entre os entes federativos. Os motivos alegados para a Reforma eram de simplificação tributária, criação de mecanismos de financiamento não

¹⁷ Essa periodização foi inspirada em Pinto (2002) e Oliveira (2020).

inflacionários do Estado e redistribuição dos instrumentos de modo a atenuar as desigualdades e dotá-lo de capacidade de apoio ao crescimento econômico.

Quadro 1. Distribuição dos tributos por Unidades da Federação.

Anterior	Reforma de 1964-1966
<p>1. UNIÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importação (II) • Consumo (IC) • Renda e Proventos (IR) • Combustíveis e Lubrificantes (IUCL) • Energia Elétrica (IUEE) • Selo (IS) • Outros 	<p>1. UNIÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importação (II) • Exportação (IEx) • Propriedade Territorial Rural (ITR) • Renda e Proventos (IR) • Produtos Industrializados (IPI) • Operações Financeiras (IOF) • Transportes e Comunicações (ISTR) • Combustíveis e Lubrificantes (IUCL) • Energia Elétrica (IUEE) • Minerais (IUM)
<p>2. ESTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vendas e Consignações (IVC) • Transmissão “Causa Mortis” (ITCM) • Exportação (IEx) • Selo (IS) • Outros 	<p>2. ESTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmissão de Bens Imóveis (ITBI) • Circulação de Mercadorias (ICM)
<p>3. MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Territorial Rural (ITR) • Transmissão “Inter-vivos” (ITIV) • Predial e Territorial Urbano (IPTU) • Licença (IL) • Diversões Públicas (IDP) • Selo (IS) 	<p>3. MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propriedade Territorial Urbano (IPTU) • Serviços de Qualquer Natureza (ISS)
<p>4. UNIÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taxas e Contribuição de Melhorias 	<p>4. ESTADOS E MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taxas e Contribuição de Melhorias

Fonte: (OLIVEIRA, 1995, p. 19).

Da perspectiva geral, a Reforma ampliou a Carga Tributária em 6% do PIB, saltando de 19% em 1965 para média de 25% nos anos 1970 (**Tabela 7**). Ademais, a distribuição dos recursos, centralizados na União, resvalou para piora do quadro do federalismo fiscal.

Segundo a Tabela que segue, os resultados diretos da reforma tributária de 1966 somados às mudanças incrementais¹⁸ fizeram com que os recursos disponíveis para os estados caíssem mais de 12% em participação no total da Carga Tributária Brasileira, sendo os mais penalizados, enquanto os municípios praticamente mantiveram em 1975 o mesmo patamar de 1965, ficando com a União a posição de principal beneficiária. Somando a ampliação da União na participação geral com o crescimento da Carga Tributária como proporção do PIB, o resultado foi a centralização de um excedente em posse do governo autoritário.

Tabela 5. Participação da Receita Tributária e nos Recursos disponíveis (%). 1965-1975

Anos	Participação da Receita Tributária Própria			Recursos disponíveis após transferências		
	União	Estados	Municípios	União	Estados	Municípios
1965	50,6	42,6	6,8	39	48,1	12,9
1966	51,3	41,4	7,3	40,6	46,3	13,1
1967	45,8	49,4	4,8	36,9	45,2	17,9
1968	51,5	44,7	3,8	40,6	42,5	16,9
1969	53,6	42,7	3,7	45,8	39,8	14,4
1970	54,4	41,9	3,7	45,7	39,6	14,7
1971	56,4	40	3,6	47,7	38,4	13,9
1972	58,4	37,8	3,8	49,7	36,5	13,8
1973	58,5	37,7	3,8	49,1	37,1	13,8
1974	59,3	36,9	3,8	50,2	36,2	13,6
1975	58,9	37	4,1	50,3	36	13,7

Fonte: Oliveira (1995).

A Reforma deteriorou as bases financeiras dos estados, servindo como uma importante forma de controle político dos governadores. A Reforma de 1966 compeliu os governadores a intensificar as operações de créditos como meio de financiamento¹⁹. Esse cenário levou a uma crescente Dívida Pública nas

¹⁸ “Algumas medidas implementadas até 1969 reduziram o potencial de arrecadação dos governos estaduais. Deve-se destacar a redução das transferências do FPE e do Imposto Único sobre Combustíveis e Lubrificantes, a queda das alíquotas do ICM e a concessão de isenções e incentivos fiscais na cobrança deste imposto” (LOPREATO, 2000, p. 2–3)

¹⁹ “A menor capacidade tributária, aliada à facilidade de acesso ao mercado financeiro internacional e às operações internas, provocou mudanças na lógica de financiamento dos

décadas de 1960 e 1970, em que os seus custos comprometeram as receitas correntes que já eram insuficientes ante as obrigações funcionais do Governo Paulista²⁰.

A menor capacidade tributária, aliada à facilidade de acesso ao mercado financeiro internacional e às operações internas, provocou mudanças na lógica de financiamento dos governos estaduais, com a ampliação do endividamento em detrimento da poupança fiscal e com alterações na forma de articulação financeira no interior do setor público estadual e entre os seus órgãos e a União (LOPREATO, 2000, p. 3).

A perda fiscal imposta pela Reforma de 1966 atendia a dois objetivos: intensificar o uso das contratações de créditos junto a instituições federais e, em decorrência dessa crescente dependência, impor a politização dos canais de negociação dos empréstimos. A posição subalterna dos estados era de ordem financeira e derivava para a questão política, além do uso da correlação de forças como mecanismo de orientação dos investimentos estaduais de forma complementar ao Programa Federal.

Embora haja argumentos de que a corrosão das bases fiscais dos estados servira como forma de induzir os investimentos no mesmo sentido do Governo Federal, dado que os mesmos dependiam crescentemente de receitas não orçamentárias como empréstimos federais de bancos e empresas públicas, a realidade que se impôs foi de coação e controle dos governadores.

As várias brechas por onde era viável fugir aos limites de endividamento estabelecidos mostrou que a legislação, a pretexto de controlar o endividamento, manteve o objetivo de influenciar o uso dos recursos. A obrigação de negociar o direito de acesso a novas operações de crédito provocou a politização da questão da dívida e marcou o caráter das relações

governos estaduais, com a ampliação do endividamento em detrimento da poupança fiscal e com alterações na forma de articulação financeira no interior do setor público estadual e entre os seus órgãos e a União” (LOPREATO, 2000, p. 3).

²⁰ Uma das primeiras medidas do Governo autoritário foi de revisar a Lei de Remessas de Lucros, estabelecendo mecanismos mais flexíveis de contratação de empréstimos estrangeiros ao Setor Privado. Pereira (1974) organiza o uso da nova legislação pelo setor privado e em que medida os fluxos monetários resultantes do endividamento abastece o mercado doméstico e inaugura o mercado mobiliário doméstico.

intergovernamentais. O processo decisório sobre o endividamento dependeu fundamentalmente dos interesses envolvidos na negociação e não da definição de seus limites. A contratação de nova dívida assumiu status semelhante às transferências negociadas e transformou-se em instrumento de barganha política e controle sobre a ação dos governos subnacionais (LOPREATO, 2000, p. 6).

As operações de crédito saltaram de um patamar marginal na metade da década de 1960 para um quarto da Receita Tributária e quase um sexto da Receita Total dos estados (Tabela 8), mais do que quintuplicando para ambos os indicadores. A política do governo autoritário para o endividamento não era de impor limites, mas de estabelecer mecanismos de controle sobre seu uso, conforme o excerto acima, sincronizando os direcionamentos à Política Federal de investimentos.

Tabela 6. Operações de Crédito, Receita Tributária Estadual e Receita Total. 1965-1975 (Cr\$ milhões correntes)

Anos	Operação crédito (A)	Receita Tributária (B)	Receita Total (C)	(A/B) %	(A/C) %
1965	95,4	2.538,4	3.164,9	3,76	3,01
1966	64,0	3.860,2	4.778,5	1,66	1,34
1967	83,0	5.413,2	6.852,9	1,53	1,21
1968	213,0	8.650,9	10.739,5	2,46	1,98
1969	894,0	11.441,5	14.990,3	7,81	5,96
1970	1.154,6	14.248,0	19.099,0	8,10	6,05
1971	1.708,4	17.702,6	24.090,2	9,65	7,09
1972	2.283,6	23.251,0	31.673,3	9,82	7,21
1973	2.719,1	31.368,7	42.794,1	8,67	6,35
1974	4.873,6	43.546,8	60.721,8	11,19	8,03
1975	14.288,6	57.871,7	90.757,0	24,69	15,74

Fonte: Oliveira (1995).

Desse modo, até o final da década de 1970 a lógica de endividamento sem limites, associado ao arranjo tributário imposto com a Reforma de 1966, determinará a atuação dos estados brasileiros. De certo modo, essa dinâmica é a mesma do Governo Federal, principalmente durante o quadriênio 1974-1978 em que as taxas de endividamento público federal se tornam ascendentes.

Embora as mudanças no padrão de controle das finanças estaduais já se verifiquem durante a segunda metade dos anos 1970, através da adoção de

medidas de ordem restritiva ao endividamento, será com a assinatura do acordo com o FMI em 1983 que foram adotadas medidas de controle sobre os limites para a Dívida dos Estados, em especial a Resolução 831, de 9 de junho de 1983, que estipulou limites para empréstimos ao Setor Público, exigindo o pagamento de dívidas em andamento como condição de tomada de novos empréstimos.

Tratando em específico do caso do estado de São Paulo, Pinto (2002) qualificou as medidas da política econômica recessiva do biênio pós-acordo com o FMI como “tão grave quanto a própria crise externa” (PINTO, 2002, p. 56). As políticas orientadas geraram queda da arrecadação, medidas de suspensão de despesas e a larga utilização das empresas públicas, a exemplo do Banespa²¹, o banco público estadual, como fonte de financiamento de despesas correntes, levando ao seu endividamento junto a empresas estatais.

De um lado, as medidas recessivas, frutos do acordo com o FMI e, de outro, a reação dos estados para manter o volume de investimentos e de despesas públicas, levaram ao esgarçamento das finanças públicas estaduais, principalmente dos maiores entes. Em paralelo, acontecia em âmbito nacional a crise financeira associada à dificuldade à rolagem dos títulos de dívida pública vencidos. A dificuldade do Governo Federal em honrar esses vencimentos se traduzia nos estados em insolvência e esse ambiente era uma derivada das disputas políticas que eram travadas no Brasil da segunda metade dos anos 1980.

A vitória obtida pela oposição política no ano de 1982²², quando esta passou a governar estados importantes da nação coincidiu com o acordo do FMI. O acordo

²¹ Para um estudo pormenorizado do Banespa como ferramenta de captação de recursos, ver Costa (1988)

²² Mudanças ocorriam já nas alíquotas de definição dos fundos de partilha fiscal mesmo antes das eleições de 1982, renunciando o estreitamento das margens da governança autoritária. Embora longo, o trecho merece ser citado na íntegra. “As pressões feitas pelos governos subnacionais, que se intensificaram na década de 1980, visando recuperar pelo menos parte da autonomia financeira que lhes havia sido retirada pelo poder autoritário desde golpe de 1964, tiveram início ainda em meados dos anos de 1970, no início do processo de abertura política comandado pelo Governo Geisel, quando conseguiram aprovar, por meio da Emenda Constitucional n. 5, de 28 de junho de 1975, a ampliação gradual do Fundo de Participação dos Estados e Municípios (FPEM), cujo percentual, em 1979, retornaria ao nível de 20% contemplado na Constituição de 1967, com a pequena diferença de que 2% seriam destinados para o Fundo Especial, 9% para os Estados, Distrito Federal e Territórios, e 9% para os Municípios. Nova vitória, nessa frente, seria colhida a partir de 1978, quando a União assumiria o ônus financeiro representado pelo crédito-prêmio concedido às exportações de manufaturados, até então

determinava que os estados contribuiriam com o ajuste fiscal, sendo que uma das formas seria através da Resolução 831 que cerceava os novos endividamentos. Nesse sentido, Pinto (2002) compreende que esse acordo foi utilizado como mecanismo de fragilização das finanças estaduais de modo a se limitar o alcance da oposição democrática.

O entrelaçamento da crise global e doméstica, o acordo do FMI e a vitória da oposição nos estados na eleição de 1982 levou à crise do modelo delineado em 1966. Embora se gesticule as bases da contestação desse modelo, o desenvolvimento dessa crise entre 1982 e a Constituição Federal se dará dentro das raias institucionais e fiscais definidas pelo governo autoritário²³. No entanto, os governadores passam a utilizar de triangulações entre bancos e empresas públicas como forma de manter o volume de investimentos e despesas correntes²⁴.

A escolha de Tancredo Neves como presidente da República em 1985 pelo Colégio Eleitoral serviu como elemento apaziguador dessas condições, ao se flexibilizar a Resolução 831 e adotar outras medidas de flexibilização dos canais de financiamento dos estados, preparando terreno para as medidas que orientaram a Constituição de 1988.

parcialmente (50%) a cargo dos estados e, indiretamente dos municípios, já que estes participavam com 20% no produto deste impostos. E novamente em 1979, com a abolição das vinculações dos recursos previstas na legislação do FPEM. à exceção da obrigatoriedade de aplicação de 20% dos fundos de participação dos municípios em programas de ensino, a qual deveria ser extinta numa fase posterior. As novas conquistas obtidas na década de 1980, com a aprovação das Emendas Passos Porto e João Calmon, repontavam, assim, como desdobramentos desse movimento, mas confirmavam, pela sua dimensão e importância, que o poder autoritário passava a ter crescentemente questionadas suas bases, inclusive por esses importantes segmentos do poder público.” (OLIVEIRA, 2020, p. 82–83)

²³ “A possibilidade de contar com canais de financiamento viabilizou a resistência à política oficial de controle dos gastos públicos e à sustentação dos interesses dos governos estaduais no controle da administração pública, sobretudo os mais desenvolvidos, donos das principais instituições financeiras e das empresas de grande porte. A escolha deste caminho vinculou a situação patrimonial de empresas e bancos estaduais ao desequilíbrio das finanças dos estados. A crise envolveu todo o setor público estadual e passou a negar a autonomia dos governadores, forçados a negociar a dívida e o socorro federal diante do risco de quebra das instituições e do colapso da administração estadual” (LOPREATO, 2000, p. 14).

²⁴ “Neste contexto, a grande concentração de crédito para os Tesouros Estaduais associada a um quadro de inadimplência não só carregaram os títulos da dívida mobiliária, como deterioraram as condições do seu equilíbrio financeiro. Isto provocou desequilíbrios patrimoniais profundos em quase todos os bancos públicos dos principais estados da federação” Pinto (2002, p. 14).

Nesse contexto, foram tomadas medidas importantes para garantir não só melhores condições de governabilidade dos governadores e prefeitos, mas a restauração do pacto federativo, tais como: a) o avanço do processo de descentralização dos recursos fiscais em benefício dos estados e municípios; b) o financiamento dos atrasos do pagamento dos encargos sobre a rolagem da dívida externa; c) o reforço do uso das operações MF-30 para refinar o passivo externo dos órgãos públicos; d) o uso do Banco Central para salvar os Bancos Estaduais com aplicações de recursos; e) restrição do controle da Res. 831 somente às operações de empréstimos realizados com o BNDE e FAS e outros empréstimos bancários; f) o aumento dos Fundos de Participação Estadual e Municipal; g) reciclagem as dívidas estaduais (principal e encargos), através da flexibilização da política de endividamento (Lei 7614) junto ao Banco do Brasil (PINTO, 2002, p. 16–17).

Embora o financiamento tenha sido minimamente reconstituído, o nível em que se encontravam os bancos estaduais e o grau de comprometimento das despesas com os serviços da dívida (juros e amortizações), manteve uma situação delicada para os governadores. A Constituinte criada em 1987 seria uma aposta para reestabelecer as fontes de financiamento permanentes desses desequilíbrios, através do pleito por maior participação nos tributos, seja diretos ou ampliação dos Fundos de Participação dos tributos federais.

No período pré-constitucional a questão da descentralização foi retratada por José Serra da seguinte forma: “*Poucas teses terão adquirido um grau de consenso tão elevado no Brasil quanto a da descentralização de encargos e funções entre as três esferas da Federação – União, Estado e municípios*” (SERRA, 1994, p. 111). Esse sentimento motivou o ápice da descentralização dos recursos, um momento *sui generis* na história do federalismo fiscal brasileiro, marcado pela centralização e pelo autoritarismo das reformas dessa natureza.

A Constituição Federal de 1988 promoveu três grandes mudanças na descentralização de recursos para os estados: 1. Quanto à estrutura de tributos, para o caso dos estados foram unificados seis tributos²⁵ formando o ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) e incorporados o ITCMD (Imposto sobre Heranças e Doações), o IPVA (Imposto sobre a Propriedade de

²⁵ Circulação de Mercadorias, Minerais, Lubrificantes e Combustíveis, Serviços de Comunicações, Transporte Rodoviário e Energia Elétrica.

Veículos Automotores e o adicional sobre o Imposto de Renda (que é Federal).
 2. No tocante à legislação foi dado aos entes a possibilidade de definir alíquotas do ICMS, inclusive de definir isenções²⁶ sobre o mesmo; e por fim 3. Sobre a participação nos tributos federais, foram ampliadas as quotas de estados e municípios nos Fundos e transferências compensatórias de isenções de tributos estaduais mudanças (OLIVEIRA, 2020).

Quadro 2. Federalismo Fiscal no Brasil: 1967 e 1988.

Competências Tributárias		Transferências intergovernamentais e partilhas de receitas	
1967	1988	1967	1988
UNIÃO			
<ul style="list-style-type: none"> • Renda (IR) • Produção industrial • IPI, Combustíveis e Lubrificantes • Energia Elétrica, Transporte e Telecomunicações • Minerais – IUM • Operações Financeiras • Importação • Exportação • Propriedade Rural-ITR 	<ul style="list-style-type: none"> • Renda • Produção Industrial • Operações Financeiras • Importação • Exportação • Propriedade Rural • Grandes Fortunas • Lucro (Cont. Social) • Faturamento (Cont. Social) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundo de Participação dos Estados (10% do IR+IPI) • Fundo de Participação dos Municípios (10% do IR+IPI) • 40% do IUCL, 60% do IUEE e 90% do IUM, transferidos a Exportações (10% do IPI) estados, Distrito Federal e municípios. • Receita do ITR atribuída aos municípios 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundo de Participação dos Estados (21,5% do IR + IPI) • Fundo de Participação dos municípios (22,5% do IR + IPI) • Fundo de Ressarcimento das Exportações (10% do IPI) • Receita do ITR atribuída aos municípios • Fundos de Desenvolvimento Regional - NO, NE e CO (3% da Receita do IR+IPI)
ESTADOS			

²⁶ Essa era uma prerrogativa exclusiva da União até 1988.

<ul style="list-style-type: none"> • Circulação de Mercadorias - ICM • Transmissão de Propriedade Imobiliária 	<ul style="list-style-type: none"> • Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS • Transmissão de Propriedade Imobiliária "Causa- Mortis" • Propriedade de Veículos – IPVA • Adicional do IR Federal 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% do ICM atribuído aos municípios 	<ul style="list-style-type: none"> • 25% do ICMS atribuído aos municípios • 50% do IPVA atribuído aos municípios
MUNICÍPIOS			
<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de Serviços • Propriedade Imobiliária Urbana 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de Serviços • Propriedade Imobiliária Urbana • Venda a Varejo de Combustíveis • Transmissão de Propriedade Imobiliária "Inter-Vivos" 		

Fonte: Rezende (1995).

A participação dos estados na Carga Tributária Bruta (CTB) ampliou no triênio seguinte, saltando de 25,6 para 31,2% para a arrecadação direta e de 26,6 para 29,6% quanto aos recursos disponíveis (após transferências). A União no mesmo período viu seu percentual cair 8,3% e 5,4%, respectivamente. O ano de 1988 para a CTB destoa dos anos anteriores da série devido à crise econômica com impactos sobre a arrecadação e pode sugerir impactos da Constituição que não existiram sobre a ampliação da tributação. A CTB após a Constituição manteve-se muito próxima da anterior, na casa dos 25% do PIB, média da década de 70 e 80 e que se verifica entre 1991 e 1993, quando ocorreram mudanças na estrutura fiscal federal.

Tabela 7. Distribuição federativa das receitas. Anos selecionados.

Ano	Carga Tributária Bruta (% PIB)	Arrecadação direta (%)			Receita disponível (%)		
		União	Estados	Municípios	União	Estados	Municípios
1960	17,41	64,0	31,3	4,7	59,6	34,1	6,3
1965	18,99	63,6	30,8	5,6	54,8	35,1	10,1
1970	25,98	66,7	30,6	2,7	60,8	29,2	10,0
1975	25,22	73,7	23,5	2,8	68,0	23,3	8,7
1980	24,52	74,7	21,6	3,7	68,2	23,3	8,6
1981	25,25	75,4	21,3	3,3	68,4	22,3	9,3
1982	26,34	75,9	21,4	2,7	69,0	22,1	8,9
1983	26,97	76,5	20,6	2,9	69,8	21,3	8,9
1984	24,34	73,6	23,7	2,7	65,8	24,1	10,1
1985	24,06	72,7	24,9	2,4	62,7	26,2	11,1
1988	22,43	71,7	25,6	2,7	60,1	26,6	13,3
1990	28,78	67,0	29,6	3,4	58,9	27,6	13,5
1991	25,24	63,4	31,2	5,4	54,7	29,6	15,7
1992	25,01	66,1	29,1	4,8	57,0	28,1	14,9
1993	25,78	68,7	26,6	4,7	57,8	26,4	15,8
1995	29,41	66,0	28,6	5,4	56,2	27,2	16,6
1999	31,71	68,1	26,9	5,0	57,0	26,0	17,0
2000	30,56	66,7	27,6	5,7	55,8	26,3	17,9
2003	31,30	67,6	26,7	5,8	57,1	25,6	17,3

Fonte: Oliveira (2020).

A Constituição Federal sancionada no momento da descentralização se contradizia com as movimentações mais profundas da sociedade e economia brasileira do período e esse conflito iria evoluir para o antagonismo durante os anos 1990. O modelo de federalismo fiscal adotado em 1988 chocou-se com as necessidades de consolidação de um marco fiscal brasileiro e com as demandas por seguridade social ao constranger as receitas livres do Governo Federal.

A ampliação dos tributos próprios para as esferas subnacionais e da transferência dos tributos federais criaram um impasse à gestão federal que passou a buscar mecanismos de potencializar as fontes geradas que não eram compartilhadas. Mas não se resumiu a isso. O movimento de reação ao federalismo fiscal de 1988 avançou em outra frente, ao elevar o questionamento a ausência de contrapartidas de transferência de responsabilidades.

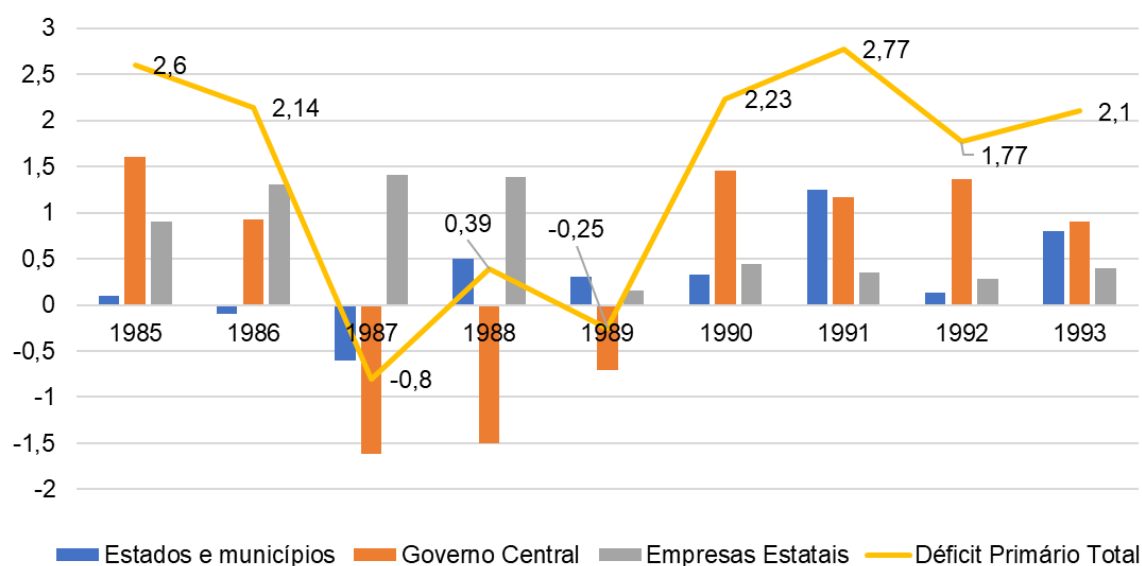
Quanto aos estados e municípios, se foram os mais beneficiados pela descentralização fiscal em curso, deveriam ser os mais preocupados em evitar que distorções ou críticas a esse processo sirvam de munição para a rejeição à descentralização

em si ou para a defesa da recentralização (por ora, ainda disfarçada). No outro extremo, também deveriam rechaçar a ideia de que a autonomia dada a um ente federativo o dispensa de se relacionar e se articular com os demais membros da Federação, permitindo que faça só o que bem entende – ou se quer transformar o País numa confederação? (AFONSO, 1995a, p. 325).

O debate desse período é bastante truncado. Pois se houve ampliação da participação dos entes subnacionais na CTB, as carências financeiras dos estados, principalmente, estavam distante de ser equacionadas. Para Pinto (2002), a descentralização ocorreu por motivos circunstanciais, não existindo uma pactuação que pudesse gerar um quadro de estabilidade.

Substancialmente, houve melhoria do quadro financeiro dos estados, ampliando as receitas correntes e do equilíbrio orçamentário primário (**Figura 1**), mas sem que a questão da dívida pública estadual fosse tratada. Inexistiam linhas públicas de créditos para rolagem das dívidas, sejam as mobiliárias sejam as contratuais, retomando a espiral de encarecimento das novas contratações junto ao mercado privado, além da volta dos artifícios pouco republicanos de atrasos nos pagamentos²⁷.

²⁷ Porém, na medida em que: a) redivisão do gasto foi realizada mais pelas circunstâncias do que através de políticas objetivas negociadas entre as esferas de governo; b) não existia um "plano" de descentralização; e c) os "novos" mecanismos de financiamento eram "inadequados" com relação ao novo quadro dos gastos, este processo contribuiu para agravar ainda mais os desequilíbrios financeiros de vários estados e municípios -principalmente para aqueles que mais dependiam das transferências negociadas, da captação de empréstimos (internos e externos) e que não conseguiram melhorar suas condições de arrecadação própria - obrigando-os a recorrerem cada vez mais aos seus bancos e empresas e outros expedientes de financiamento, até mesmo aqueles solidários com inflação crescente, tais como déficits orçamentários, atraso no pagamento de empreiteiros, fornecedores, funcionários públicos e até encargos sociais e federais (PINTO, 2002, p. 21).

Figura 1. Déficit primário (% PIB). Fluxos correntes. 1985-1993

Memo: Déficit (+) / Superávit (-)

Fonte: Barbosa e Giambiagi (1994) – *Elaboração própria*

Os governadores dos maiores estados viram-se novamente compelidos a ativar os bancos estaduais como artífices da captação de recursos, via colocação de títulos públicos no mercado e via empréstimos dando como garantia as Receitas Orçamentárias (Antecipação de Receitas Orçamentárias – AROs). A realidade nacional de escalada inflacionária aliada a uma disputa por encaixes no mercado monetário estabeleceu limites ao endividamento dos estados, que se viram competindo com o Tesouro Nacional e Banco Central em clara desvantagem. A resultante foi o encarecimento vertiginoso das dívidas estaduais.

Além disso, a proibição dos contratos mais longos e o menor volume de crédito das agências oficiais fez com os estados buscassem como alternativas de financiamento as operações de ARO que responderam – como mostra a tabela abaixo – em 1988 e 1989 por, respectivamente, 57,2 e 97% dos empréstimos e financiamentos concedidos aos estados e municípios. Os estados, principalmente os de maior poder econômico (SP, MG, RS e RJ), lançaram títulos da dívida mobiliária e usaram os bancos estaduais no carregamento daqueles com dificuldades de colocação no mercado.

O saldo da dívida por títulos em circulação de prazo superior a um ano teve um acréscimo nominal, ao final de 1989, da ordem de 3.028% sobre a posição de 31/12/88,18 bem superior às taxas de juros do overnight. As condições de rolagem da dívida

mobiliária determinadas pelo Plano Verão¹⁹ e o lançamento de novos títulos para o pagamento de precatórios judiciais permitidos pela Constituição de 1988, num momento de expansão das taxas de juros reais praticadas pelo governo, elevaram o custo de rolagem e o estoque da dívida, incorporando elementos adicionais à instabilidade das finanças estaduais (LOPREATO, 2000, p. 11).

Estavam postas as variáveis da reação centralizadora ao federalismo fiscal outorgado em 1988. De um lado, os estados em situação falimentar, com dificuldades de rolagem de suas dívidas, beirando a insolvência e, de outro, o Governo Federal comprimido entre as necessidades de financiamento do sistema de seguridade social e de constituição de uma agenda fiscal contracionista.

Se os governos estaduais até o governo Fernando Collor possuíam um cenário de equilíbrio orçamentário primário, com a crise circunscrita à rolagem das dívidas monetária e contratual, com a mudança de governo a tempestade completa se formou, com crise de arrecadação, de financiamento e de ordem política, dado que a administração central se opunha fortemente ao modelo federativo e à atuação dos estados.

A renegociação das dívidas estaduais como agenda permanente da questão federativa foi uma constante desde a metade dos anos 1980 e no começo dos anos 1990 se tornará um impasse. Os governos Collor e Itamar promovem desenhos institucionais e acordos que não vicejam no ardiloso terreno da transição que o país vivia, permeado por crise econômica e política. As Leis e Resoluções²⁸ entre 1990 e 1993 não equacionaram a questão da dívida dos estados, mantendo-os em crise financeira que aos poucos foi corroendo o poder dos governadores nas mesas de negociação.

O impasse político da negociação terminou com o advento do Plano Real que ao equacionar conjuntamente a questão dos preços domésticos e da dívida externa obteve legitimidade e apoio popular para constituir um Governo com poderes. Na relação com os governadores, a negociação transitou para outro terreno em que os estados passariam a ser compelidos ao alinhamento. A inovação entre

²⁸ Para ver as iniciativas do Governo Federal e Congresso, ver Lopreato (2000).

as exigências para que os estados firmassem acordo seria o ajuste fiscal e patrimonial.

A crise deu espaço político ao governo federal. O Plano Real viabilizou mudanças na política de controle do endividamento de anos anteriores. A nova orientação surgiu quando a equipe econômica defendeu a venda de empresas estaduais para viabilizar a revisão dos acordos de rolagem das dívidas firmados com base na Lei n. 8.728/93 e o saneamento dos bancos estaduais. Ganhou corpo com a promulgação do Programa de Ajuste Fiscal e Reestruturação Financeira dos Estados, consubstanciado no Voto CMN n. 162/95, de 05/12/95, voltado ao refinanciamento das dívidas estaduais. O programa, pela primeira vez, associou o auxílio financeiro federal à reforma do setor público estadual e ao ajuste patrimonial (LOPREATO, 2000, p. 16).

Entre 1993 e 2000, os estados foram submetidos a um conjunto de Leis e Programas federais (Quadro 3) que visaram a renegociação das dívidas estaduais através de sua federalização e com impactos permanentes e institucionalizados sobre as suas finanças públicas.

Podemos elencar as mudanças promovidas em 5 frentes: a **primeira** foi a federalização da Dívida que abarcou, entre 1997 e 1998, 24 dos 27 estados através da Lei 9694/97; a **segunda** foi a revisão patrimonial dos estados através do enquadramento no Plano Nacional de Desestatização como condição de acesso aos refinanciamentos, levando à venda de empresas de comunicações, transportes, do setor elétrico e bancos; a **terceira** frente foi a perda de instrumentos econômicos de gestão, como tomada de empréstimos em bancos sob própria gestão ou definição de limites ao endividamento, submetendo os gestores ao código penal; a **quarta frente** que foi a reação centralizadora do Governo Federal através da recomposição da sua participação na Carga Tributária que envolveu o favorecimento de receitas não compartilhadas, desonerações de impostos estaduais e desvinculações de receitas compartilhadas e, por fim, a quinta e última frente foi o impacto sobre o comprometimento das despesas estaduais com a aprovação da Emenda Constitucional 29 em 2000 e a sua regulamentação com a Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012) em 2013.

Quadro 3. Medidas adotadas para controlar as finanças e endividamento dos governos subnacionais

Ano	Instrumento	Medidas
1995	<ul style="list-style-type: none"> • Lei Complementar n. 82, de 27 de março de 1995 (Lei Camata I) • Programa de Apoio ao Ajuste Fiscal dos Estados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Limita em 60% da Receita Corrente Líquida os gastos com pessoal do estados e municípios; • Estabelece medidas de controle e redução dos gastos com pessoal, modernização do sistema fiscal e geração de informações;
1996	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Redução do Setor Público na Atividade Bancária (PROES); 	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciona empréstimos para o saneamento dos bancos estaduais à sua privatização e extinção;
1997/1998	<ul style="list-style-type: none"> • Lei 9496/97 estabelece as condições para a renegociação global da dívida dos estados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Exige, como contrapartida, compromissos com o ajuste fiscal e estabelece condições para a contratação de empréstimos, praticamente extinguindo, para os governos subnacionais, a dívida como instrumento complementar de financiamento;
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Lei Rita Camata II (Lei Complementar n. 96, de 31 de maio de 1999) 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece o limite de 50% com gastos de pessoal de pessoal em relação à Receita Corrente Líquida para o governo federal, e de 60% para os estados e municípios; estabelece vedações para a contratação de pessoal; punições para o descumprimento dos limites e cronogramas, com prazos de ajustamento, para o seu alcance;
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Lei Complementar n. 101, de 04 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece limites de gastos com pessoal, da dívida e de compromissos dos entes federativos com o equilíbrio das contas públicas, bem como cronogramas para os ajustes necessários e punições – administrativas, prisionais e pecuniárias – nos casos de descumprimento de suas regras.

Fonte: Oliveira (2020).

A renegociação das dívidas estaduais, a **primeira** das frentes citadas, teve rodadas de tentativas que sempre esbarravam em problemas que levavam sempre à necessidade de uma nova legislação, de uma nova tratativa. A questão teve um encaminhamento importante via Lei 9496/1997 que praticamente se mantém até os dias atuais²⁹.

²⁹ Esse acordo sempre foi frutos de questionamentos, mas sua essência vigora até os dias atuais, entendida como a federalização de todo o estoque de dívidas dos estados em 1997 com a transferência de proporção de recursos anuais para a União. Em 2016 houve uma revisão coletiva do índice de reajuste do IGP-DI para o IPCA. Durante a pandemia, o pagamento foi suspenso até 31 de dezembro de 2020 –artigo 2º da Lei Complementar 173 de 2020 (“LC 173/2020”, [s.d.]) – e existem estados que já tiveram de realizar outros programas de

A Lei 9496/1997 abarcou a totalidade das dívidas estaduais que não constavam em negociações pretéritas, sendo que “o montante assumido pela União (alcançando o equivalente a União (R\$ 101,9 bilhões) equivale a 11,3% do PIB e a 77,9% da dívida líquida de estados e municípios em dezembro de 1998” (RIGOLON; GIAMBIAGI, 1999, p. 20). A Lei definia responsabilizações sobre resultado fiscal (déficit e política de arrecadação), despesas com pessoal e investimentos e privatizações.

Em que pese qualquer análise menos descuidada concluir pela obviedade de que mesmo o reajuste de 6% mais IGP-DI já ser um valor alto para um contrato de 30 anos, a conjuntura de crise, aliada ao *momentum* do Governo Federal, provou ser dos Planos mais bem sucedidos. A definição de que os estados arcariam com uma prestação de até 13% de sua Receita Líquida Real³⁰, anualmente, facilitou a decisão política de alinhamento, uma vez que estipulava um teto para compromissos financeiros.

A Lei 9496 estipulava como garantia as transferências constitucionais federais e punições como elevação dos juros aplicados aos estoques, resguardando o Governo Federal, portanto, de quaisquer medidas de insubordinação³¹. O acordo previa que a relação dívida/receita deveria convergir reduzir permanentemente, além de congelar a emissão de novas dívidas mobiliárias até que essa proporção alcançasse a meta estabelecida de 1. Isso levava a um comprometimento com

recuperação fiscal. No entanto, como dito, a essência do acordo resiste, do Governo Federal gerir esses estoques com a contrapartida de pagamentos anualizados.

³⁰ “O conceito de RLR encontra-se na Lei nº 9.496/97 em seu Artigo 2º, Parágrafo Único, assim transcrito: RLR é a receita realizada nos doze meses anteriores ao mês imediatamente anterior àquele em que se estiver apurando, excluídas as receitas provenientes de operações de crédito, de alienação de bens, de transferências voluntárias ou de doações recebidas com o fim específico de atender despesas de capital e, no caso dos Estados, as transferências aos Municípios, por participações constitucionais e legais.

A Lei nº 10.195/01 determinou que o cálculo da RLR exclua da receita realizada as deduções tratadas na Lei nº 9.424/96 (que dispõe sobre o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino fundamental e de Valorização do Magistério – FUNDEF)” (TESOURO NACIONAL, 2022).

³¹ “No início de 1999, alguns governadores recém-empossados questionaram os termos dos contratos de renegociação das dívidas. O governador de Minas Gerais, Itamar Franco, decretou a moratória da dívida estadual por 90 dias, enquanto o do Rio Grande do Sul, Olívio Dutra, passou a depositar as prestações em juízo. O governo federal reagiu prontamente, bloqueando repasses para os dois estados, de modo a assegurar o pagamento das prestações” (RIGOLON; GIAMBIAGI, [s.d.], p. 26).

o pagamento de juros e amortizações da ordem de 15% da receita líquida real (LOPREATO, 2000, 38).

Ainda sobre a Lei 9496 e já adentrando a **segunda frente** do redesenho institucional dos estados, temos as privatizações que foram incentivadas através do índice de reajuste da dívida. Se não fossem transferidos nenhum ativo, o índice seria de 9% fixos somados ao IGP-DI, caso os ativos alcançassem 10% do valor total da dívida negociada, o índice fixo rebaixaria para 7,5% e para 6% caso os ativos superassem 20%.

Essa exigência serviu para capilarizar as privatizações no território nacional, ramificando em Plano Estaduais de Desestatização (PED) o Plano Nacional de Desestatização³² que fora criado em 1990. A necessidade de transferência ao BNDES, o órgão executor do PND, de ativos de modo a se enquadrar nas faixas de juros menos onerosas foi uma medida que redesenhará o patrimônio dos estados.

Pinto Et. al. (2006) aponta que o estado de São Paulo arrecadou mais de US\$ 15 bilhões entre 1997 e 2000 com a transferência de empresas e realizações de concessões. O acordo de 1997 de federalização previa “a entrega de ações da Eletropaulo (no valor de R\$ 2,6 bilhões), da Cesp (R\$ 350 milhões), da Ceagesp (R\$ 250 milhões) e Fepasa (R\$ 2,1 bilhões), que deveriam ser privatizadas, além das ações do Banespa a título de sinal (R\$ 7,31 bilhões)” (PINTO, 2002, p. 125).

³² Carvalho (2001b) aponta que embora as primeiras privatizações datam dos anos 1980, foi com a criação do Plano Nacional de Desestatização (PND), criado em 1990, que ganharam escala. Assim, na década de 1980, a **primeira fase** das privatizações, foi “marcado pelas ‘reprivatizações’ de empresas que tinham pertencido ao setor privado e posteriormente incorporadas à carteira do BNDES” (CARVALHO, 2001b, p. 26). A segunda fase, já sob a organização institucional do PND e atrelado à política econômica, “iniciaram-se os processos de alienação de empresas mais complexas e de grandes *holdings* setoriais” (CARVALHO, 2001b, p. 25). Por fim, a terceira fase é a capilarização do PND nos estados, com a criação dos Planos Estaduais de Desestatização. “Em 1996, ocorreu a inclusão dos estados no processo de privatização (Programas Estaduais de Desestatização - PED), centrada nos setores elétrico, gás canalizado, saneamento básico e concessões de rodovias. As principais destinações dos recursos arrecadados têm sido o abatimento de dívidas estaduais ou das empresas alienadas, embora parte dos recursos tenha sido utilizada para pagar dispêndios correntes (e.g., folha de salários e obras em andamento). Nesse último caso, há custos fiscais envolvidos pela utilização de receitas de privatização para financiamento de gastos correntes por parte de alguns estados” (CARVALHO, 2001b, p. 29).

No acordo, o estado de São Paulo era apeado das empresas relativas à geração e transmissão de energia elétrica e de abastecimento/transporte, além de parte do Banespa. O significado estratégico desse acordo é central ao federalismo brasileiro. Os estados estavam se desfazendo ou sendo compelido³³ a adotar tais medidas e isso representava a perda de ferramentas fundamentais ao exercício do poder nessas instancias.

Conforme vimos no pacto federativo que vigorou entre 1966 até o início dos anos 1980, principalmente quando da sua crise em 1982, as empresas e bancos estaduais foram centrais à preservação da demanda agregada e manutenção dos investimentos públicos. A perda dessas ferramentas representam o encurtamento do alcance do poder público estadual com tudo que as empresas representam, como plano de investimento, receitas correntes e o poder institucional e político.

Tabela 8. Participação do sistema de bancos estaduais no sistema financeiro – 1988. Em mi Cz\$

	Bancos estaduais (a)	Área bancária (b)	(a) / (b)
Operações de crédito	10.913.518	62.767.822	17,4
Total geral do ativo	17.285.488	173.553.885	10,0
Depósitos	5.826.087	57.595.299	10,1
Patrimônio líquido	893.455	14.819.096	6,0

Info: Área bancária inclui bancos múltiplos, comerciais e caixas econômicas estaduais
Fonte: Salviano Junior (2004).

Mas o estrangulamento do Setor Público Estadual não finda com essa Lei, pois vincula-se a ela outra exigência central que foi a adequação dos estados ao PROES (**Quadro 3**) que visava os bancos estaduais público em situação de crise financeira. Esse Programa que antecede a própria Lei 9496 cumpriu dois papéis: preparou os bancos para a privatização³⁴ e como resultante da alienação, mas

³³ A afirmação dessa política não foi unilateral, embora com muitos atritos e conflitos, mesmo entre membros do mesmo partido, a exemplo de Mario Covas e FHC, essa política contava com apoio de inúmeros governadores e esse elemento torna o entendimento federativo anda mais complexo.

³⁴ “O PROES, diferente de outros programas de ajustamento, visava redesenhar, de maneira definitiva, o perfil do sistema financeiro estadual... pode-se dizer que a idéia... era reduzir ao mínimo a presença de instituições financeiras controladas por governos estaduais no sistema

também das exigências, buscou o controle do endividamento dos estados via bancos estaduais³⁵.

A **terceira frente** deriva das primeira e segunda frentes. A perda de instrumentos econômicos de gestão e desenvolvimento, como tomada de empréstimos em bancos públicos e definição de limites ao endividamento atuou como limitante à atuação fiscal dos estados. Ela deriva das primeiras duas fontes porque cumulativamente os acordos foram exigindo concessões dos governo estaduais nesse sentido, estabelecendo empecilhos às formas de financiamento que vigoraram no pós-1966.

Aos estados foi imposto uma política fiscal que traduziu, *ipsis literis*, a agenda de consolidação fiscal rascunhada durante os anos 1990 no Brasil. As leis, programas e regulamentações dos anos 1990, como constam no **Quadro 3**, acumulam regras que serão consolidadas na Lei de Responsabilidade Fiscal, sancionada em 5 de maio de 2000, organizando uma nova institucionalidade de Setor Público Estadual.

No entanto, não é apenas a extensão da agenda fiscal do Governo Federal, mas de sua aplicação em um nível que não fora logrado sequer em âmbito nacional. A exemplo da limitação do endividamento que só foi definido para estados e municípios, mas nunca regulamentado para o Governo Federal. E o cerne dessa diferenciação é justamente a emissão de novos títulos de Dívida Pública, que foi apeado como instrumentos dos estados e centralizado no Governo Federal, vedado inclusive ao Banco Central que passou a operar no mercado aberto com os títulos públicos federais.

Como preâmbulo da Lei de Responsabilidade Fiscal, os estados brasileiros já se encontravam com numerário substancialmente menor de empresas, sendo que

financeiro. O programa, ao criar condições diferenciadas, financiando 100% do custo de ajuste e limitar a 50% das necessidades de recursos no caso de saneamento das instituições, além de exigir que os estados demonstrem ter condições fiscais satisfatórias de responder pelos 50% restantes, praticamente, não deixou outra opção aos governos estaduais senão a da privatização.” (LOPREATO, 1992, p. 35–36)

³⁵ Para um balanço do impacto do PROES nos estados brasileiros, ver Vieira (2007). Para uma avaliação pós-PROES e, em específico o BANRISUL, Banco Estadual do Rio Grande do Sul que existe até os dias atuais com controle público, ver Gutierrez (2008).

a maioria fora privatizada ou atividades-fim foram concedidas à esfera privada³⁶ e com o processo de federalização de suas dívidas concluída. A LRF institucionalizou os parâmetros que já constavam nos acordos de refinanciamento e de ajuda financeira aos bancos.

Em específico para os estados³⁷, a LRF institucionalizou limites à despesa com Pessoal, endividamento como proporção da Receita Corrente³⁸, restringiu a realização de Antecipação de Receita Orçamentária (AROs)³⁹ e constituiu impeditivos à tomada de novos empréstimos que envolve a aprovação em plenário do Poder Legislativo Estadual, dado que o estado deve apresentar contrapartidas à União em casos de operações externas.

O rol de orientações da LRF trouxe o debate para o interior do orçamento público, em um entendimento teórico de que a política deve ocorrer entre as raias dos orçamentos. O que embasa essa visão foi a reforma patrimonial ocorrida

³⁶ Okumura (2018) realiza uma análise das concessões paulistas dos anos 1990 e início de 2000 apontando o descolamento da taxa interna de retorno das rodovias paulistas do setor de infraestrutura.

³⁷ Na seção anterior foi realizada uma análise dos impactos da LRF na contratação de Pessoal e na consolidação do Ajuste Fiscal.

³⁸ Rigorosamente não foi a LRF que definiu os limites de endividamento, mas a Resolução 40 de 20 de dezembro de 2001 (OLIVEIRA, 2020)

³⁹ Art. 38. A operação de crédito por antecipação de receita destina-se a atender insuficiência de caixa durante o exercício financeiro e cumprirá as exigências mencionadas no art. 32 e mais as seguintes:

I - realizar-se-á somente a partir do décimo dia do início do exercício;

II - deverá ser liquidada, com juros e outros encargos incidentes, até o dia dez de dezembro de cada ano;

III - não será autorizada se forem cobrados outros encargos que não a taxa de juros da operação, obrigatoriamente prefixada ou indexada à taxa básica financeira, ou à que vier a esta substituir;

IV - estará proibida:

a) enquanto existir operação anterior da mesma natureza não integralmente resgatada;

b) no último ano de mandato do Presidente, Governador ou Prefeito Municipal.

§ 1º As operações de que trata este artigo não serão computadas para efeito do que dispõe o [inciso III do art. 167 da Constituição](#), desde que liquidadas no prazo definido no inciso II do *caput*.

§ 2º As operações de crédito por antecipação de receita realizadas por Estados ou Municípios serão efetuadas mediante abertura de crédito junto à instituição financeira vencedora em processo competitivo eletrônico promovido pelo Banco Central do Brasil.

§ 3º O Banco Central do Brasil manterá sistema de acompanhamento e controle do saldo do crédito aberto e, no caso de inobservância dos limites, aplicará as sanções cabíveis à instituição credora. (BRASIL, 2000a)

anteriormente, através de privatizações e concessões, que levou o conflito imanente da política para o interior das receitas fiscais à disposição do estado.

Em estudo anterior, esse autor ao analisar a relação entre a consolidação fiscal e a Dívida Pública levantou elementos que é útil a análise da Lei de Responsabilidade Fiscal como institucionalização de uma miríade de acordos que consolidam um novo pacto federativo para os estados.

O ajuste fiscal permanente da Lei de Responsabilidade Fiscal foi insuficiente dentro do arcabouço previsto para a administração da Dívida Pública para o autor por dois motivos. Em primeiro lugar pela magnitude, pois, conforme já dito, é uma ordem de grandeza em que a “métrica” do superávit primário não serve como dique de contenção à Dívida Pública. No caso, a métrica mais adequada seria o superávit nominal ou algo superior a este. A insuficiência do superávit primário se traduz no crescimento real do endividamento. Em segundo lugar, está a preocupação com a discricionariedade do Estado via recursos movimentados além do Orçamento Fiscal, ou seja, que não transitam pela peça orçamentária aprovada anualmente no Congresso (PERES, 2017, p. 26).

A análise, embora voltada ao debate federal e à contribuição de um ator em específico (Gustavo Franco), contribui com a questão estadual, embora se faça necessário algumas mediações. A primeira é a de que a questão federativa é antes política, não uma busca por métrica neutra. Houve no Brasil uma reação centralizadora que tinha como etapa desconstruir e desmobilizar ferramentas estaduais com potencial de contestação ao regime macroeconômico que se construía nos anos 1990. Se for para tomarmos um exemplo no interior do federalismo brasileiro, talvez seja o da resistência que os estados promoveu no pós-eleições de 1982.

Se para a gestão da Dívida Pública Federal se antagonizava a constituição de um índice de superávit fiscal (primário, operacional ou nominal), essa questão não era central para os estados, que pelo acordo da federalização da dívida, tinha na vinculação de um percentual das receitas a forma de pagamento corrente. Desse modo não residia na métrica do superávit primário o núcleo da LRF.

A questão central dos estados reside na segunda parte da assertiva, na “discricionariedade do Estado via recursos movimentados além do Orçamento Fiscal”, ou seja, toda a construção da reação centralizadora pautou-se pela desmobilização do que seria Orçamento Não-Fiscal. Desse modo, as Ferrovias com sua capilaridade, receitas próprias, capacidade de investimentos e de endividamento, opunha-se como um agravante dessa dimensão do ajuste fiscal. O mesmo pensamento serve para os setores elétrico, de infraestrutura e, exponencialmente para o setor financeiro.

Então qual seria a centralidade da Lei de Responsabilidade Fiscal? Ela consolida todos os esforços envidados em toda a década anterior no sentido de reduzir “essa discricionariedade”. Os compromissos pretéritos assumidos consumaram o desmembramento dos estados brasileiros. A LRF institucionalizou que os entes subnacionais tratariam sua política nos estreitos limites do orçamento fiscal, acuados, inclusive, pela incorporação de trechos do código penal às contestações, às práticas dissidentes.

A LRF seria, portanto, a carta da vitória da reação centralizadora, a institucionalização dos avanços logrados em acordos, agora referendados de forma permanente. A política de governadores passa a partir desse momento a ser ditada por variáveis alheias ao seu controle, como a dinâmica positiva da arrecadação como resultado do crescimento econômico.

La concepción y aprobación de la ley de responsabilidad fiscal solo fue posible al cabo de un proceso de refinanciamiento y ajuste fiscal de los principales gobiernos subnacionales. En definitiva, uno de los cambios estructurales más profundos que tal legislación produjo fue impedir la concesión de nuevos préstamos entre gobiernos o el refinanciamiento de deudas pasadas. Así se rompió una tradición secular de la federación brasileña. Solo el último ajuste de cuentas con el pasado pudo justificar y permitir la adopción de una nueva y radical regla, por la cual se restringió toda forma de endeudamiento entre gobiernos (incluso a los avales del Tesoro Nacional en operaciones externas se les pasó a exigir garantías reales) (SERRA; AFONSO, 2007, p. 44).

Somando as **frentes um, dois e três** temos a nova institucionalidade na qual foi inserida os estados brasileiros, tornando a gestão estadual pautada pelos princípios da economia doméstica. Tais princípios restringem o papel dos entes

subnacionais aos indicadores da LRF, desconsiderando as dimensões da política fiscal que cumpriram no passado, quanto mais o papel na estratégia de desenvolvimento econômico. A gestão passa pela entrega de relatórios previstos na LRF, que a despeito de imprimir maior transparência aos fluxos de receita e despesa, impuseram indicadores que fogem à consonância de um ente federativo *stricto sensu*, sendo mais um ente tutelado e condicionado a um exercício de política paroquial.

Por fim, como **quarta frente** temos os efeitos da movimentação federal na recuperação de sua participação na Carga Tributária perdida com a reforma de 1988. Conforme a seção anterior, a consolidação do ajuste fiscal nos anos 1990 se antagonizou com a implementação do orçamento da seguridade social. Esse conflito foi potencializado pela perda de recursos que a Constituição de 1988 promoveu, criando um hiato entre os valores apurados pelos entes antes e depois da carta (**Tabela 7**). Essas questões foram trabalhadas anteriormente.

O não dito no tocante à questão do federalismo fiscal é a importância que os estados tiveram nas duas pontas do conflito dos anos 1990. Os estados “contribuíram”, pelo lado das receitas federais, com a perda parcial ou completa de fontes fundamentais de recursos e com a ampliação de participação no financiamento da saúde pública, pelo lado da consolidação financeira do Sistema Único de Saúde.

Quanto à perda de receitas, o Governo Federal criou em 1993 o Fundo Social de Emergência, já trabalhado anteriormente. Depois renomeado como Fundo de Estabilização Financeira e, por fim, Desvinculação de Receitas da União. Essa política promove, até os dias atuais, a retenção de 20% de todas as receitas, inclusive aquelas que abastecem o Fundo de Participação dos Estados. Trata-se de um corte linear das receitas compartilhadas entre União e os demais entes.

Uma outra política consoante a esse mesmo princípio foi o incentivo de arrecadação de receitas exclusivas. Destacam-se a ampliação da alíquota e criação de contribuições sociais que fizeram com que essas rubricas ganhassem participação no conjunto da arrecadação do Governo Federal⁴⁰. Serra e Afonso

⁴⁰ Biasoto Jr (2006) aponta a falta de coordenação, chamada de fragmentação tributária, na corrida por preservação da arrecadação que os entes mobilizaram, desde os municípios ao

(2007) apontam que o PIS sai de uma arrecadação de 1% do PIB nos anos 1980 para se somar ao COFINS nos anos 1990 e alcançar 5,6% em 2005 e ao se somarem CPMF e CSLL o valor alcançou 8,4% do PIB.

Em 1980, la recaudación del pis ascendió a apenas un 1% del pib; en 1990, ambas contribuciones (PIS y COFINS) recaudaron el 2,7% del producto; en el 2000, la carga conjunta fue del 4,4% del pib, y en el 2005 alcanzó la cifra récord de 5,6% (de la cual 4,4 puntos porcentuales correspondían a la cofins). Incluida la recaudación de 1,5% del pib obtenida con la CPMF y de 1,3 puntos con la contribución social sobre las utilidades netas (CSLL),³¹ la carga tributaria derivada de las cuatro contribuciones (pis, cofins, csll y cpmf) llegó al 8,4% del pib en el 2005. Ese monto equivale a más de seis veces la recaudación del impuesto federal sobre los productos industrializados y supera la recaudación del impuesto estadual sobre la circulación de mercaderías y servicios o la del impuesto federal sobre la renta (SERRA; AFONSO, 2007, p. 47).

Outra questão de enorme conflito na questão federativa foram as medidas de alteração das alíquotas de impostos estaduais. A mais controversa foi a Lei Kandir⁴¹, nome dado à Lei Complementar 87/1996 cujo desenho envolvia a zeragem de imposto de valor agregado para produtos exportáveis através da criação de créditos tributários para as empresas. O resultado foi o desincentivo às atividades de exportação, pelo lado dos impactos econômicos da medida, e

Governo Federal, alimentando um processo de perda de qualidade na arrecadação. Contribuiu o Governo Federal nesse processo com a criação e elevação das alíquotas de contribuições. “A face perversa desse aumento da carga tributária foi a natureza de sua composição. Cerca de 60% do crescimento da arrecadação teve origem nas contribuições sociais. No conjunto dessas, as mais utilizadas foram justamente as geradoras de maiores danos à atividade econômica. Enquanto a Contribuição sobre o Lucro Líquido e a Contribuição de Empregados e Empregadores à Previdência Social ficavam estagnadas, a CPMF saltou de 0,34% do PIB para 1,27% do PIB, como decorrência direta do aumento de alíquota. Ao mesmo tempo, a elevação de 2% para 3% na alíquota da Cofins produziu crescimento nas receitas de 2,2% para 3,58% do PIB. Conquanto tenham sido revestidas do manifesto interesse em questões meritórias como o combate à pobreza, não há como deixar de notar que tributos em cascata aumentaram nada menos que 2,3% do PIB, em relação ao período anterior” (BIASOTO JR, 2006, p. 70).

⁴¹ A literatura sobre a Lei Kandir é vasta e atenta na maioria das vezes para a defasagem entre o hiato entre a perda de arrecadação e as medidas de compensação. Varsano (2013) estimou as perdas de receitas não compensadas entre 1996 e 2016 em 6,2% da arrecadação do ICMS. Cálculos semelhantes são produzidos para os estados, destacamos Dall’acqua (2005) e Riani e Albuquerque (2000) para os estados de São Paulo e Minas Gerais, respectivamente.

perda de arrecadação pelos estados, dado que as compensações financeiras do Governo Federal nunca foram suficientes.

O conceito de fragmentação tributária tratado por Biasoto Jr (2006) é apropriado para pensar a totalidade que resultou do processo de reação centralizadora dos anos 1990, abarcando não somente o Governo Federal que promoveu a reorganização da estrutura tributária brasileira, mas também os estados e municípios na disputa por recursos. A própria guerra fiscal entre estados na disputa por arrecadação através da diferenciação de alíquotas de ICMS (e outras práticas pouco republicana) é um exemplo desse jogo em que a soma final é negativa.

No entanto, esse conceito tratado de forma pouco atenta pode sugerir que há uma divisão equânime nesse processo, quando não há. O Governo Federal promoveu inúmeras modificações no federalismo brasileiro, que impactou além da questão tributária, a dimensão patrimonial e do exercício da política fiscal e parafiscal dos estados. O desenlace promovido nos anos 1990 para o descontrol e crise que os estados se inseriram foi de extinção das ferramentas, relegando os estados praticamente à gestão orçamentária.

Embora de impactos duradouros e profundos, a atuação de estados e municípios não são da mesma magnitude que o Governo Federal e inscrevem-se como atitudes antes de tudo defensivas ante as condições estruturais que redefiniram sua atuação. E essa prática perpassou os anos 2010 até chegar aos anos de 2022 e irá continuar se não tiver um esforço reformador. A exemplo do que ocorre em 2022, momento em que esse estudo se desenvolveu, quando a pretexto de reduzir os preços dos combustíveis ao consumidor final, o Governo Bolsonaro aprovou uma lei que limitou o teto das alíquotas estaduais de ICMS e propôs uma contrapartida financeira que não representou um quinto da perda de arrecadação (WATANABE, 2022).

São inúmeras as frentes que fragilizaram o pacto federativo fiscal de 1988. No entanto, ainda no ano de 2000 tramitava e foi aprovada a última medida que marcaria os estados pelo lado das despesas: a Emenda Constitucional nº. 29. Essa foi a **quinta grande frente** de ressignificação do pacto federativo brasileiro.

Sua aprovação, conforme já tratada na seção anterior, elevou a responsabilização dos estados no financiamento à saúde pública com a destinação de 12% das receitas líquidas, pós-transferências. Posteriormente, em 2013, foi regulamentado o conceito das despesas que compunham esses valores através da Lei Complementar 141/2013, gerando novas demandas à gestão fiscal.

Pelo lado dos estados, é importante frisar que tanto a EC 29 quanto a LC 141/2013 se sobrepuseram em complicação financeira. Seja em 2000, quando da aprovação da EC 29, o esforço médio dos estados resultou em ampliação da participação no total do financiamento da saúde da ordem de 5% (**Tabela 4**) e em 2013, após a LC 141/2013, a gestão foi de adequação, dado que inúmeras despesas consolidadas não puderam compor as Ações e Serviços Públicos de Saúde conforme previa a regulamentação.

Do ponto de vista estritamente financeiro, a LC 141 acrescentou algumas doses de dificuldades para os governos subnacionais na administração de suas finanças, ao fechar a janela que lhes permitia maquiar os seus gastos e exigir, para a área, maiores dotações orçamentárias, mas foi camarada com a União, ao descartar a proposta que vinha sendo defendida por vários analistas e especialistas da saúde de determinar a vinculação de 10% de sua Receita Corrente Bruta (RCB) para o seu financiamento. Pela lei aprovada, acabou mantendo praticamente a mesma regra anterior, ao estabelecer que sua contribuição seria dada "pelo valor empenhado no exercício anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual", ou seja, de dois exercícios anteriores (OLIVEIRA, 2020).

A transferência desse ônus aos Estados durante a tramitação da EC 29 não se deve confundir com o potencial de ganhos que tal medida oportunizou ao Sistema Único de Saúde que obteve uma fonte inestimável de recursos, vitais para a descentralização que se desenrolava por toda a década de 1990. Esse percurso que chamaremos de Federalismo da Saúde, é o tema da seção seguinte, em que esse processo será analisado à guisa das preocupações que orientaram os fóruns de construção da saúde, em especial as Conferências Nacionais da Saúde.

O comprometimento dos 12% da receita líquida de impostos com a Saúde somou-se aos 30% de vinculação com a Educação, conforme previsto na Constituição, e aos 13% da Receita Líquida Real que era o teto acordado para remuneração da dívida após a renegociação. Ainda no rol de prerrogativas exclusivas dos estados constam a Segurança Pública e o Regime Próprio de Previdência como os grandes orçamentos.

A somatória das **cinco frentes** estabeleceu uma nova dinâmica ao exercício da política nos estados no pós-2000. A reorganização patrimonial e funcional do estado através das medidas de renegociação de dívidas e saneamento financeiro – e posterior venda ou extinção – dos bancos estaduais postou horizontes de estreitos mecanismos parafiscais de exercício da política. Receitas e despesas (**Quadro 4**) foram impactadas de modo a se reduzir o hiato do resultado primário, gerando conflitos inexoráveis ao investimento público⁴².

Quadro 4. Impactos sobre as finanças estaduais.

Receitas	Despesas
<ul style="list-style-type: none"> • Desvinculação de Receitas¹ • Lei Kandir LC 87/96 • Fomento às Contribuições Sociais 	<ul style="list-style-type: none"> • 13% de comprometimento das Receitas Líquidas Reais (acordo Lei 9464/97) • 12% de vinculação com a Saúde • 30% de vinculação com a Educação

/1 Fundo Social de Emergência / Fundo de Estabilidade Fiscal / Desvinculação de Receitas da União

Fonte: Elaboração Própria

A administração dessas obrigações enseja os elementos da gestão pública estadual, balizada pelos efeitos elásticos que o crescimento e a recessão econômica geram na arrecadação fiscal. Desse modo, se acompanharmos a dinâmica entre 2000 e 2020, veremos os efeitos positivos sobre a recuperação fiscal do período de crescimento entre 2005 e 2012 – com leve interregno com a crise de 2008 – em que os estados criam margem para elevar os investimentos

⁴² No capítulo 5 será realizado uma análise do desempenho do estado de São Paulo, retomando essa problemática da execução orçamentária pós-2000.

públicos, e os efeitos devastadores da crise pós-2015, em que a ausência de crescimento trouxe de volta a insolvência à agenda dos Secretários de Finanças estaduais.

Com os governos subnacionais limitados em sua autonomia, circunscritos ao uso de seus recursos tributários para o desempenho de suas funções, asfixiados um alto grau de por altos níveis de endividamento e contando com engessamento de seus orçamentos, pode-se dizer que a federação brasileira não representava, no final da década de 1990, mais do que uma pálida ideia dos objetivos que motivaram os constituintes de 1988 (OLIVEIRA, 2020, p. 235).

Iniciamos essa seção pautando a necessidade de retroagir ao modelo de 1966 de centralização fiscal para estabelecer parâmetros de análise do federalismo pós-2000. O papel definido para os estados é vinculado a uma visão limitadora da política fiscal, centrada na construção de um ajuste fiscal que ressignificou todas as esferas do Setor Público, extraindo-lhe as empresas e instituições que pudessem robustecer a intervenção sobre o desenvolvimento econômico, além de engessá-lo com métricas de gestão de pessoal, endividamento, disponibilidades de caixa, passivo atuarial do Regime Próprio e vinculações de despesas que tornaram a política refém da gestão administrativa como se apenas isso bastasse ante os desafios federativos.

Por outro lado, a criação de um Fundo Estadual de Saúde, um dos saldos dessa fragilização dos estados nesse ambiente de reforma federativa, estabeleceu um desafio à gestão do Sistema Único de Saúde. A consolidação desse Fundo gerou uma dupla determinação. Pelo lado dos governadores, foi de tomar posse desses recursos como um instrumento da política, de afirmação de seu programa sobre essa massa de recursos que se avolumou nos orçamentos. No entanto, como demanda da descentralização do SUS, a determinação era de submeter essa massa de recursos às estratégias regionais e setoriais de capilarização da rede de assistência.

Esse conflito depende do patamar em que se encontrava a institucionalidade de descentralização dos serviços para os estados, ou seja, como andava a normatização de atribuições para os entes subnacionais quando da aprovação

da EC 29. Esta é a preocupação da seção seguinte, onde buscamos de forma sintética apontar a estrutura burocrática e a democratização de gestão compartilhada que foram herdeiros do desafio de gestão dos recursos que se somaram ao SUS em 2000.

1.3. Descentralização e Orçamento Público de saúde nos anos 1990

O período de descentralização fiscal se confundiu com o pré e imediato pós-Constituição Federal. Nesse período avançou-se especialmente na descentralização da gestão de saúde que era a premissa de constituição do Sistema Único de Saúde⁴³, pautado na transferência de recursos e na estruturação de uma institucionalidade, capacitação de corpo de servidores e de uma burocracia em âmbito local com capacidade de suprir os aspectos técnicos da organização e da continuidade dos serviços públicos de saúde.

A visão de Lima (2008) sobre esse processo é a de que a descentralização foi instrumentalizada para terceirizar responsabilidades do Governo Federal. Este, sob a tarefa de consolidar um marco fiscal brasileiro, utilizou da descentralização como variável de desresponsabilização pelas despesas com a Saúde, regulamentando somente as partes referentes aos estados e municípios. No entanto, essa visão precisa ser suavizada com uma demanda intrínseca aos formuladores e defensores do SUS de que a descentralização era uma condição de sua capilarização.

Nessa seção será analisada a tarefa legal e institucionalmente definida aos estados no processo de regulamentação do escopo de atuação no interior do SUS e em que medida a constituição do Fundo Público dos estados, criado com a destinação de 12% das receitas correntes líquidas para despesas legais com Ações e Serviços Públicos de Saúde se tornou a incorporação definitiva dos estados no Sistema Único de Saúde.

⁴³ Considerando-se essas questões, utiliza-se nesse texto o conceito de descentralização como processo de transferência de autoridade ou poder decisório no financiamento e gestão do nível nacional para níveis subnacionais. Esse processo chega a definir a responsabilidade pela tomada de decisão ao menor nível organizacional possível. Nesse sentido, pode-se afirmar, para a experiência brasileira, que os processos de flexibilização administrativa e terceirização também fazem parte do processo de descentralização. Esses processos oferecem um amplo campo de análise da mudança das funções públicas que não serão abordados neste texto, que está focado no aspecto da descentralização diretamente associada às relações intragovernamentais (COSTA; BARROS; RIBEIRO, 1999, p. 32–33).

Além disso, iremos realizar considerações acerca dos recursos que compõe o Fundo, bem como os conceitos legais acerca das despesas consideradas sob “Ações Públicas e Serviços de Saúde” em oposição ao conceito de Função Saúde. A hipótese que fundamenta a apresentação é a de que durante a década de 1990 avançou-se muito pouco na descentralização para os estados pelo fato de que não era um pleito pleno dessa esfera de governo, identificando-se com os municípios. Essa hipótese se afirma de dois modos, na normatização que fundamentou a descentralização de recursos e atribuições, as famosas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e através da subparticipação dos estados no orçamento global do Sistema de Saúde Público.

A depuração da hipótese acima é a de que a aprovação da Emenda Constitucional 29 além dos impactos sobre a estrutura fiscal, já detalhada na seção anterior, compeliu os estados a ampliarem sua participação no financiamento do SUS, projetando um orçamento para serviços e habilitações inexistentes, forçando um *pushing* na estrutura de saúde existente à época.

Desse modo, nossa apresentação busca tratar cronologicamente das normatizações da década de 1990, detalhando os impactos sobre estados e municípios, e depois apresentar a consolidação dos Fundos Estaduais de Saúde, buscando captar sua grandeza financeira e o debate acerca de seu acompanhamento na estrutura orçamentária.

Avançando sobre a descentralização, acompanhando seu desempenho para a questão da saúde até 1999, Costa, Barros e Ribeiro (1999) concluíram que houve avanços rápidos nessa política e imputam esse progresso à redistribuição de tributos promovido durante o período da Constituição e a outros fatores, principalmente a assimilação de estruturas de gestão e instrumentos de ação social pelos municípios.

Quanto aos estados, em específico, o balanço não foi dos mais favoráveis, uma vez que não estava bem definida a atuação das secretarias de estado na institucionalização da descentralização.

Esse processo retardatário e desigual sinaliza as dificuldades dos estados em definirem um papel claro na estrutura do sistema público de saúde brasileiro, dominada ainda, na década de 90, pelas demandas e orientações localistas. Essa situação tem sido

comprovada por conclusões oriundas de pesquisa empírica. Assim, por um lado, o gestor estadual é o que sofre o maior impacto do processo de descentralização ao ter seu papel original de executor de ações, voltadas para o atendimento da população e de contratante de serviços privados e filantrópicos, substituído por uma função de coordenação, apoio e regulação do sistema estadual de saúde. Por outro, as prerrogativas das secretarias estaduais de saúde em termos de coordenação, articulação e estruturação do sistema de saúde intermunicipal ou regional apresentam uma baixa institucionalidade (COSTA; BARROS; RIBEIRO, 1999, p. 47).

Reconstituindo esse processo, a primeira readequação das estruturas estaduais de saúde se deu antes da Constituição Federal de 1988. O Governo por intermédio do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde (SUDS) estabeleceu possibilidade de acordos entre o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e as Secretarias Estaduais de Saúde. Ao longo do ano de 1988, os convênios foram ganhando escopo ampliado, com a incorporação pelas Secretarias Estaduais das funções das Superintendências Regionais do INAMPS, que foram erradicadas com a Portaria nº 4235 de maio de 1988.

Os SUDS cumpriram duas funções como precursor do SUS. A primeira foi unificar o Sistema de Saúde, antes particionado entre o Ministério da Saúde e o INAMPS, sob gestão do Ministério da Previdência e Assistência Social. A segunda função foi no sentido de descentralização de fato, estadualizando estruturas outrora federal, no caso específico transferindo responsabilidades das Superintendências Federais do INAMPS para as Secretarias Estaduais (SOUZA, 2002).

Em relato sobre experiência da Secretaria de Saúde do estado da Bahia durante o SUDS, Paim (PAIM, 1989) elenca as mudanças executadas que dotaram o órgão de maior capacidade de intervenção e coordenação de políticas de saúde pública, democratizando o acesso à saúde, a gestão com participação dos servidores nos processos de decisão e valorização do usuário na formulação e na dinâmica do poder, levando o autor a afirmar que essa *“política teve como diretriz básica deflagrar o processo da Reforma Sanitária na Bahia”* (PAIM, 1989, p. 378)

Mesmo com a incorporação de estruturas do INAMPS ainda no final dos anos 1980 ter sido uma política exclusiva aos estados⁴⁴, os mesmos encontravam-se em uma situação de subparticipação no Sistema Único de Saúde uma década de depois, no final dos anos 1990, seja em responsabilidades institucionais, seja em termos de recursos aportados. Isso decorre dos municípios terem dominado o processo, do movimento pela construção do SUS centrar esforços na descentralização municipal e, de certa forma, não podendo ser desprezado o fato de que os estados não reivindicaram maior participação.

Em que pese as legislações aprovadas no começo dos anos 1990, a exemplo das Leis Orgânicas de Saúde, terem buscado orientações de descentralização que alcançasse estados e municípios, as regulamentações por normas formuladas pelo Ministério da Saúde caminharam no sentido de ampliar o escopo das localidades, transferindo recursos e constituindo uma institucionalidade para os gestores municipais, mas como poucas iniciativas que alcançaram os estados que foram progressivamente incluídos, principalmente na parte final da segunda metade da década.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece em seu artigo que 50% dos recursos destinados aos estados e municípios devem ser distribuídos segundo o quociente de sua divisão populacional, independentemente de qualquer procedimento prévio. A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe que os recursos federais, definidos segundo critério populacional, devem ser transferidos de forma automática e regular, desde que cada uma das esferas governamentais conte com um Fundo de Saúde (FES ou FMS), um Conselho de Saúde, um Plano Plurianual de Saúde, a contrapartida de recursos para a saúde no orçamento e uma comissão para elaborar um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o pessoal do setor (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001a, p. 273–274).

⁴⁴ “Mesmo assim, muitos municípios aderiram a esta norma e à sua substituta (a NOB SUS01/92), tendo assinado o convênio 1.074 municípios, até o final de 1993. Levcovitz (1997) ressalta a aceitação e adesão dos secretários municipais de saúde aos convênios, como expressão da sua insatisfação com o relacionamento privilegiado entre as Secretarias Estaduais de Saúde e o INAMPS no período SUDS e como forma de responder aos anseios urgentes de descentralização” (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001a, p. 274).

A primeira das regulamentações⁴⁵ foi a NOB 01/91 e em relação às demais, guarda uma curiosidade, pois foi a única editada pelo INAMPS (**Quadro 5. As Normas Operacionais do SUS: Aspectos formais e características do financiamento. 1991-2001.**). Essa norma previa a adesão convencional dos municípios que desejassem aderir e embora fosse amparada nas Leis Orgânicas da Saúde que orientavam a descentralização, tinha apenas a transferência de uma responsabilidade administrativa. A forma de transferência foi largamente criticada, pois favorecia os municípios maiores e mais ricos que possuíam maior capacidade de adequação aos termos legais. Embora a NOB 01/91 se direcionasse aos municípios, ocorria que aqueles que não se adequavam, tinham seus recursos transferidos aos estados, que assumiam a gestão desses recursos e de 20% do total dos valores repassados às Autorizações de Internações Hospitalares (AIH).

Neste sentido, apenas uma atribuição administrativa foi transferida aos municípios, caracterizando uma desconcentração. Além disso, a parcela de AIH dos municípios "não habilitados" - provavelmente os de menor porte e mais deficitários em termos de estrutura e provisão de serviços -, somada a 20,0% do total de AIH calculadas com base na população de cada município, são alocadas nas Secretarias Estaduais, as primeiras para serem gerenciadas por esta instância e as segundas compondo o "fundo de compensação de demanda". Desnecessário dizer que tal estratégia transforma as AIH em instrumento de poder (o "cheque em branco"), que acaba favorecendo os municípios política e estrategicamente mais importantes, ou socialmente organizados, o que quase sempre exclui os municípios mais carentes (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 58).

A separação entre estados e municípios na NOB 01/91 não contribuiu com as celeumas herdadas do período da Política do SUDS que só beneficiou os estados. O modelo NOB subjazia uma noção de descentralização tutelada pelo INAMPS que seguia com a maior parte das atividades administrativas, como pagamento a fornecedores, e instituiu uma relação entre INAMPS-MINISTÉRIO

⁴⁵ Costa, Barros e Ribeiro (1999) analisam algumas NOBs fundamentais à descentralização entre estados e municípios. Levcovitz, Lima e Machado (2001) analisam o papel das NOBs para os anos 1990. Carvalho (2001) apresenta crítica aos fundamentos legais das NOBs como instrumento com poderes para alteração da Lei Orgânica e texto constitucional.

DA SAÚDE e municípios sem a participação dos estados. Além disso, não cobria a saúde coletiva, abrangendo apenas a questão ambulatorial.

A revisão de alguns desses pontos se deu com a NOB 01/92 que contou com a assinatura do Ministério da Saúde como responsável. Embora não tenha incorporado as transferências automáticas de recursos, ela permitiu ampliar a cobertura de municípios. Esse elemento aumentou a tensão entre estados e municípios, pois a descentralização ocorria à revelia da capacidade do estado de planejar a integração entre municípios de forma a dar uma unicidade racional ao Sistema, principalmente as unidades de referência intermunicipais. Outro problema que resistia era a remuneração por serviços prestados em oposição aos repasses *per capita*.

A ausência da participação estadual para a elaboração dos convênios, associada ao intenso movimento de descentralização de unidades assistenciais do INAMPS, principalmente para as SMS, promovido pela SNAS/MS/INAMPS, acabou induzindo à lógica de formação de sistemas municipais isolados, sem a articulação e a integração necessárias à constituição do modelo sistêmico do SUS, isto é, sem as articulações necessárias para a criação dos fluxos de referência regionais e estaduais e para a harmonização dos sistemas municipais ainda em gestação. Ao mesmo tempo, os convênios representaram, para muitos municípios, a primeira aproximação real com as questões técnico-operacionais do SUS. Provavelmente, a ampliação do envolvimento municipal na construção do novo sistema de saúde tenha sido o principal avanço proporcionado pelas portarias do MS e pelas NOB SUS 01/91 e NOB SUS01/92 (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001a, p. 275).

A expansão do municipalismo na descentralização da Saúde lograda com a NOB 01/92 tem reflexo direto no tema da IX Conferência Nacional de Saúde, ocorrida agosto de 1992, que teve como chamada o seguinte lema: “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”. Deriva do Grupo Especial de Descentralização (GED), organizada na IX Conferência Nacional de Saúde, o texto da NOB 01/93.

Organizada a partir das experiências municipais de gestores, usuários, entidades de representação social, privadas, popular e sindical, essa norma rompe com as anteriores na visão qualitativa da descentralização. Avança-se para a regulamentação dos repasses em consonância ao artigo 35 da Lei

Orgânica da Saúde 8080, extirpando em definitivo a figura do convênio e instituindo os fatores objetivos de transferências aos gestores dos sistemas.

Seu desenho acertado para o momento, resultado, como dito, de um processo de convergência dos espaços de construção real do SUS fez com que fosse a mais longeva das normas. Entre 1992 e 1996, o número de municípios habilitados salta de 886 para 3078, alcançando 61,9% dos 4974 municípios brasileiros existentes (SCATENA; TANAKA, 2001).

Quanto aos estados, a NOB 01/93 os escala em importância no Sistema. Em primeiro lugar, passam a gerenciar o SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais) e o SIH-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais), responsáveis por definir os valores praticados pelos municípios na remuneração de produtos. A segunda inovação foi tornar a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como instância deliberativa. Com assento entre gestores estaduais e municipais, esse espaço oportunizou ao estado atuar na mediação entre União e municípios⁴⁶. No entanto, mantém uma baixa participação financeira no Sistema, enquanto se avança a participação e responsabilidade gestora dos municípios.

⁴⁶ “Por estabelecer a CIB como instância deliberativa para a habilitação municipal, para a definição dos tetos financeiros globais dos municípios e, no caso dos municípios em gestão semiplena, para o montante dos recursos federais transferidos, a NOB dividiu de forma igualitária entre estados e municípios a responsabilidade sobre a aprovação dos critérios de distribuição dos recursos federais entre os municípios e sobre a definição dos municípios aptos para receberem a transferência automática, “fundo a fundo” Lev(LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001b, p. 278).

Quadro 5. As Normas Operacionais do SUS: Aspectos formais e características do financiamento. 1991-2001.

Norma	Instrumento normativo	Autoridade que assina	Modelo de financiamento	Tempo de vigência
NOB 01/91	Resolução 258 de 01/91	Presidente do INAMPS	<ul style="list-style-type: none"> • Repasse condicionado à produção de serviços • Iguale pagamento do prestador público ao privado 	7 meses
	Resolução 273 de 07/91	Sec. Nac. de Ass. à Saúde e Presidente do INAMPS		
NOB 01/92	Portaria 234 de 07/02/92	Secretário Nacional de Assistência à Saúde (acumulando a presidência do INAMPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Repasse condicionado à produção de serviços • Iguale pagamento do prestador público ao privado 	1 ano e 4 meses
NOB 93	Portaria MS/GM nº 545 de 20/05/93	Ministro da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Refere o repasse de recursos a municípios habilitados, mas não define os mecanismos e não rompe totalmente com a lógica do pós-pagamento 	3 anos e 6 meses
NOB 01/96	Portaria MS/GM nº 2203 de 06/11/96 (Alterada para portarias de 18/12/97)	Ministro da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Amplia transferência fundo a fundo • Utiliza o per capita para o financiamento da atenção básica • Define o pagamento de incentivos • Propõe elaboração da PPI 	(Implantada a partir de janeiro de 1998 tendo vigorado até 26/01/01) 3 anos

Fonte: Souza (2002)

A NOB 93 inaugurou os repasses “fundo a fundo”, como são chamadas as transferências de recursos entre o Fundo Nacional de Saúde e os Fundos Municipais de Saúde através de critérios objetivos definidos em instâncias próprias do SUS. No entanto, conforme evidencia a **Tabela 9**, a mesma política não se estendia aos estados que só foram constituir o primeiro repasse “fundo a fundo” em 1998.

A NOB 1/96 foi a primeira a ter é um exemplo dessa legislação com enfoque estadual que apresentava as dificuldades de adesão por parte dos mesmos. Essa norma revia a participação dos estados no Sistema Único de Saúde com criação de duas novas instâncias, a Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) e a Gestão Plena do Sistema Estadual (GSPE). Para tal, eram exigidas certas condições, desde Plano Estadual de Saúde, Plano de investimentos, até unidades estatais de laboratórios de referência, entre outros.

Ao contrário do que tem se verificado para os municípios, ainda é pouco significativa a adesão dos estados ao novo papel que lhes foi reservado no SUS. O papel dos governos estaduais foi revisto pela NOB 1/96, que prevê, para essas instâncias duas modalidades de gestão:

- Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE);
- Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE).

Para a habilitação das secretarias de saúde a essas duas condições de gestão são demandadas, entre outras exigências:

- Plano estadual de saúde;
- Programação pactuada integrada;
- Plano estadual de prioridade de investimentos;
- Plano de gerência de unidades estatais de hemorrede e de laboratório de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica;
- Proposta de organização de sistemas de referência e de câmara de compensação de autorizações de internação hospitalar, procedimentos especializados e de alto custo ou alta complexidade (COSTA; BARROS; RIBEIRO, 1999, p. 45).

No entanto, a avaliação era de que até o final de 1998, apenas Alagoas estava habilitada para ser Gestor Pleno, ao passo que GASE não se estendia a quatro estados (COSTA; BARROS; RIBEIRO, 1999). As limitações da estrutura institucional dos estados avaliadas pela NOB 1/96 retratavam o hiato entre estados e municípios na descentralização promovida nas instancias do SUS.

Tabela 9. Indicadores de evolução da descentralização no SUS, segundo as NOBs 93 e 96 – posição final de cada exercício.

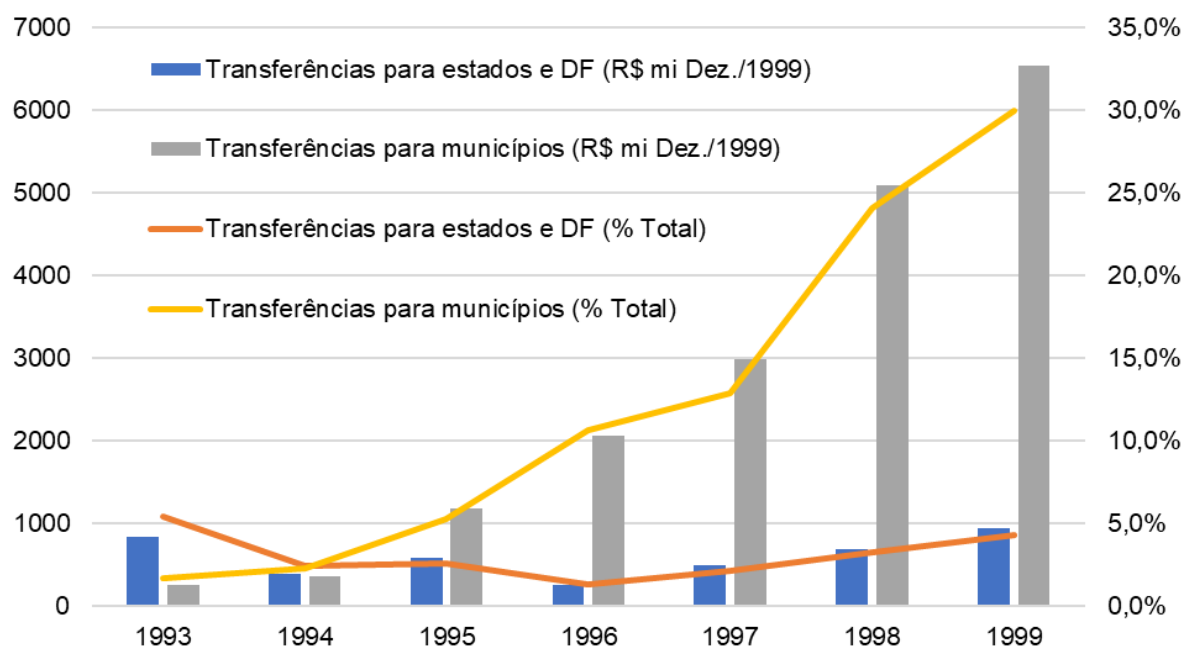
Indicador / ano	Dez/94	Dez/95	Dez/96	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/00
Nº de municípios recebendo recursos “fundo a fundo”	24	56	137	144	5049	5350	5450
Nº de estados recebendo recursos “fundo a fundo”	-	-	-	-	2	7	8
Percentual da população residente nos municípios/estados que recebem “fundo a fundo”	4,4%	9,34%	15,9%	17,3%	89,9%	99,3%	99,7%
Percentual do total de recursos assistenciais transferido “fundo a fundo”	6,2%	12,5%	22,9%	24,1%	52,5%	58,1%	60,7%

Fonte: Levcovitz, Lima e Machado (2001)

O balanço das NOBs reforçam nossa hipótese levantada no começo dessa seção de que os estados estavam muito aquém na distribuição de atribuições, considerando as responsabilizações que potencialmente caberia aos mesmos em uma estrutura de Sistema Único em um país continental com tantas particularidades regionais, disparidades de renda, formação e ocupação territorial.

A segunda hipótese reforça a subparticipação dos estados no orçamento global da Saúde Pública. Embora tenha ocorrido a descentralização de recursos, a sua concentração se deu nos municípios, evidenciando a alta correlação entre as NOBs e o crescimento dos orçamentos municipais.

Gráfico 1. Ministério da Saúde – Gasto Total segundo Categoria Econômica. R\$ mi de 1999 (eixo esquerdo) e % do Total (eixo direito)



Fonte: *Elaboração Própria a partir de dados de Reis, Ribeiro e Piola (2001)*

A transferência de recursos do Ministério da Saúde para estados que inicia 1993 acima dos valores repassados aos municípios, termina a década com uma proporção de praticamente um para sete ou, mais exatamente, de R\$ 937 milhões e R\$ 6,5 bilhões (**Gráfico 1**), a valores de dezembro de 1999. Os valores repassados para os municípios alcançaram a cifra de 30% do orçamento total do Ministério.

O avanço do processo de descentralização do SUS é inegável. O percentual de recursos financeiros descentralizados para estados e municípios subiu de 7,1% em 1993 para 34,3% em 1999. Esse percentual seria ainda mais significativo, caso retirássemos as despesas "não descentralizáveis", como pessoal, inativos e pensionistas, e como o pagamento da dívida (amortização e os encargos financeiros). Nesse caso, cerca de 38,0% dos recursos disponibilizados ao Ministério da Saúde em 1999 seriam descentralizados (REIS; RIBEIRO; PIOLA, 2001, p. 17).

A aprovação da EC nº 29 proveu uma massa de recursos aos estados acima dos observados nos anos anteriores. O crescimento dos recursos nos estados para a saúde foi um elemento fundamental à consolidação da descentralização do Sistema. A EC nº 29 garantiu fonte de financiamento estável às prerrogativas que já se encontravam sob responsabilidade dos estados, regulamentadas pelas Leis específicas e pelas NOBs.

Em paralelo à aprovação da EC nº 29, outra regulamentação se erigiu como complementar aos recursos vinculados que foi a própria definição do que seriam compreendido como despesas exclusivas da saúde. Essa problemática legal, mas fundamentalmente do conflito orçamentário, já surgira no orçamento da seguridade social, quando despesas estranhas eram rubricadas como das áreas sociais.

O conflito arrastara por toda a década de 1990 e a aprovação da EC nº 29 potencializou o processo de disputa por orçamentos, principalmente nos estados. Com base nesse movimento, embora tardiamente, com 12 anos de diferença, em 2012 foi sancionada a Lei Complementar 141 que detalhou essas despesas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)⁴⁷.

Assim, gastos em saneamento, limpeza urbana, assistência social, merenda escolar, programas de alimentação, aposentadorias e pensões, encargos da dívida, oferta de serviços que não atendiam o princípio do acesso universal e até mesmo vacinas para gado contra a febre aftosa figuravam, na contabilidade dos governos em geral, como despesas na área da saúde. Com a conivência, em geral, dos Tribunais de Contas, principalmente os governos subnacionais usaram e abusaram desse expediente para inflar seus gastos na área, visando garantir que o mínimo constitucional exigido - 12% para os estados e 15% para os municípios - fosse atingido.

O grande mérito da LC 141 foi o de fechar explicitamente essas brechas, proibindo a contabilização dessas despesas como "ações e serviços públicos de saúde", colocando, com isso, um ponto final ou estancando a torneira de desvios de recursos dessa área para outras finalidades. Autorizou corretamente, no

⁴⁷ "A falta de regulamentação da EC 29/00 sobre as despesas que deveriam ser consideradas efetivamente como "ações e serviços públicos de saúde" deixara uma janela aberta pela qual vazavam receitas que deveriam ser destinadas para o seu financiamento, ao serem contabilizadas, como tal, pelos entes federativos, despesas de outra natureza, mesmo com a Resolução n. 322/2003, do Conselho Nacional da Saúde, que disciplinava essa matéria." (OLIVEIRA, 2020, p. 263).

entanto, a contabilização, como tal, dos investimentos realizados na rede física do SUS. (OLIVEIRA, 2020, p. 264)

Sistematizando o conceito de ASPS pela afirmação das despesas consideradas, mas também pela negação das desconsideradas, a legislação consolida mais de duas décadas de experiências dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Esses espaços são fundamentais ao enraizamento e à descentralização do SUS, pois contam com assentos de usuários, trabalhadores e movimentos sociais que acompanharam as movimentações de ampliação do conceito de despesas com saúde.

Na lei, das ASPS foram excluídas, em seu artigo 4º, uma quantidade de despesas. Dos exemplos mais recorrentes, tem os encargos previdenciários, inclusive de ex-servidores das pastas da saúde (inciso I), despesas com aquisição de seguros saúde para servidores públicos (inciso III), programas de merenda escolar (inciso IV), saneamento básico (inciso V), assistência social (inciso VIII), entre outros.

Algumas exceções da ASPS, notadamente aquelas despesas com Saúde, seguem contabilizadas como Função Saúde, uma classificação orçamentária instituída pela Lei 4320 de 1964 (BRASIL, 1964) que criou a estrutura orçamentária que vigora até os dias atuais. Desse modo, despesas com saúde que não são de caráter universal, conforme preconiza o inciso III, entre eles seguro saúde para servidores, reembolsos de qualquer procedimento, são classificados como Despesas com a Função Saúde, mas não podem ser deduzidas das despesas obrigatórias com as ASPS.

Por essa razão, existe uma dissociação entre as despesas com Função Saúde dos governos estaduais e com as ASPS. Conforme Tabela abaixo, a diferença, para o conjunto dos estados brasileiros em 2021, foi da ordem de 42%, chegando a 79% para o caso da Bahia. A massa de recursos executada em 2021 com ASPS foi de R\$ 99,2 bilhões correntes, enquanto a Função Saúde atingiu R\$ 140,6 bilhões.

Tabela 10. Despesas realizadas com Ações e Serviços Públicos de Saúde e Função Saúde, por estados, R\$ nominais de 2021.

	ASPS	Função Saúde	Função Saúde / ASPS
Acre (AC)	819.210.381	1.261.220.503	154
Alagoas (AL)	1.747.801.461	2.266.487.097	130
Amazonas (AM)	2.788.535.245	4.148.258.831	149
Amapá (AP)	1.041.849.828	1.395.769.605	134
Bahia (BA)	5.197.531.703	9.292.223.986	179
Ceará (CE)	3.665.183.322	5.091.484.041	139
Distrito Federal (DF)	3.156.260.024	4.647.248.361	147
Espírito Santo (ES)	2.189.302.127	3.751.140.236	171
Goiás (GO)	3.378.229.111	5.815.528.328	172
Maranhão (MA)	2.805.101.603	3.520.989.393	126
Mato Grosso (MT)	2.561.240.152	2.942.071.324	115
Mato Grosso do Sul (MS)	1.904.638.296	1.862.942.032	98
Minas Gerais (MG)	8.502.189.669	11.749.023.842	138
Pará (PA)	3.313.683.883	4.327.292.943	131
Paraíba (PB)	1.587.419.454	2.024.343.115	128
Pernambuco (PE)	4.661.578.932	7.492.995.053	161
Piauí (PI)	1.549.330.572	2.400.955.638	155
Paraná (PR)	4.835.942.353	6.630.881.836	137
Rio de Janeiro (RJ)	6.590.847.975	8.271.461.533	125
Rio Grande do Norte (RN)	1.466.330.087	1.923.669.101	131
Rondônia (RO)	1.151.710.656	1.730.874.744	150
Roraima (RR)	874.016.903	1.208.193.721	138
Rio Grande do Sul (RS)	5.495.684.015	8.220.146.674	150
Santa Catarina (SC)	3.963.208.300	4.755.585.699	120
Sergipe (SE)	1.316.198.313	1.836.869.552	140
São Paulo (SP)	21.150.779.052	29.675.416.283	140
Tocantins (TO)	1.547.241.426	2.327.422.313	150
TOTAL	99.261.044.841	140.570.495.783	142

Fonte: SIOPS e Siconfi (Elaboração Própria)

É recorrente o uso de expressões como velho e novo indicador de saúde para designar, respectivamente, a Função Saúde e as ASPS. A base de dados federal que compila os orçamentos subnacionais da saúde, o SIOPS, acompanha as despesas com ASPS e não realiza o mesmo monitoramento sobre a Função Saúde, que segue como uma exigência dos anexos da Lei de Responsabilidade Fiscal e podem ser analisados, para cada ente subnacional, nos Portais de Transparência dos estados e municípios.

A importância que adquiriu a preservação dos recursos da saúde a despesas genuinamente da área levou ao fortalecimento das ASPS como indicador analítico entre os pesquisadores da saúde. No entanto, a depender das perguntas que se busca realizar aos orçamentos públicos, como as realizadas por essa pesquisa, a exemplo de como o conflito que os interesses não públicos imprimem na preservação de seus contratos com a esfera pública, a massa de recursos que representam a Função Saúde pode conter as melhores pistas para respostas mais adequadas, pois essas respostas podem estar nos contratos coletivos de aquisição de planos de saúde.

Desse modo, compreende-se a tarefa histórica que o conceito das ASPS cumpriu e vem cumprindo no processo de constituição do SUS, de garantir o fluxo de recursos para ações de saúde coletiva e de institucionalização de serviços permanentes à população de forma geral, a exemplo da vigilância epidemiológica e sanitária que realizam a cobertura a todos sem dissociação. No entanto, por outro lado, faz-se necessário o entendimento das despesas com a Função Saúde como uma *proxy* mais adequada da dimensão do Fundo Público de Saúde dos estados brasileiros, uma vez que a eles se relacionam interesses privados encastelados no poder público, a exemplo dos planos de saúde para (uma parcela da elite dos) servidores públicos (BAHIA, 2008).

A gênese e constituição desses Fundos remetem a uma longa caminhada histórica que se iniciou com a Constituição de 1988 e após avanços e retrocessos de todas as naturezas, seja de caráter macroeconômico, seja via questão federativa, entre outras, logrou consistência em sua subsistência que, mesmo com os percalços detalhados, persiste até os dias atuais.

O intuito desse capítulo foi organizar essa curta e intensa trajetória do SUS até os começos dos anos 2000, quando ocorreu a incorporação definitiva dos estados em sua estrutura de financiamento. Esse preâmbulo histórico buscou apresentar a grandeza de sua consolidação. Agora iremos analisar os impactos que a década de 2010 e a pandemia do coronavírus, em específico, tiveram na gestão desse Fundo para o maior estado da federação. Antes, no entanto, iremos apresentar os parâmetros com que a saúde é trabalhada pelos estudos econômicos, caracterizando os grupos que promovem esse debate, seus potenciais, limites e a contribuição que pode ser extraída desse balanço.

1.4. O debate econômico sobre a saúde: as diferenças conceituais e metodológicas entre a Economia da Saúde e a Economia Política da Saúde

O debate econômico sobre a saúde é classificado por Alves, Carnut e Mendes (2019) entre duas áreas. De um lado, temos a *Economia da Saúde*, que se concentra nas “subáreas de ‘gestão em saúde’ e ‘análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência’” (ALVES; CARNUT; MENDES, 2019, p. 155) e, de outro lado, a *Economia Política da Saúde* que “concentra suas produções científicas basicamente nas subáreas de ‘financiamento’ e ‘política de saúde’” (idem).

Essa diferenciação permite organizar alguns dos pressupostos dessas áreas de estudo econômico da saúde. A cisão decorre, metodologicamente, do assentimento ou da problematização do patamar dos recursos direcionados à saúde pública. Ao passo que os economistas da saúde compreendem que esse é um não tema, cabendo ao pesquisador analisar a alocação desses recursos (escassos), os economistas políticos o elevam ao centro das preocupações, dado que a insuficiência de formas de financiamento se sobrepõe a qualquer técnica de alocação.

As subáreas da *Economia de Saúde* e da *Economia Política de Saúde* reforçam os pressupostos dessa cisão da pesquisa econômica em saúde. “Gestão em saúde”, “análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência” (ALVES; CARNUT; MENDES, 2019, p. 155) pelo lado da *Economia da Saúde* e “financiamento” e “política de saúde” (*ibidem*) pela *Economia Política da Saúde* reiteram o enquadramento desse objeto dentro dos pressupostos acima descritos.

Buscando uma mediação das duas áreas de pesquisa econômica da saúde para os termos do orçamento público, temos que a *Economia da Saúde* se debruça sobre a qualidade (eficiência e eficácia) das despesas públicas, enquanto a *Economia Política da Saúde* preocupa com as receitas destinadas ao Sistema Único de Saúde.

Objetivamente a *Economia da Saúde* busca indicadores de avaliação das políticas assistenciais em saúde para metrificar os seus impactos *vis-à-vis* o seu custo. Os dados objetivos que seus pesquisadores buscam dentro da execução orçamentária são das despesas com Saúde, notadamente dos recortes disponibilizados por território, tipo de cobertura e outros tipos que são

contrastados com a evolução de outros indicadores sociais, sanitários, econômicos de forma a se avaliar tais políticas⁴⁸.

Os pesquisadores da *Economia Política de Saúde* igualmente analisam as despesas de Saúde, mas estas são tratadas em seu conjunto, analisadas como evolução histórica (MENDES, 2005), como questão federativa (CONTARATO; DE LIMA; LEAL, 2019; LIMA, 2013), em contraponto a outros países ((FIGUEIREDO et al., 2018) entre outros recortes, de modo a estabelecer parâmetros de avaliação do patamar de financiamento da saúde no Brasil e seu desenvolvimento.

No entanto, o ponto de unidade da *Economia Política de Saúde* é a centralidade das receitas do Sistema Único de Saúde, haja visto a principal preocupação residir no nível de financiamento. Analisam-se as despesas, no entanto, estas são tratadas como o patamar do SUS, ou seja, de seu orçamento executado.

A despeito de a despesa com Saúde ser a baliza da análise dos pesquisadores da *Economia Política de Saúde*, esse valor é compreendido como a receita total do SUS. A análise passa pelo entendimento do SUS como um sujeito na disputa pelo Fundo Público⁴⁹, que são os recursos mobilizados pelo Estado. Em suma, as despesas do SUS são o termômetro do conjunto de forças que disputam o Fundo Público.

Assim, temos que o objetivo dos pesquisadores da *Economia Política da Saúde* não é de acompanhar as despesas, mas as receitas que o SUS tem como unidade orçamentária. Por essa razão adicional, essa área reivindica como nome economia política, por considerar em sua análise os aspectos políticos e sociais da análise da disputa que o SUS trava no interior da sociedade e do Estado pelo Fundo Público, além das relações⁵⁰ que influenciam a saúde que

⁴⁸ Destaca-se entre os estudos de Economia da Saúde as análises de incorporação pelo Sistema Público de determinadas intervenções, protocolos, medicamentos entre outros serviços e produtos. Geralmente o custo de sua incorporação é avaliado em termos coletivos, buscando avaliar seu retorno em termos pecuniários. Essa é outra característica que talvez represente a maioria dos estudos dessa área, o fato de serem atomizados.

⁴⁹ Para uma leitura teórica sobre o Fundo Público e seu papel nas economias desenvolvidas, ver capítulo 1 de Salvador (2010).

⁵⁰ “Mais especificamente, a análise marxiana contida na crítica à economia política clássica e seus comentadores inauguram o entendimento que os níveis de saúde de uma população são

não perpassam a assistência à saúde, a exemplo das condições de trabalho e condição de vida.

A *Economia Política da Saúde*, nesse sentido, dedica-se principalmente à análise dos determinantes das receitas que transitam pelo Fundo Público e que são direcionadas ao SUS. Por essa razão seus pesquisadores debruçam, antes, sobre a formação histórica do Fundo Público (MARQUES; MENDES, 2005; SALVADOR, 2010), passando por suas modificações recentes, pelos impactos da política econômica sobre a atividade econômica e receitas públicas, entre outras⁵¹, de modo a analisar os fatores que determinam a estruturação e a disputa pelo Fundo Público. A palavra-chave é o financiamento, como já tratamos anteriormente, e aqui ela aparece como a falta de receitas suficientes para o SUS.

Assim, podemos organizar em duas “questões” a pesquisa econômica em saúde. A primeira seria a que chamaremos de **questão das despesas** e se confunde com a área de pesquisa de *Economia da Saúde* por refletir a preocupação desses pesquisadores pela eficiência das despesas da saúde coletiva. A segunda seria a **questão das receitas**, relacionada à *Economia Política da Saúde*, por se vincular à agenda de elevação do nível de financiamento do SUS. A despeito de nuances que possam surgir na agenda dos pesquisadores, essa sistematização organiza o cerne do debate econômico em saúde no Brasil contemporâneo e organiza uma mediação entre o debate teórico e a observação dos dados de execução orçamentária que será realizada adiante.

Assim como os pressupostos e o método de organizar a atividade de pesquisa entre as duas áreas diferem, os desdobramentos são distintos. A *Economia da Saúde*, como já dito, defende melhoria da qualidade de despesa como forma de potencializar o orçamento. Dentro dessa defesa pela melhoria da qualidade, insere-se questionamentos como a incorporação de terceirizações na gestão e

determinados pelos seus condicionantes políticos e econômicos, e não somente pelo acesso à assistência à saúde” (Alves, Mendes, et al., 2019, p. 147).

⁵¹ Mendes e Carnut (2020) analisam o impacto do impeachment de 2016 no financiamento da Saúde Pública. Zanatta (2021) questiona a dupla porta (possibilidade atendimento público e privado) como fonte de financiamento dos hospitais filantrópicos e sob gestão de Fundações. (MARQUES; MENDES, 2005) tratam da evolução do Fundo Público nos anos 1990 e 2000.

no fornecimento de produtos e serviços, por exemplo, circunscrita à preocupação microeconômica da análise de custos vis-à-vis os retornos.

Metodologicamente, os pesquisadores da *Economia da Saúde* analisam a terceirização – seja qual for sua amplitude e configuração – sob a perspectiva de custo e efetividade, ou seja, da constituição de parâmetros objetivos e metrificáveis de sua incorporação em oposição da manutenção do serviço público. Trata-se, antes de um pressuposto, uma questão de pesquisa perfeitamente apropriada por essa área, submetida aos parâmetros microeconômicos e econométricos de análise.

A *Economia Política da Saúde*, por sua vez, desdobra sua pesquisa para concluir que a insuficiência de recursos, seja via quedas das receitas, seja via ampliação dos cortes indiretos, como subsídios, entre outros, levam a perda de qualidade do serviço de saúde. Desse modo, defendem a ampliação da despesa pública com Saúde como forma de ampliação da cobertura dos serviços médicos e de sua melhoria em termos qualitativos.

Estabelecendo um debate acerca da terceirização, em termos hipotéticos temos a ausência de pontos em comum, pois apesar da filiação dos pesquisadores da Economia Política da Saúde a uma perspectiva crítica e oposta à terceirização como política pública, ela não entra como uma unidade analítica, central à análise da Saúde Pública.

Assim, as questões da despesa e da receita fecham o debate acerca da gestão e desafios da saúde pública, englobando diferenças em seus pressupostos, gestão dos recursos, metodologia e uso dos dados e da agenda propositiva diante das conjunturas e estruturação do SUS.

A nosso juízo, a revisão da literatura aponta para elementos a respeito do subfinanciamento do SUS, com a ausência de mecanismos de um crescimento real das despesas⁵². O subfinanciamento é um elemento fundamental para

⁵² Nos referimos basicamente à não implementação desde 1988 dos mecanismos de financiamento da seguridade social (MARQUES; MENDES, 2005) e da Desvinculação de Receitas da União e renúncias tributárias ((OCKÉ-REIS, 2018; SALVADOR, 2017) que reduz os valores destinados constitucionalmente às áreas vinculadas (Saúde e Educação) e, mais recentemente, a Emenda Constitucional 95 de 2016 que vinculou o crescimento das despesas à inflação do ano anterior ((ROSSI; DWECK, 2016)). Ainda sobre o financiamento, pelo lado positivo, resta a continuidade dos mínimos constitucionais dos Estados e Municípios ver Vieira, Piola, Pucci de Sá e Benevides (2019)

compreensão do SUS desde 1990 quando foi criado. Apesar de se ampliarem as verbas e de sua capilaridade, as formas de financiamento são permanentemente questionadas e colocadas em conflito com outras áreas sociais, em oposição ao que foi preconizado no Orçamento da Seguridade Social (SALVADOR, 2010, cap. 4).

No entanto, outros elementos concorrem para o fortalecimento do SUS e estes fogem à questão do financiamento, a exemplo da própria terceirização do Orçamento, compreendendo todas as despesas empenhadas nas distintas formas e contratos, conforme tratamos na seção específica. A terceirização é um conceito teórico difundido nos estudos sobre o mercado de trabalho e possui poucas mediações para o estudo do Orçamento Público e principalmente quanto a seus impactos na dinâmica dos aparelhos públicos de saúde e de constituição de um sistema universal.

O estudo das despesas públicas, conforme adiantado anteriormente, é uma preocupação que se insere dentro dos marcos da *Economia da Saúde*, embora teoricamente sua aplicação para análise da Terceirização do Orçamento, de forma crítica, como contribuição desse estudo seja uma forma de dialogar com o núcleo da *Economia Política da Saúde*. Esse estudo trata da centralidade da análise qualitativa das despesas, propondo que a questão das despesas – na terminologia utilizada para definir a *Economia da Saúde* – deva ser incorporada de modo a enriquecer as análises sobre o SUS e o papel que o complexo privado da Saúde, de fornecedores a instituições-fim, exerce durante a execução de seus orçamentos.

Assim, essa análise se situa dentro do debate das áreas de pesquisa econômica em saúde como uma contribuição crítica da *Economia da Saúde* à análise das despesas públicas dos Estados selecionados. Em diálogo, essa pesquisa busca questionar a centralidade da elevação das formas de financiamento à Saúde dos pesquisadores da *Economia Política da Saúde* diante de uma estrutura já permeada por atores e interesses privados e não públicos, cuja capacidade de captura desses recursos deve ser considerada.

Em suma, provoca-se com essa investigação do peso que as instituições privadas e filantrópicas que habitam o orçamento público da Saúde possuem, estabelecendo um conflito com o conjunto de servidores e aparelhos públicos

sob gestão estritamente pública. Esse questionamento faz-se necessário como forma de testar os limites do ativismo quase incontestado por elevação do financiamento do SUS existente entre os pesquisadores da *Economia Política da Saúde*.

A despeito dessa análise situar-se na qualidade das despesas, objetivamos estabelecer um debate com a *Economia Política da Saúde*, testando os limites da elevação do orçamento público como forma de fortalecimento do SUS, *coeteris paribus*, ou seja, mantida a estrutura existente. Essa hipótese pôde ser testada empiricamente a partir da conjuntura excepcional da perspectiva do financiamento que a pandemia do coronavírus inaugurou nos Estados Brasileiros onde destacamos dois fatores positivos:

1) o crescimento das receitas disponíveis para a despesa dos estados e municípios através Lei Complementar 173/2020 e;

2) um discurso difundido entre a população de valorização do SUS como ferramenta indispensável ao combate do coronavírus.

A chegada da pandemia no Brasil criou um cenário favorável às despesas com o SUS, dado que o debate sobre os limites fiscais foi superado pela imposição do controle sanitário e econômico⁵³ dos efeitos da disseminação da doença. Os impactos foram em dois sentidos: da destinação de maiores recursos para as despesas com Saúde e pela flexibilização dos ritos de contratação. Essa realidade foi um ponto de inflexão no tratamento dispendido ao SUS, seja quanto ao financiamento, seja quanto a sua funcionalidade aos olhos da população. Essa conjuntura permitiu analisar de forma empírica os impactos da elevação do financiamento sobre a estrutura de saúde pública nos Estados Brasileiros.

Dessa forma, através do resgate da literatura econômica sobre a saúde, organizamos o debate que incide sobre as principais áreas. A defesa central da *Economia Política da Saúde* se apresentou historicamente como uma tese correta, mas com poucas evidências, uma vez ter sido observado no período

⁵³ Menezes-Filho e Komatzu (2020) tratam dos impactos da Covid e Renda Básica Emergencial sobre os agregados macroeconômicos, pobreza e desigualdade.

recente a insuficiência de recursos para o financiamento do SUS, cuja trajetória sempre esteve atrelada às receitas públicas e ao mínimo constitucional⁵⁴.

A pandemia atuou como elemento de ruptura nessa lógica, desvinculando as despesas com Saúde das receitas próprias dos entes federativos como principal fonte de financiamento pelo fato de ter sido transferidos recursos adicionais do Governo Federal para os estados⁵⁵.

Esse estudo se apoia na necessidade de analisar as despesas com Saúde no período da pandemia (2020 e 2021) observando a qualidade dos gastos, realizando esforços para ampliar os níveis de desagregação das despesas. Embora seja ponto em comum a problemática do subfinanciamento, ou seja, da importância da questão das receitas, propõe-se a necessidade da análise qualitativa das despesas com um tema primordial ao debate crítico da pesquisa econômica da saúde.

Antes, faz-se necessário registrar que o argumento central de ambas as áreas de pesquisas – otimização da despesa e a necessidade de elevação dos recursos para o SUS – são verdades simultâneas que não estruturam um debate público a altura dessa importância. Outras verdades simultâneas surgem de ambos os lados e existem estudos interessantes em ambas as áreas da economia da saúde.

O que se pretende é organizar uma nova metodologia quantitativa que permita a identificação da destinação dos excedentes mobilizados com a pandemia. Ademais, busca-se estabelecer relação entre esse fenômeno e crescente participação a contratualização nos Orçamentos de Saúde dos Estados. Essa dupla contribuição se apoia nos temas caros a ambas as áreas da economia da Saúde. A pandemia como agente externo e estranho aos mecanismos internos que definem as receitas e que teve como produto a criação de uma fonte

⁵⁴ Embora o financiamento da Saúde nos municípios exceda o mínimo constitucional de 15% da Receita Corrente Líquida, vemos que o mínimo atua como um teto para o caso dos Estados e da União, que atuam à risca para o seu cumprimento, servindo como forma de preservação do financiamento. (DOS SANTOS et al., 2017)

⁵⁵ Os dados preliminares do estado de São Paulo provam isso para o primeiro ano da pandemia onde as despesas foram a maiores, em termos reais, para toda a série histórica. O ano de 2021 ocorreu a regressão das despesas com Saúde para patamares de 2019.

extraordinária de despesas com a Saúde – fenômeno que se apresenta principalmente em 2020 – e a forma como esses recursos foram utilizados, ou seja, a decisão de alocação desse orçamento.

Longe de esgotar ou mediar as verdades simultâneas da Economia Política da Saúde e da Economia da Saúde, essa pesquisa busca apresentar uma contribuição dos limites da agenda monotemática que a sistematização apontou e no limite problematizar das janelas de oportunidade (eleições, conjunturas econômicas de crescimento das receitas vinculadas ao financiamento, descoberta do pré-sal, etc.) que aparecem ao longo da história de fortalecimento do Sistema Único de Saúde e que não são aproveitadas em seu potencial. A pandemia foi esse exemplo, objetivamente pelos fatos já elencados e que serão analisados e subjetivamente pelo papel central que o SUS teve no combate da linha de frente à crise sanitária quando os profissionais da saúde pública foram aplaudidos das janelas de todo o país.

A agenda que aqui se propõe é de problematizar na pesquisa crítica dos limites do Sistema Único de Saúde a partir de dentro, do papel cumprido pelo não-público não somente na estrutura de serviços, mas a disputa estática e dinâmica pelos recursos, compreendidos, respectivamente, por aqueles já discriminados e garantidos legalmente e as provisões futuras ante eventos extraordinários. O polo não público da Saúde se mobilizou em março de 2020 e via Legislação determinou os vitoriosos e derrotados da batalha pelo dinheiro da Saúde Pública.

O SUS não foi o vitorioso.

CAPÍTULO 2. Metodologia

2.1. Classificações gerais da execução orçamentária

As bases de dados utilizadas foram os microdados de execução orçamentária extraídas dos Portais de Transparência do Estado de São Paulo. A legislação orçamentária⁵⁶ define numeração padronizada para formas de classificação financeira. Mesmo que os Portais de Transparência nem sempre registrem a numeração indicada, é possível sua conversão através dos nomes das classificações e sua posterior verificação nos relatórios orçamentários de Governo e nas bases federais que os Estados submetem ao Tesouro Nacional. Desse modo, a legislação orçamentária é a fonte primária de montagem da metodologia que pareamento dos dados entre os Estados Brasileiros.

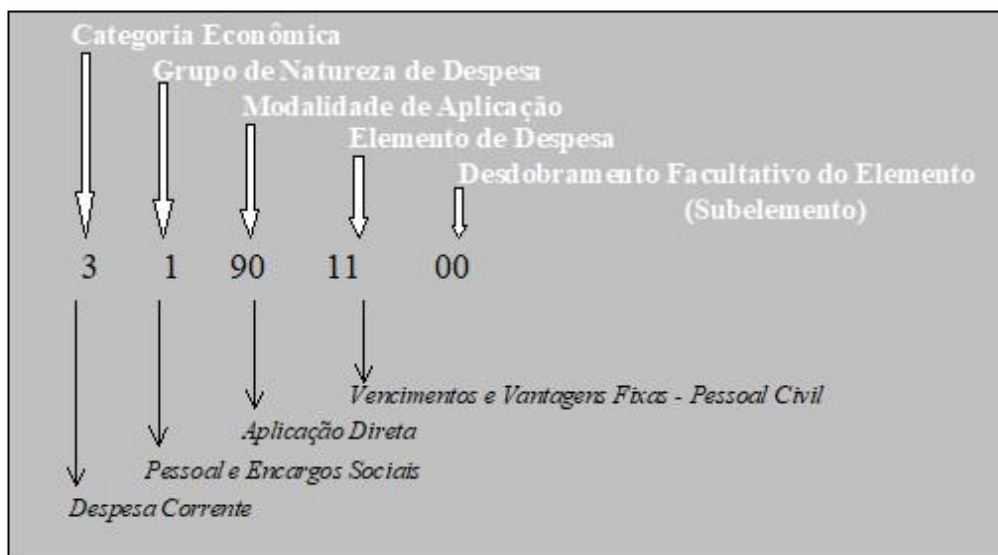
A **Figura 2** apresenta as principais classificações orçamentárias. A Categoria Econômica, dividida entre Despesas Correntes e Despesas de Capital cuja diferença é de que a segunda “*contribue[m], diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital*” (BRASIL, 2022, p. 82) ao passa que a primeira representam o custeio da máquina pública.

⁵⁶ [A Portaria Interministerial 163 de 2001](#) e suas atualizações estabelece diretrizes e códigos obrigatórios para uso de todos os entes federativos no que tange as receitas e despesas, criando uma consolidação das Contas Públicas.

Figura 2. Classificação das Despesas por níveis diferentes de agregação.

1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º
Categoria Econômica	Grupo de Natureza da Despesa	Modalidade de Aplicação	Elemento de Despesa	Elemento de Despesa		Subelemento	

Exemplo: código "3.1.90.11.00", segundo o esquema abaixo:



Fonte: Manual Técnico-Orçamentário 2022

São seis as classificações para os Grupos Natureza de Despesa, sendo as três primeiras referentes às Despesas Correntes e três às Despesas de Capital, conforme **Quadro 6**. Os Grupos inseridos entre as Despesas Correntes se diferenciam quanto ao destino, sendo Pessoal e Encargos Sociais voltados à manutenção e custeio de servidores permanentes, independentemente do vínculo (estatutário, celetista, temporário) e de ser ativo, inativo ou pensionista.

Por Juros e Encargos da Dívida entendem-se as despesas de remuneração da contratação de dívida. A parte referente a essa despesa é exclusiva da remuneração de juros e demais encargos – como intermediação, seguros, etc. – , uma vez que as despesas com o pagamento da cota principal são registradas como Despesa de Capital (6 – Amortização da Dívida) por gerarem variação no estoque de dívida, ou seja, patrimonial.

A última classificação do Grupo Natureza de Despesa, Outras Despesas Correntes, é a mais complexa por ser composta de ampla gama de vínculos entre o Estado e a sociedade. A própria definição do Quadro 1 para esse grupo

exemplifica o fato de ensejar as classificações que não estão contempladas nos grupos anteriores.

Nessa pesquisa, esse Grupo assume uma importância relevante por conter os vínculos que totalizam a contratualização do Orçamento Público, e por se tratar de despesas correntes, que no caso da saúde representam os contratos, assume o papel de fornecimento de insumos e serviços.

As depurações fazem-se necessárias porque constam também auxílios a servidores (auxílio-alimentação e auxílio-transporte) e transferências constitucionais para os municípios, além de despesas que não se enquadram em nenhuma categoria da dicotomização entre servidores-contratualização que essa pesquisa busca cobrir.

Os Grupos Natureza de Despesa referentes a Despesas de Capital organizam as despesas cujo efeito final é de variação patrimonial. A diferença entre Investimentos e Inversões é que a primeira é realizada a partir dos Órgãos do Governo (Secretarias, Fundos etc.) e a segunda a partir de Empresas Dependentes. Assim, a aquisição de um bem de capital, como a construção de um prédio, quando realizada pela Secretária de Governo é considerado um Investimento, se realizada via aporte em uma Empresa como o Metrô, é considerada uma Inversão Financeira.

Mesmo que sejam mantidas as classificações originais, a análise nesse documento irá unificá-las como Investimentos Públicos, respeitando as particularidades e ressaltando as entidades mobilizadas na consecução dos objetivos finais dos porquês de o Governo mobilizar essa forma de execução de despesas em detrimento de outras.

Quadro 6. Definições das classificações de Despesa.

Categoria Econômica	Grupo Natureza de Despesa	Descrição
Corrente	1 - Pessoal e Encargos Sociais	Despesas orçamentárias com pessoal ativo, inativo e pensionistas, relativas a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência, conforme estabelece o caput do art. 18 da Lei Complementar 101, de 2000.
Corrente	2 - Juros e Encargos da Dívida	Despesas orçamentárias com o pagamento de juros, comissões e outros encargos de operações de crédito internas e externas contratadas, bem como da dívida pública mobiliária.
Corrente	3 - Outras Despesas Correntes	Despesas orçamentárias com aquisição de material de consumo, pagamento de diárias, contribuições, subvenções, auxílio-alimentação, auxílio-transporte, além de outras despesas da categoria econômica "Despesas Correntes" não classificáveis nos demais grupos de natureza de despesa.
Capital	4 - Investimentos	Despesas orçamentárias com softwares e com o planejamento e a execução de obras, inclusive com a aquisição de imóveis considerados necessários à realização destas últimas, e com a aquisição de instalações, equipamentos e material permanente.
Capital	5 - Inversões Financeiras	Despesas orçamentárias com a aquisição de imóveis ou bens de capital já em utilização; aquisição de títulos representativos do capital de empresas ou entidades de qualquer espécie, já constituídas, quando a operação não importe aumento do capital; e com a constituição ou aumento do capital de empresas, além de outras despesas classificáveis neste grupo.
Capital	6 - Amortização da Dívida	Despesas orçamentárias com o pagamento e/ou refinanciamento do principal e da atualização monetária ou cambial da dívida pública interna e externa, contratual ou mobiliária.

Fonte: Manual Técnico-Orçamentário 2022

O terceiro marcador que iremos trabalhar é a Modalidade de Despesa. A Modalidade de Despesa é outro marcador extremamente relevante para nossa análise. Ele registra a relação que se estabeleceu na execução daquela despesa quanto aos agentes envolvidos nas duas pontas da despesa, por exemplo, aponta se a relação se deu entre entes públicos, entre Estado e iniciativa privada, se executado pelo Estado ou se via transferência e, o mais importante, se entre órgãos internos do Governo. Esse último exemplo, chamado no MINISTÉRIO DA ECONOMIA (2021) como *91 – Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades* (doravante Modalidade 91), registra quando um órgão do Governo realiza transferência para outro órgão.

Essa informação é fundamental, pois têm crescido as transferências para suprir a insuficiência financeira previdenciária dos entes. Como elas são registradas de acordo com as demandas por servidores egressos das pastas, a Saúde acaba por registrar um valor considerável em alguns casos. Propomos a exclusão da Modalidade 91 do valor total, trabalhando com os valores de despesa, exceto as transferências intraorçamentárias, como são chamadas tecnicamente essas rubricas contidas nessa modalidade.

Conforme **Figura 3**. A dupla contabilidade das despesas previdenciárias, a cobertura de insuficiência financeira é registrada como despesa entre a Administração Direta e o órgão previdenciário. A Administração Direta executou essa despesa a partir da Receita obtida junto à sociedade. No entanto, a cobertura da insuficiência financeira é receita para o órgão previdenciária e o pagamento das aposentadorias e pensões, sua finalidade, é a despesa final. Em suma, o mesmo recurso que entra no caixa do Estado e é transferido para o Órgão responsável pela Previdência Social acaba sendo contabilizado duas vezes, como se fossem 2 receitas e 2 despesas.

Objetivamente, esse valor pode distorcer as despesas com servidores, gerando confusão acerca das despesas entre ativos e inativos, dado que é contabilizado nos Órgãos competentes como contribuição ao regime de previdência e como Previdência. A análise dos fluxos com a manutenção dos serviços de saúde depende dessa depuração, onde são excluídas as despesas referentes à modalidade 91.

Figura 3. A dupla contabilidade das despesas previdenciárias no processo orçamentário.



Fonte: *Elaboração Própria.*

Adentrando um pouco nos aspectos técnicos dessa decisão e sopesando os efeitos negativos, existe uma perda analítica com essa exclusão que decorre do fato de excluir junto da cobertura por insuficiência financeira os valores referentes às obrigações patronais dos servidores ativos. Esse valor seria integrado, por definição, ao custo de manutenção do servidor permanente estatutário vinculado ao Regime Próprio de Previdência. No entanto, como não existe a possibilidade de realizar a depuração desse valor da Modalidade de Despesa 91 ao nível da menor desagregação proposta de Elemento de Despesa, a metodologia arcará com essa perda qualitativa.

Mesmo assim, sustentamos como a solução mais qualificada diante desse dilema, pois, ao excluir a Modalidade 91 se depura os valores referentes à Função Previdência que estão ocultos nesse registro. Essa decisão não oculta uma despesa com Saúde, pelo contrário, depura desta um registro meramente contábil de cobertura do déficit atuarial do Estado para com os servidores do passado⁵⁷. A tabela a seguir indica a magnitude da Modalidade 91 para o Estado de São Paulo nesses onze anos de observação, cuja média foi de 6,9% do Orçamento integral da Função Saúde.

⁵⁷ Como os Regimes Próprios foram constituídos sem Fundo Financeiro, anualmente os Governos suprem essa insuficiência com transferências.

Tabela 11. Orçamento da Função Saúde do estado de SP por modalidade de aplicação. R\$ corrente.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
40 - TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS	200,6	226,0	383,5	265,7	296,5	163,8	199,6	185,6	509,4	459,5	326,1
41 - TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS FUNDO A FUNDO	0,0	0,0	0,0	149,9	285,6	188,1	378,7	283,7	273,2	290,7	1.178,6
50 - TRANSFERÊNCIAS INST. PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS	3.461,8	3.818,7	3.900,1	4.245,3	4.811,9	5.279,9	5.527,5	5.121,0	5.487,5	5.773,7	7.549,8
67 - EXECUÇÃO CONTRATOS PPP	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	253,2	156,5
70 - TRANSFERÊNCIAS INST. MULTIGOV NAC	110,3	134,6	130,8	158,1	158,5	155,2	164,8	160,2	140,2	142,1	138,0
90 - APLICAÇÕES DIRETAS	10.777,2	11.428,4	12.553,2	13.572,4	14.441,6	15.613,1	15.637,2	17.454,4	17.748,5	18.121,9	18.924,1
91 - APLICAÇÕES DIRETAS INTRAORÇAMENTÁRIAS	440,2	486,6	601,2	1.493,5	1.912,1	2.091,5	2.105,0	2.185,1	2.274,0	2.054,6	2.404,8
Total Geral	14.990,2	16.094,3	17.568,8	19.884,8	21.906,2	23.491,5	24.012,9	25.390,1	26.432,8	27.095,8	30.678,0
Participação Modalidade 91 no Total Saúde	2,9%	3,0%	3,4%	7,5%	8,7%	8,9%	8,8%	8,6%	8,6%	7,6%	7,8%

Fonte: Portal da Transparência de SP (tabulação própria)

O Elemento de Despesa é o patamar mais detalhado de desagregação das classificações orçamentárias por legislação passíveis de pareamento. Embora exista o Subelemento de Despesa (alguns entes utilizam o nome Item de Despesa), este não é padronizado nacionalmente, ficando a critério dos entes regulamentarem e utilizarem. Embora o Subelemento de Despesa propicie uma oportunidade de adensamento analítico, a falta de padronização impossibilita a comparação entre diferentes entes e mesmo o acompanhamento ao longo de um horizonte temporal mais dilatado.

A definição de Elemento de Despesa contida da Portaria Conjunta STN/SOF nº 163⁵⁸ é tautológica, avançando apenas no ponto de que se identifica aos “objetos de gasto”, embora estes sejam as próprias criações legais de identificadores, conforme o trecho da Portaria Paulista que versa sobre esse tema.

Tem por finalidade identificar os objetos de gasto, tais como vencimentos e vantagens fixas, juros, diárias, material de consumo, serviços de terceiros prestados sob qualquer forma, subvenções sociais, obras e instalações, equipamentos e material permanente, auxílios, amortização e outros que a administração pública utiliza para a consecução de seus fins (BRASIL, 2022, p. 89).

Desse modo, os Elementos de Despesas serão o núcleo da análise comparativa entre os Estados selecionados para esse estudo. Por Elemento de Despesa temos o nível mais detalhado das despesas públicas, propiciando descer um

⁵⁸ Portaria Conjunta STN/SOF nº 163, de 4 de maio de 2001.

nível abaixo dos Grupos de Despesa. Assim, se temos que por Grupos de Despesa é possível separar o peso dos compromissos com Investimentos e com a manutenção de Pessoal, com os elementos de Despesa é possível separar do todo os valores investidos em Obras Públicas e com os Vencimentos e Vantagens dos Servidores Civis ou Militares.

Na seção seguinte iremos detalhar como a organização dos Elementos de Despesas permitem construir as categorias que irão estruturar a análise das Despesas nos Estados selecionados. A dicotomização entre Despesas com Servidores e Celetistas da área da Saúde e as distintas formas de Contratualização passam pelas informações que os Elementos de Despesa fornecem como classificações padronizados por lei orçamentária.

2.2. Categorização das Despesas com Saúde com Servidores e celetistas e com Contratualização

A proposta de uma dicotomização de despesas relacionadas ao Pessoal e Contratualização de Saúde será realizada a partir de uma reorganização dos elementos de Despesas contidos dentro da Função Saúde.

Na categoria **SERVIDORES E CLT** temos os elementos de Despesa referente aos vencimentos e demais despesas referentes à manutenção do quadro permanente de servidores, celetistas e pessoal requisitado. As demais despesas envolvem auxílios de todas as naturezas (alimentação, transporte, entre outros) e as obrigações patronais que englobam as transferências ao Regime Próprio de Previdência⁵⁹

A categoria **CONTRATOS** é a somatória dos Elementos de Despesas referentes à transferência de recursos para iniciativa privada e entidades sem fins lucrativos. Essa categoria é ampla e envolve desde o fornecimento de insumos como algodão, seringas, passando pela compra de medicamentos, a contratualização de Empresas de Pessoa Jurídica responsável pela assepsia dos espaços de Saúde, a transferência de recursos para Santas Casa e outras entidades assemelhadas, até os complexos contratos de gestão integral de Hospitais por Organizações Sociais de Saúde.

Abaixo construímos a tabela com as descrições dos elementos segundo a (SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO, 2018)), documento produzido pela Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo para organizar as classificações orçamentárias estaduais.

⁵⁹ Sempre bom reiterar que as transferências para cobertura de insuficiência financeira não constam nesse valor uma vez que todas as despesas referentes à modalidade 91 foram excluídas.

Quadro 7. Composição das Categorias Servidores e CLT e Contratos por Elementos de Despesa.

ELEMENTO DE DESPESA	DESCRIÇÃO	CATEGORIA
4 - CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO	despesas com contratação de pessoal por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, de acordo com a Lei complementar nº 1.093, de 16 de julho de 2009, inclusive obrigações patronais e outras despesas variáveis, quando for o caso.	SERVIDORES E CLT
8 - OUTROS BENEF. ASSIST.DO SERVIDOR E DO MILITAR	despesas com: Auxílio-Funeral devido à família do servidor ou do militar falecido na atividade, ou aposentado, ou a terceiro que custear, comprovadamente, as despesas com o funeral do ex-servidor ou do ex-militar; Auxílio-Reclusão devido à família do servidor ou do militar afastado por motivo de prisão; Auxílio-Natalidade devido à servidora ou militar, cônjuge ou companheiro servidor público por motivo de nascimento de filho; Auxílio-Creche ou Assistência Pré-Escolar devido ao dependente do servidor ou militar, conforme regulamento, e Auxílio-Invalidez pagos diretamente ao servidor ou militar.	SERVIDORES E CLT
9 - SALÁRIO-FAMÍLIA	benefício pecuniário devido aos dependentes econômicos do servidor estatutário. Não inclui os servidores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, os quais são pagos à conta do plano de benefícios da previdência social.	SERVIDORES E CLT
11 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL CIVIL	despesas com subsídios, vencimentos ou remunerações e vantagens do Pessoal Civil, regimes especiais de trabalho, adicionais por tempo de serviço, sexta-parte, pró-labore, gratificações, cumulação de cargos ou funções de execução ou pela prestação de serviços de natureza especial devida aos membros do Ministério Público prevista na Lei Complementar Estadual nº 734 de 26 de novembro de 1993, abonos, quotas, porcentagens fiscais, prêmios de produtividade, salário de pessoal regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), e outras despesas decorrentes de pessoal em serviço na entidade. Incluem-se as despesas relativas ao pagamento dos valores atrasados decorrentes da aplicação das Leis Federais nºs 10.474, 10.475 e 10.477, de 27 de junho de 2002, sobre a diferença de vencimentos, férias pagas em pecúnia, licença prêmio paga em pecúnia, 13º salário, cumulação, 1/3 de férias, entre outros. Pagamentos relativos a indenizações de férias de exercícios diversos efetuados pelo Poder Judiciário e Ministério Público.	SERVIDORES E CLT

13 - OBRIGAÇÕES PATRONAIS	despesas orçamentárias com encargos que a administração tem pela sua condição de empregadora, e resultantes de pagamento de pessoal ativo, inativo e pensionistas, tais como Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e contribuições para Institutos de Previdência; inclusive a contribuição suplementar para cobertura do déficit atuarial, bem como os encargos resultantes do pagamento com atraso das contribuições de que trata este elemento de despesa.	SERVIDORES E CLT
16 - OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL	despesas relacionadas às atividades do cargo/emprego ou função do servidor, e cujo pagamento só se efetua em circunstâncias específicas, tais como: horas-extras; substituições; outras despesas da espécie, decorrentes do pagamento de pessoal dos órgãos e entidades da administração direta e indireta; e, despesas decorrentes da distribuição dos valores referentes aos honorários advocatícios concedidos em qualquer feito judicial à Fazenda do Estado. (verba honorária).	SERVIDORES E CLT
46 - AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO	Despesas orçamentárias com auxílio-alimentação pagas em forma de pecúnia, de bilhete ou de cartão magnético, diretamente aos militares, servidores, estagiários ou empregados da Administração Pública direta e indireta.	SERVIDORES E CLT
49 - AUXÍLIO-TRANSPORTE	Despesas orçamentárias com auxílio-transporte pagas em forma de pecúnia, de bilhete ou de cartão magnético, diretamente aos militares, servidores, estagiários ou empregados da Administração Pública direta ou indireta, destinado ao custeio parcial das despesas realizadas com transporte coletivo municipal, intermunicipal ou interestadual nos deslocamentos de suas residências para os locais de trabalho e vice-versa, ou trabalho-trabalho nos casos de acumulação lícita de cargos ou empregos.	SERVIDORES E CLT
96 - RESSARCIMENTO DE DESP. DE PESSOAL REQUISITADO	Despesas orçamentárias com ressarcimento das despesas realizadas pelo órgão ou entidade de origem quando o servidor pertencer a outras esferas de governo ou a empresas estatais não dependentes e optar pela remuneração do cargo efetivo, nos termos das normas vigentes	SERVIDORES E CLT
39 - OUTROS SERV. DE TERCEIROS-P.JURÍDICA	despesas com a prestação de serviços, realizadas por pessoas jurídicas para órgãos públicos, incluindo o material empregado, tais como: assinaturas de jornais, revistas e periódicos; fretes de carga e carretos; despesas miúdas e de pronto pagamento; locação de imóveis (inclusive despesas de condomínio e tributos à conta do locatário quando previstos no contrato de locação); locação de equipamentos e materiais permanentes; manutenção, conservação e adaptação de bens móveis; conservação, manutenção, reparos e reformas de bens imóveis; colocação de revestimentos, cortinas e persianas; manutenção e conservação de rodovias e outros bens de domínio público; seguros em geral (exceto o decorrente de obrigação patronal); serviços de divulgação; publicidade decorrente de legislação específica; impressão, encadernação e emolduramento; serviços funerários; despesas com congressos, simpósios, conferências ou exposições;	CONTRATOS

	<p>fornecimento de cestas básicas; assistência médico-hospitalar e odontológica; contratação de escolas infantis e/ou creche para filhos de funcionárias; serviços gráficos; serviços de confecção; serviços, programas e aplicativos de informática (softwares); acesso à "internet"; manutenção e locação de equipamentos de informática; serviços de comunicação de dados (exclusive aqueles que correm à conta de serviços de utilidade pública); exames laboratoriais; fornecimento de gases medicinais; desratização, dedetização e desinsetização; fornecimento de alimentação preparada; Contratos de Gestão (Lei Complementar nº 846/98); e outros encargos, inclusive multas, bem como, demais serviços prestados por pessoa jurídica não enquadrados nos elementos 35- Serviços de Consultoria e 37 - Serviços de Limpeza, Vigilância e outros - Pessoa Jurídica etc.</p>	
43 - SUBVENÇÕES SOCIAIS	<p>cobertura de despesas de instituições privadas de caráter assistencial ou cultural, sem finalidade lucrativa, conforme os artigos 16, parágrafo único, e 17 da Lei Federal no 4.320, de 17 de março de 1964, observado o disposto no artigo 26 da Lei Complementar nº 101, de 2000.</p>	CONTRATOS
30 - MATERIAL DE CONSUMO	<p>Despesas com álcool, gasolina, óleo diesel automotivos, outros combustíveis e lubrificantes; combustível e lubrificantes de aviação; gás engarrafado; alimentos para animais; animais para experimentos, corte ou abate; sêmen; explosivos e munições; gêneros alimentícios; cestas básicas, medicamentos de alto custo, material biológico, farmacológico e laboratorial; medicamentos; órteses e próteses para uso em procedimentos cirúrgicos; material de cama e mesa, copa e cozinha, e produtos de higienização; material de coudelaria ou de uso zootécnico; material de escritório; material de construção; material hidráulico; material de manobra e patrulhamento; material de proteção, segurança, socorro e sobrevivência; material gráfico; insumos, peças e acessórios de utilização em informática; material para esportes e diversões; material para fotografia e filmagem; material para instalação elétrica e eletrônica; materiais, peças e acessórios para manutenção, reposição e aplicação; material odontológico, hospitalar e ambulatorial; substâncias e produtos químicos; material para telecomunicações; sementes e mudas de plantas; vestuário, fardamento, tecidos e aviamentos; material de acondicionamento e embalagem; suprimento de proteção ao vôo; suprimento de aviação; sobressalentes de máquinas e motores de navios e esquadra; motores para viaturas policiais; livros e materiais didáticos e paradidáticos para Bibliotecas Públicas (conforme estabelecido no Art. 18 da Lei 10.753/2003) ; tesouras, grampeadores e perfuradores de papel (de pequeno porte); ferramentas avulsas, de pequeno porte, não acionadas por força motriz; pisos e forrações; bandeiras, flâmulas e insígnias e outros materiais de uso não-duradouro</p>	CONTRATOS

37 - SERV.LIMPEZA, VIGILÂNCIA E OUTROS-P.JURÍDICA	despesas com a prestação de serviços, realizadas por pessoas jurídicas para órgãos públicos, tais como: vigilância e segurança patrimonial; controle de operação e fiscalização de portarias e edifícios; limpeza e asseio	CONTRATOS
36 - OUTROS SERV.DE TERCEIROS-PESSOA FÍSICA	despesas decorrentes de serviços prestados por pessoa física pagos diretamente a esta e não enquadrados nos elementos de despesa específicos, tais como: remuneração de serviços de natureza eventual, prestado por pessoa física sem vínculo empregatício; estagiários, monitores diretamente contratados, diárias e ajudas de custo a colaboradores eventuais; locação de imóveis; salário de internos nas penitenciárias e outras despesas pagas diretamente à pessoa física por quaisquer serviços prestados, desde que não tenham vínculo empregatício com o órgão. Incluem-se no elemento, os encargos sociais e as obrigações fiscais decorrentes da contratação desses serviços.	CONTRATOS
83 - DESPESAS DECORRENTES DE CONTRATO DE PPP	Despesas orçamentárias com o pagamento, pelo parceiro público, do parcelamento dos investimentos realizados pelo parceiro privado com a realização de obras e aquisição de bens reversíveis, bem como de outras despesas que não caracterizem subvenção (elemento 45), aporte de recursos do parceiro público ao parceiro privado (elemento 82) ou participação em fundo garantidor de PPP (elemento 84).	CONTRATOS
41 - CONTRIBUIÇÕES	Despesas às quais não corresponda contraprestação direta em bens e serviços e não seja reembolsável pelo recebedor, bem como as destinadas a atender as despesas de manutenção de outras entidades de direito público ou privado, observado, respectivamente, o disposto nos arts. 25 e 26 da Lei Complementar nº 101, de 2000.	CONTRATOS
40 - SERVIÇOS DE TECNOLOGIA INF. E COMUNICAÇÃO-PJ	Despesas orçamentárias decorrentes da prestação de serviços por pessoas jurídicas para órgãos e entidades da Administração Pública, relacionadas à Tecnologia da Informação e Comunicação - TIC, não classificadas em outros elementos de despesa, tais como: locação de equipamentos e softwares, desenvolvimento e manutenção de software, hospedagens de sistemas, comunicação de dados, serviços de telefonia fixa e móvel, quando integrarem pacote de comunicação de dados, suporte a usuários de TIC, suporte de infraestrutura de TIC, serviços técnicos profissionais de TIC, manutenção e conservação de equipamentos de TIC, digitalização, outsourcing de impressão e serviços relacionados a computação em nuvem, treinamento e capacitação em TIC, tratamento de dados, conteúdo de web; e outros congêneres.	CONTRATOS

35 - SERVIÇOS DE CONSULTORIA	Despesas decorrentes de contratos com pessoas físicas ou jurídicas, prestadoras de serviços nas áreas de consultoria e assessoria técnica ou auditoria financeira ou jurídica, ou assemelhadas, inclusive os encargos sociais e obrigações fiscais decorrentes da contratação desses serviços.	CONTRATOS
48 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS	Despesas com a concessão de auxílio financeiro diretamente a pessoas físicas, sob as mais diversas modalidades, tais como: ajuda ou apoio financeiro, subsídio ou complementação na aquisição de bens, não classificados explícita ou implicitamente em outros elementos de despesa, observado o disposto no art. 26 da Lei Complementar nº 101, de 2000	CONTRATOS
88 - DESPESAS COM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	SEM DEFINIÇÃO	CONTRATOS

Fonte: Secretaria da Fazenda e Planejamento (2018).

A organização proposta pelo **Quadro 7** constrói duas categorias, “Servidores e CLT” e “Contratos”, que consolidam os dois vetores principais das Despesas com Saúde dos Estados. Ademais, retirando as despesas referentes aos Investimentos, que acontecem necessariamente através de um contrato com instituições privadas (importadores, representantes comerciais, construtoras etc.), resta uma parcela marginal do Orçamento em Saúde.

Ao não trabalharmos com os Investimentos por escolha metodológica, temos dois benefícios: em primeiro lugar assentamos a análise sobre o Custeio da Saúde, ou seja, as despesas referentes a pessoais, serviços e insumos consumidos durante o ano fiscal e, em segundo lugar, ao não precisar lidar com o peso sazonal que os Investimentos possuem, atrelados a saldos extraordinários da receita ou à conjuntura sanitária.

Um bom exemplo foram os respiradores mecânicos no primeiro semestre da pandemia. Trata-se de investimentos em Equipamentos⁶⁰, cujos valores são localizados naquele período. Esse tipo de Despesa, a despeito de oportunizar análises do saldo da pandemia em termos de estrutura para o Sistema Público (mais leitos equipados, por exemplo), gera resíduos significantes sobre a análise do Total por apresentar distúrbios sobre a série histórica.

A dicotomização “Servidores e CLT” e “Contratos” é defendida no sentido de análise dos conflitos entre esses grupos, na medida em que a contratualização cresce participação não somente com maior provimentos de insumos, mas na assunção de serviços de gestão e controle sobre a atividade-fim, respondendo crescentemente por partes e o todo de redes completas de atendimento, quando analisamos as formas mais completas de contratualização, a exemplo das Organizações Sociais que administram Hospitais Regionais de ponta a ponta.

A categoria Contratos busca organizar múltiplos vínculos de contratualizações que reflete um modelo de gestão em saúde. Têm-se desde as complexas transferências de gestão de unidades hospitalares de saúde do estado, principalmente via Organizações Sociais, passando pela aquisição de serviços, leitos hospitalares, exames de saúde, atendimentos médicos com especialistas, entre outros, com a rede privada e filantrópica e finalmente alcançando a

⁶⁰ Elemento de Despesa 52 – Equipamentos e Material Permanente.

aquisição de materiais de insumos, medicamentos e outros fornecimentos pontuais.

A heterogeneidade dos vínculos observados nas despesas com saúde é um desafio colocado à análise econômica e do modelo de gestão adotado. A organização sob a Categoria Contratos evidencia o antagonismo entre a contratualização e a manutenção do funcionalismo público das unidades de saúde sob gestão da administração direta. Em suma, a contratualização é a expressão de um modelo de gestão que crescentemente se apoia no não-público, seja ele filantrópico, seja ele privado, como o executor da política pública de saúde, restando ao estado a gestão de contratos.

A inserção de despesas referentes à aquisição insumos (medicamentos, produtos e serviços, por exemplo) cujo contratado quase sempre é privado é um paradoxo, pois mesmo as unidades sob gestão direta do Setor Público as demandam e, portanto, o seu crescimento proporcional seria um indicativo da expansão da gestão própria.

Esse ponto merece dois destaques: primeiro porque sob a contratualização a aquisição de insumos na maioria dos casos está incorporada ao contrato, uma vez que o procedimento adquirido (quando conveniado) ou a gestão das unidades hospitalares transfere às instituições contratadas a responsabilidade pelas compras e, em segundo, que a compra de insumos de todas as naturezas, embora seja uma forma clássica de contratualização, vem sofrendo transformações contínuas que as impactam em distintas direções.

A aquisição de insumos reforça a abdicação, pelo Estado, do poder de negociação sobre os preços-chave na conformação dos custos dos serviços. Transferir essa responsabilidade a terceiros, de forma pulverizada, possui impactos significativos na cadeia de valor dos serviços médicos, extensíveis para o sistema de saúde, bem como à sua base produtiva, o Complexo Econômico-Industrial da Saúde⁶¹ (CEIS).

⁶¹ O Complexo Econômico Industrial da Saúde é definido como a base produtiva decorrente da estruturação de um sistema universal de saúde, representada por “um conjunto de segmentos produtivos (industriais e de serviços) que estabelecem uma relação sistêmica entre si” (SILVA; ANDREOLI; BARRETO, 2016, p. 10).

Desse modo, justifica-se a adição da aquisição de insumos entre as contas que integram a Categoria Contratualização pelo fato de estar em conflito com as modalidades mais complexas de contratualizações.

O paradoxo se assenta nos efeitos contraditórios entre as formas mais complexas de contratualização e os contratos clássicos de fornecedores, pois enquanto o primeiro avança, o segundo regride. Soma-se a esse paradoxo o próprio fato de sobre as rubricas de fornecedores incide outro vetor relevante, que é a desorganização dos fornecedores estatais de medicamentos. No estado de São Paulo o caso da Fundação para Remédio Popular serve para exemplificar esse caso. A perda do protagonismo dos laboratórios estatais dentro da cadeia de valor favorece a aquisição de serviços e produtos da rede privada.

As duas categorias serão utilizadas de forma a comparar os estados ao longo do tempo, entre 2010 e 2019 e os impactos sobre essa tendência com a pandemia em seus dois primeiros anos, 2020 e 2021.

A seguir iremos apresentar peculiaridades metodológicas da análise do estado de São Paulo quanto ao seu grau de complementariedade com a proposta da categorização entre Contratos e Servidores e CLT.

2.3. Metodologia para análise do Estado de São Paulo

O relatório para o estado tratará das particularidades da organização orçamentária e conjunturais político-econômica. Por organização orçamentária entende-se o nível de classificação orçamentária do Subelemento de Despesa, desdobramento facultativo do Elemento de Despesa (ver **Figura 2**).

Conforme tratado na seção anterior, a Categorização envolve o agrupamento dos Elementos de Despesa, passíveis de comparação por serem homogêneos entre os Estados. O Subelemento de Despesa, que é facultativo, organiza-se a partir da dinâmica local, estruturado legalmente por portarias estaduais.

Assim, a análise dos Relatório dos Estados se abastecerá de possibilidades de ampliação do escopo análise, adentrando em desagregações fundamentais ao entendimento qualitativo das despesas com Saúde. Por exemplo, através da desagregação do subelemento de despesa é possível elucidar a parte referente ao pagamento de vencimentos regulares e às férias e demais direitos.

Quanto às instituições contratadas, o trabalho realizado antes da análise foi de mineração dos dados brutos das bases de dados. A **Tabela 13** apresenta a estrutura com que as instituições são apresentadas na Coluna Credores, disponível nos dados abertos do Portal da Transparência de São Paulo. O padrão é um código com 14 caracteres referente ao CNPJ das Instituições seguido do nome social. A seleção das 20 maiores permite observar que instituições com mesmo nomes se revezam, evidenciando a dispersão em códigos e nomes sociais distintos.

Isso é comum em se tratando da criação de identidade jurídica filial como forma de diferir da empresa matriz. No entanto, resta um identificador comum que é o código raiz, chamado de inscrição que é composto pelos oito primeiros caracteres. Os quatro caracteres seguindo, geralmente 0001, 0002 e assim em diante é identificar de matriz (no caso de 0001) e filial (0002 em diante), restando os dois últimos que são os códigos verificadores. A **Tabela 13** apresenta a aplicação de um filtro para um código em específico (61699567) que se repetira na observação da tabela anterior, referente à inscrição da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SDPM).

Tabela 12. Vinte maiores instituições credoras do estado de São Paulo. 2018-2021. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
56577059000100 - FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1.067	1.116	1.689	1.087	4.959
46068425000133 - UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	550	556	578	526	2.209
60003761000129 - FUNDAÇÃO FAC.REG.MED.SJ.RIO PRETO-FUNFARME	383	390	534	451	1.758
62779145000190 - IRMANDADE STA CASA MISERICORDIA SAO PAULO	374	412	452	417	1.654
49150352000112 - FUNDAÇÃO PIO XII	316	429	415	445	1.605
49607336000106 - FUNDAÇÃO DE DESENVOLV. DA UNICAMP - FUNCAMP	395	406	394	377	1.572
61699567000192 - ASSOC.PAULISTA DESENV. MEDICINA -SPDM	362	355	414	393	1.524
60742616000160 - CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	246	248	379	350	1.223
46374500000194 - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	254	239	226	431	1.151
57571275000607 - FUNDAÇÃO DO ABC - HOSP. DE SANTO ANDRÉ	244	241	237	204	927
62106505000192 - HOSPITAL CRUZ AZUL DE SAO PAULO	258	214	226	224	922
50644053000113 - FUNDAÇÃO ZERBINI	192	191	264	225	872
61699567005232 - SPDM - HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS	218	220	218	190	846
61699567000869 - SPDM - HOSP. CLINICAS LUZIA DE PINHO MELO	214	212	212	187	824
53221255003247 - LAR SAO FRANCISCO- HOSP. PRESIDENTE PRUDENTE	202	200	210	193	805
46230439000373 - FAMESP - HOSPITAL DE BAURU	207	205	205	180	797
69034668000156 - SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS E COMERCIO SA	217	215	182	153	766
61699567002489 - SPDM - HOSPITAL BRIGADEIRO	193	194	185	152	723
57722118000140 - FUND APOIO ENS PESQ E ASSIST-FAC.MED.R.PTO.	152	163	188	181	684

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela 13. Composição das Instituições Contratadas por código-raiz específico (código 61699567).

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
61699567000192 - ASSOC.PAULISTA DESENV. MEDICINA -SPDM	362	356	417	393	1.527
61699567000435 - SPDM - HOSPITAL GERAL DE PIRAJUSSARA	163	168	167	145	643
61699567000516 - SPDM - HOSP. DE DIADEMA	144	143	141	126	553
61699567000869 - SPDM - HOSP. CLINICAS LUZIA DE PINHO MELO	214	213	212	187	826
61699567001083 - SPDM - AME MARIA ZELIA	49	47	59	51	207
61699567001598 - SPDM - CEAC ZONA LESTE	43	44	38	38	163
61699567002217 - SPDM - AME SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	9				9
61699567002489 - SPDM - HOSPITAL BRIGADEIRO	193	194	185	154	726
61699567002560 - SPDM - AME PSIQUIATRIA V. MARIA	15	12	15	12	55
61699567002993 - SPDM - AME TABOÃO DA SERRA	13	13	14	13	53
61699567003612 - SPDM - LUCY MONTORO SAO J. CAMPOS	10	9	10	8	37
61699567003701 - SPDM - AME MOGI DAS CRUZES	13	13	13	11	50
61699567004775 - SPDM - UNIDADE RECOMEÇO HELVETIA	11	12	15	12	50
61699567005232 - SPDM - HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS	218	222	218	191	849
61699567005585 - SPDM - AME IDOSO OESTE	12	12	12	9	45
61699567006204 - SPDM - HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA	173	173	174	154	674
61699567007103 - SPDM - AME IDOSO SUDESTE	11	10	11	10	41
61699567007790 - SPDM - PAI ZONA NORTE	12	16	15	13	57
61699567007871 - SPDM-HOSPITAL REG. DE SOROCABA- BATA BRANCA	59	137	139	125	460
61699567008258 - SPDM - CROSS				61	61
61699567009653 - SPDM - JARDIM DOS PRADOS			17	17	34
61699567012018 - HOSPITAL AMPARO MATERNAL - SPDM				0	0
TOTAL	1.723	1.793	1.871	1.732	7.120

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

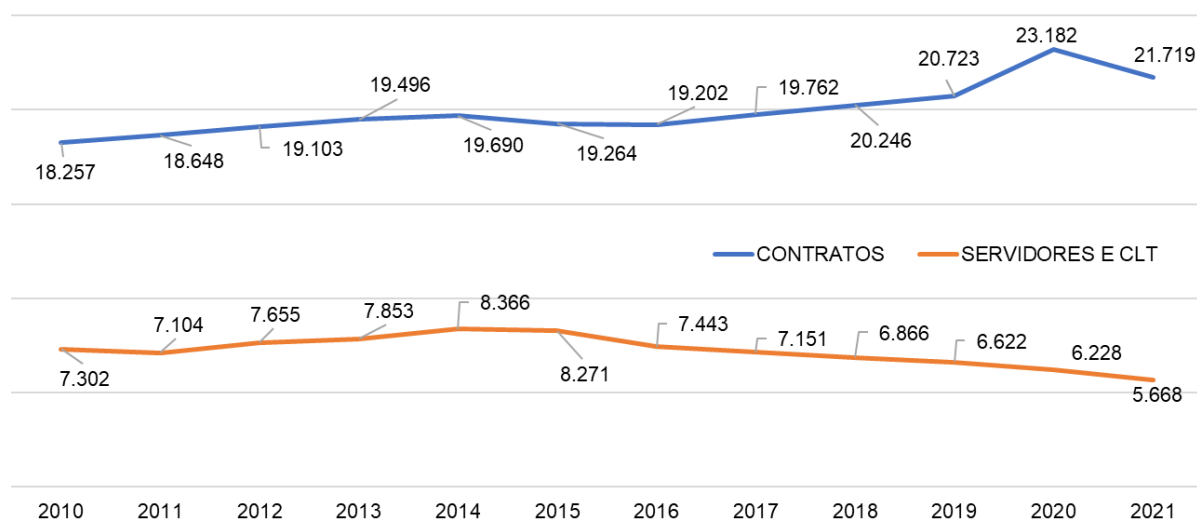
A análise das instituições contratadas dessa forma se fez possível, dado a multiplicidade de registros e nomes sociais distintos para as mesmas instituições. Em síntese, foram selecionadas as inscrições (8 primeiros caracteres) e, em seguida, identificadas as instituições através da procura pelo registro identificador da instituição matriz e assim criado um marcador.

O capítulo 7 foi possível em decorrência desse marcador, onde foram realizados cruzamento com os identificadores de políticas públicas. Por motivo de facilitação na apresentação, facilitando a apreensão da trajetória e da construção da pesquisa, conforme os identificadores de políticas públicas forem mobilizados, a exemplo das ações de governo, estas foram explicadas na própria seção, evitando um hiato muito grande entre essa seção e a pesquisa empírica.

CAPÍTULO 3. A constituição de um interesse privado/filantrópico nas despesas de saúde do estado de São Paulo

As despesas com a contratualização da Saúde tiveram um crescimento constante dos valores, em termos reais, para o período compreendido entre 2010 e 2019, com salto significativo para o primeiro ano da pandemia e recuo em 2021, embora ainda a patamares superiores à pandemia. Por outro lado, o valor direcionado à *Categoria Servidores e CLT* cresceu até 2014, quando entrou em declínio acentuado, movimento que se intensificou nos dois anos da pandemia, chegando pela primeira vez ao patamar abaixo dos R\$ 6 bilhões (**Gráfico 2**) no ano de 2021, em que as despesas foram de R\$ 5,66 bilhões (sempre a preços de 2021).

Gráfico 2. Despesas com Categorias Contatos e Servidores e CLT. R\$ mi a preços de 2021.



Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Ao longo da década (2010-2019) a Categoria Servidores e CLT perdeu R\$ 680 milhões em termos reais, o que representa 9,3% do total. Esse movimento se acentua ao incorporarmos o primeiro ano da pandemia, com perda global de mais de R\$ 1 bilhão (14,7% do total), subindo para R\$ 1,6 bilhão ou 22,4% ao totalizarmos a série completa de 2010-2021. Considerando o ano de 2014 em que a Categoria atingiu o

maior patamar em termos reais, com R\$ 8,36 bilhões, a comparação com o ano de 2021 apresenta uma queda global de quase um terço, com 32,2% (**Tabela 14**).

Os elementos de despesa mais relevantes da Categoria Contratos e CLT são os vencimentos (elemento 11) e as obrigações patronais (elemento 13) que são correlacionados, dado que as contribuições são uma percentagem do vencimento do trabalhador. Conforme já trabalhado na seção metodológica, a exclusão da modalidade 91 é um desafio à análise das contribuições patronais por excluir as transferências entre órgãos do governo, modalidade que inclui os repasses do governo executivo à previdência estadual a título de contribuições patronais dos servidores estatutários. Desse modo, o valor que se apresenta na **Tabela 14** são aqueles vinculados aos servidores celetistas, ou seja, das despesas com o Regime Geral da Previdência Social.

Analisando a desagregação da Categoria Servidores e CLT por elementos de despesa, percebe-se uma movimentação não sincronizada entre os 11 – Vencimentos e 13 – Obrigações Patronais, dado que o último reflete apenas as contribuições relativas a uma parcela dos servidores. Entre 2010 e 2021 a perda do poder aquisitivo em termos reais das despesas com os vencimentos foi de mais de um quarto (25,4%) ao passo que as contribuições patronais foi praticamente metade disso (13,9%).

Os vencimentos representam 85,1% da Categoria Servidores e CLT para o período analisado (**Tabela 16**) e somado à média de 13,2% das contribuições patronais chegam à média de 98,2% das despesas totais. A máxima do elemento Vencimentos e Vantagens foi em 2014, acompanhando o desempenho da Categoria, alcançando R\$ 7,3 bilhões em termos reais. No decorrer de todo o período, as perdas dos vencimentos dos servidores foram maiores que a média da Categoria (25,4% contra 22,4%). A perda do valor real foi de mais de R\$1,5 bilhão.

Conforme veremos no capítulo 5, as contrapartidas da legislação da pandemia incluíram o congelamento de salários dos servidores até 31 de dezembro de 2021 e isso foi determinante à mínima história do elemento de despesa 11 – Vencimentos e Vantagens. Embora a queda em termos monetários e como participação do valor total (**Tabela 15**) ocorra desde 2014-2015, a variação observada durante a pandemia é da ordem de quase 4% (19,1% em 2019 para 15,4% em 2021) em termos absolutos.

Tabela 14. Despesas da Função Saúde por Categorias e Elementos de Despesa. R\$ mi de 2021. Anos selecionados⁶².

	2010	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2010-2019		2010-2020		2010-2021		2019-2021	
								R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
10 - SAUDE	27.866	28.078	28.888	28.989	28.806	31.118	29.675	940	3,4%	3.252	11,7%	1.810	6,5%	869	3,0%
CONTRATOS	18.257	19.202	19.762	20.246	20.723	23.182	21.719	2.465	13,5%	4.925	27,0%	3.462	19,0%	996	4,8%
39 - OUTROS SERV. DE TERCEIROS-P.JURÍDICA	6.663	8.805	9.388	9.716	9.835	10.340	9.576	3.172	47,6%	3.677	55,2%	2.914	43,7%	- 258	-2,6%
43 - SUBVENÇÕES SOCIAIS	6.148	6.455	5.932	6.030	6.089	7.725	7.018	- 59	-1,0%	1.577	25,6%	870	14,2%	929	15,3%
30 - MATERIAL DE CONSUMO	4.575	3.125	3.346	3.374	3.450	3.917	3.845	- 1.125	-24,6%	- 658	-14,4%	- 730	-16,0%	395	11,5%
37 - SERV.LIMPEZA, VIGILÂNCIA E OUTROS-P.JURÍDICA	369	521	551	535	494	497	500	125	34,0%	128	34,6%	131	35,5%	5	1,1%
36 - OUTROS SERV.DE TERCEIROS-PESSOA FÍSICA	288	66	319	296	276	253	227	- 12	-4,1%	- 35	-12,2%	- 60	-20,9%	- 48	-17,6%
DEMAIS	215	230	225	296	579	451	552	364	169,2%	236	109,9%	337	156,8%	- 27	-4,6%
SOMA ELEMENTOS DE DESPESA 39 + 43 + 30	17.385	18.385	18.666	19.120	19.373	21.982	20.440	1.988	11,4%	4.596	26,4%	3.054	17,6%	1.066	5,5%
SERVIDORES E CLT	7.302	7.443	7.151	6.866	6.622	6.228	5.668	- 680	-9,3%	- 1.074	-14,7%	- 1.634	-22,4%	- 953	-14,4%
11 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL CIVIL	6.110	6.380	6.073	5.801	5.510	5.176	4.561	- 600	-9,8%	- 935	-15,3%	- 1.549	-25,4%	- 949	-17,2%
13 - OBRIGAÇÕES PATRONAIS	1.072	951	971	964	906	861	924	- 167	-15,6%	- 211	-19,7%	- 149	-13,9%	18	2,0%
DEMAIS	120	111	107	101	206	191	184	87	72,5%	72	60,1%	65	54,1%	- 22	-10,7%
OUTROS	2.307	1.433	1.975	1.876	1.462	1.707	2.288	- 845	-36,6%	- 599	-26,0%	- 19	-0,8%	826	56,5%

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

⁶² A série temporal completa entre 2010 e 2021 encontra-se nos Anexos (ver **Tabela Anexa 1**)

Tabela 15. Despesas da Função Saúde por Categorias e Elementos de Despesa. Participação no % Total de Saúde.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Média 2010 - 2021	Diferença (2021 - 2010)
10 - SAUDE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%	-
CONTRATOS	65,5%	66,4%	66,3%	66,1%	65,3%	66,1%	68,4%	68,4%	69,8%	71,9%	74,5%	73,2%	68,5%	7,7%
39 - OUTROS SERV. DE TERCEIROS-P.JURÍDICA	23,9%	24,3%	27,3%	28,5%	26,2%	29,5%	31,4%	32,5%	33,5%	34,1%	33,2%	32,3%	29,8%	8,4%
43 - SUBVENÇÕES SOCIAIS	22,1%	23,4%	22,0%	22,0%	23,3%	21,5%	23,0%	20,5%	20,8%	21,1%	24,8%	23,6%	22,4%	1,6%
30 - MATERIAL DE CONSUMO	16,4%	15,3%	13,6%	12,9%	13,2%	12,2%	11,1%	11,6%	11,6%	12,0%	12,6%	13,0%	12,9%	-3,5%
37 - SERV.LIMPEZA, VIGILÂNCIA E OUTROS-P.JURÍDICA	1,3%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,7%	1,9%	1,9%	1,8%	1,7%	1,6%	1,7%	1,6%	0,4%
36 - OUTROS SERV.DE TERCEIROS-PESSOA FÍSICA	1,0%	1,2%	1,1%	0,3%	0,4%	0,5%	0,2%	1,1%	1,0%	1,0%	0,8%	0,8%	0,8%	-0,3%
83 - DESPESAS DECORRENTES DE CONTRATO DE PPP	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,6%	0,7%	0,2%	0,7%
41 - CONTRIBUIÇÕES	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,6%	0,1%	0,6%
40 - SERVIÇOS DE TECNOLOGIA INF. E COMUNICAÇÃO-PJ	0,8%	0,8%	0,9%	1,0%	0,9%	0,7%	0,8%	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,7%	-0,3%
35 - SERVIÇOS DE CONSULTORIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
48 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
88 - DESPESAS COM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
SERVIDORES E CLT	26,2%	25,3%	26,6%	26,6%	27,8%	28,4%	26,5%	24,8%	23,7%	23,0%	20,0%	19,1%	24,8%	-7,1%
11 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL CIVIL	21,9%	22,2%	22,6%	22,9%	24,3%	24,6%	22,7%	21,0%	20,0%	19,1%	16,6%	15,4%	21,1%	-6,6%
13 - OBRIGAÇÕES PATRONAIS	3,8%	2,7%	3,6%	3,4%	3,2%	3,5%	3,4%	3,4%	3,3%	3,1%	2,8%	3,1%	3,3%	-0,7%
96 - RESSARCIMENTO DE DESP.DE PESSOAL REQUISITADO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%	0,3%
49 - AUXÍLIO-TRANSPORTE	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	-0,2%
16 - OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
8 - OUTROS BENEF. ASSIST.DO SERVIDOR E DO MILITAR	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
9 - SALÁRIO-FAMÍLIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
4 - CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
46 - AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
OUTROS	8,3%	8,2%	7,2%	7,3%	6,9%	5,5%	5,1%	6,8%	6,5%	5,1%	5,5%	7,7%	6,7%	-0,6%

Tabela 16. Despesas da Função Saúde por Categorias e Elementos de Despesa. Participação no % Total da Categoria.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Média 2010 - 2021	Diferença (2021 - 2010)
CONTRATOS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	-
39 - OUTROS SERV. DE TERCEIROS-P.JURÍDICA	36,5%	36,6%	41,2%	43,1%	40,0%	44,6%	45,9%	47,5%	48,0%	47,5%	44,6%	44,1%	43,4%	7,6%
43 - SUBVENÇÕES SOCIAIS	33,7%	35,2%	33,2%	33,3%	35,7%	32,6%	33,6%	30,0%	29,8%	29,4%	33,3%	32,3%	32,6%	-1,4%
30 - MATERIAL DE CONSUMO	25,1%	23,0%	20,5%	19,6%	20,1%	18,4%	16,3%	16,9%	16,7%	16,6%	16,9%	17,7%	18,9%	-7,4%
37 - SERV.LIMPEZA, VIGILÂNCIA E OUTROS-P.JURÍDICA	2,0%	2,1%	2,1%	2,2%	2,1%	2,5%	2,7%	2,8%	2,6%	2,4%	2,1%	2,3%	2,3%	0,3%
36 - OUTROS SERV.DE TERCEIROS-PESSOA FÍSICA	1,6%	1,7%	1,6%	0,4%	0,6%	0,7%	0,3%	1,6%	1,5%	1,3%	1,1%	1,0%	1,1%	-0,5%
83 - DESPESAS DECORRENTES DE CONTRATO DE PPP	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%
41 - CONTRIBUIÇÕES	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	1,0%	0,3%	1,0%
40 - SERVIÇOS DE TECNOLOGIA INF. E COMUNICAÇÃO-PJ	1,2%	1,2%	1,3%	1,4%	1,3%	1,1%	1,1%	1,0%	0,8%	0,8%	0,7%	0,8%	0,2%	-0,3%
35 - SERVIÇOS DE CONSULTORIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,6%	1,0%	0,6%
48 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
88 - DESPESAS COM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
SOMA ELEMENTOS DE DESPESA 39 + 43 + 30	95,2%	94,9%	94,9%	96,0%	95,9%	95,6%	95,7%	94,5%	94,4%	93,5%	94,8%	94,1%	94,9%	-1,1%
SERVIDORES E CLT	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	-
11 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL CIVIL	83,7%	87,6%	85,1%	86,1%	87,6%	86,6%	85,7%	84,9%	84,5%	83,2%	83,1%	80,5%	85,1%	-3,2%
13 - OBRIGAÇÕES PATRONAIS	14,7%	10,6%	13,4%	12,7%	11,4%	12,2%	12,8%	13,6%	14,0%	13,7%	13,8%	16,3%	13,2%	1,6%
96 - RESSARCIMENTO DE DESP.DE PESSOAL REQUISITADO	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%	1,6%	0,4%	1,6%
49 - AUXÍLIO-TRANSPORTE	1,6%	1,7%	1,4%	1,1%	0,9%	1,0%	1,2%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%	-0,5%
16 - OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,2%	0,4%
8 - OUTROS BENEF. ASSIST.DO SERVIDOR E DO MILITAR	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
9 - SALÁRIO-FAMÍLIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
4 - CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
46 - AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
SOMA ELEMENTOS DE DESPESA 11 + 13	98,4%	98,2%	98,5%	98,8%	99,0%	98,8%	98,5%	98,5%	98,5%	96,9%	96,9%	96,8%	98,2%	-1,6%
OUTROS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%

Em síntese, ocorreu entre 2015 e 2019 um ajuste orçamentário da participação da Categoria Servidores e CLT e do elemento de despesa 11. As perdas como proporção das despesas com Saúde foram, respectivamente, da ordem de 3,9% e 3,8%. Considerando 2015-2021, a perda global é de 9,3% para ambas (**Tabela 15**). Existe um sentido claro de perda de participação e de recursos reais dessa Categoria que representa as despesas com remuneração e direitos do corpo de servidores e de pessoal contratado no regime de CLT pelos órgãos da Administração Pública.

A perda se dá na própria dinâmica de despesas do Estado, no interior da Função Saúde e em relação à inflação do período analisado. Esse fenômeno decorre tanto da perda de valor real das despesas com essas rubricas quanto da destinação dos excedentes para a Contratualização. A **Tabela 15** apresenta que o impacto dessa transferência de participação é de 7,1% no total, com a Categoria Servidores e CLT caindo de 26,2% em 2010 para 19,1% em 2021 do orçamento total, ao passo que a Categoria Contratos, que trabalharemos logo adiante, avançou 7,7% para o mesmo período.

No lado oposto, a *Categoria Contratos* ampliou sua participação nas despesas da Função Saúde dos 65,5% para 73,2% (**Tabela 15**), incorporando, em termos reais, uma diferença de quase R\$ 3,5 bilhões no período entre 2010 e 2021. Tomando o período de 2010-2020 como parâmetro, esse valor é de quase R\$ 5 bilhões que, a título de comparação, é maior que o total dispendido com os vencimentos dos servidores permanentes (11 – Vencimentos e Vantagens Fixas – Pessoal Civil) da Saúde para o ano de 2021, que contou com uma despesa total de R\$4,5 bilhões.

A somatória dos elementos de despesa 39 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica, 43 – Subvenções Sociais e 30 – Material de Consumo responde a 94,9% da Categoria Contratos (**Tabela 16**). O elemento de despesa Outros Serviços de Terceiros representa os contratos de prestação de Serviços de toda natureza que envolva uma pessoa jurídica. As subvenções sociais se referem aos mesmos contratos ou convênios que envolvem uma Instituição sem fins lucrativos, enquadrando as Santas Casas e demais hospitais filantrópicos, à exceção das Organizações Sociais, que se enquadram no elemento Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica (ver **Quadro 7**). O Material de Consumo

como elemento de despesa, conforme **Quadro 7**, é todo tipo de fornecimento de material para uso corrente dos aparelhos de Saúde.

Somando as despesas com esses 3 elementos de despesas, temos uma variação de R\$ 17,4 bilhões em 2010 para quase R\$ 22 bilhões em 2020 e R\$ 20,4 bilhões em 2020. Tomando o período 2010-2019, praticamente se mantiveram os valores investidos nas Subvenções próximo aos R\$ 6 bilhões, enquanto o Material de Consumo perdeu R\$ 1 bilhão (R\$ 4,5 para R\$ 3,4 bilhões), e Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica saltou de R\$ 6,6 para R\$ 9,8 bilhões, evidenciando ser esta a modalidade de contratualização no Estado de São Paulo.

Para o biênio 2020-2021, as despesas que mais avançaram foram as direcionadas às Subvenções Sociais, com crescimento de R\$929 milhões em relação a 2019, respondendo a quase totalidade da variação da Categoria Contratos no mesmo período. A análise entre 2019 e 2021 oculta a mudança mais profunda ocorrida no primeiro ano da pandemia, quando a variação das despesas com as subvenções foi de R\$ 1,6 bilhão (6,1 para 7,7 bilhões de reais) diante de R\$ 2,4 bilhões da Categoria Contratos.

Pela **Tabela 16** fica mais clara a modificação das posições relativas entre os Elementos de Despesa no interior da Categoria Contratos. Ao término do período 2010-2021, houve uma transferência quase perfeitas de participações do elemento de despesa 30 – Material de Consumo para 39 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica, em que a primeira perdeu 7,4% e a segunda ganhou 7,6% da participação na Categoria Contratos. Subvenções Sociais fechou o período com perda de 1,4%.

Essa variação no interior da Categoria é relativizada conforme analisamos os elementos de despesa no contexto geral das despesas gerais (**Tabela 14**). As subvenções a despeito de perder participação no interior da Categoria, ganha no geral, avançando 1,6% entre 2010 e 2021. O ano de 2020 foi importante para as despesas através desse instrumento, quando atingiu quase um quarto do total das despesas com saúde (24,8% na **Tabela 15**).

O elemento de despesa Outras despesas Correntes cresceu exatos 8,4% e isso decorreu, como dito anteriormente, da ampliação das Organizações Sociais

durante o período. A ampliação da contratualização, controversamente, gerou a queda do elemento Material de Consumo. Esse fenômeno, já explicado na parte metodológica, decorre da natureza dessa forma de despesa. Os materiais de consumo são parte fundamental do custeio dos serviços de saúde das unidades administradas pela Administração Direta. Conforme o governo ampliou as formas mais complexas de contratualização, a exemplo dos convênios e Organizações Sociais, a compra de materiais de consumo passa a ser uma prerrogativa da instituição contratante, gerando a transferência de recursos de um elemento de despesa a outro no interior da Categoria Contratualização.

Embora não se pretenda criar uma matização da contratualização, esse fenômeno é interessante como reflexo do movimento geral de complexificação da contratualização que, no limite, apreende também a perda de uma ferramenta importante de política pública em saúde que é a capacidade de definição dos preços-chave da cadeia de preços dos serviços e insumos. Ao se pulverizar as compras em inúmeras instituições contratadas, a cadeia de fornecedor migra de um comprador, o Estado, para inúmeros, as instituições contratadas.

Esse fenômeno é fundamental para alguns setores, notadamente os de maior valor agregado que compõe o epicentro do déficit do setor saúde na balança comercial brasileira (SARTI; HIRATUKA; FONSECA, 2021; SILVA; ANDREOLI; BARRETO, 2016).

A aplicação das Categorias de despesas aponta para tendências claras de contratualização do orçamento de saúde do Estado de São Paulo como um fenômeno de direcionamento gradual dos excedentes oriundos da arrecadação e da renovação (aposentadoria e outros efeitos) dos servidores. A contratualização como proporção do orçamento total da saúde nunca perdeu espaço para os servidores na série analisada e teve um vigor especial após 2014-2015 quando se inicia a série que logrará seu mais alto patamar no primeiro ano da pandemia.

A pandemia deve ser dividida sob dois efeitos de enorme repercussão sobre nossas Categorias. Para a contratualização, a pandemia teve enormes impactos no primeiro ano, com o crescimento em termos reais saltando de R\$ 20,7 para R\$ 23,2 bilhões e recuando para R\$ 21,7 bilhões no segundo ano. Para os servidores da saúde, as finanças públicas da pandemia se fizeram presente nos

dois anos, com a queda das despesas, em termos reais, se aprofundando entre o primeiro e o segundo ano, de R\$ 393 milhões para R\$ 560 milhões (**Tabela 14**).

Em termos relativos, a queda de 560 milhões de reais sofrida pelos servidores em 2021 representou 12% do orçamento de 2020, enquanto o recuo de R\$ 1,4 bilhão observada nos Contratos representou 6,3%. Em que pese a flexibilidade dos contratos, esses se mostraram mais resistentes no segundo ano da pandemia, quando os esforços econômicos de São Paulo caíram.

No capítulo a seguir serão analisados os estados selecionados, caso a caso, de modo a investigar mais detidamente os elementos de despesa que compõem as Categorias. Esse processo contará com desagregações por subelementos de despesa que são classificações próprias dos estados, onde existirem. Também serão utilizadas informações de construção de políticas públicas dos estados, contidas nos documentos orçamentários⁶³ de modo a apreender informações úteis, como a construção de políticas de contratualizações para instituições direcionais, por exemplo às Santas Casas, às Organizações Sociais etc.

Através do cruzamento dessas classificações e demais informações orçamentárias – tais como Programas⁶⁴ e Ações de Governo – com as instituições contratadas, buscaremos apresentar as especificidades no que tange o perfil dos agentes executores da assistência estadual de saúde.

⁶³ Lei Orçamentária Anual, Plano Plurianual e Balanços Gerais de Governos.

⁶⁴ Os programas é a somatória de ações de governo que são criadas pelo governo eleito no primeiro semestre de exercício e expressa os compromissos políticos através de políticas públicas. “Programa é o instrumento de organização da atuação governamental que articula um conjunto de ações que concorrem para a concretização de um objetivo comum preestabelecido, visando à solução de um problema ou ao atendimento de determinada necessidade ou demanda da sociedade.”. “As ações são operações das quais resultam produtos (bens ou serviços), que contribuem para atender ao objetivo de um programa. Incluem-se também no conceito de ação as transferências obrigatórias ou voluntárias a outros entes da Federação e a pessoas físicas e jurídicas, na forma de subsídios, subvenções, auxílios, contribuições e financiamentos, dentre outros” (BRASIL, 2022, p. 80)

CAPÍTULO 4. O estado de São Paulo durante a década de 2010 e o biênio da pandemia

4.1. Introdução

Esse estudo de caso visa apresentar todas as possibilidades e potencialidades de análise das despesas com a Função Saúde dentro das bases de microdados da execução orçamentária disponível no Portal Transparência.

Na seção seguinte foi realizado um panorama geral, apresentado a participação das despesas do estado de São Paulo nos estados brasileiros e a dinâmica das despesas gerais para a década. A seção 5.3. teve analisadas as despesas gerais do estado considerando a classificação por Grupo Natureza de Despesa. Através de desmembramento em Elementos de Despesa, buscou-se evidenciar as trajetórias das despesas com servidores Ativos e Inativos em seu interior.

A seção 5.4. adentra a conjuntura da pandemia com a análise da excepcionalidade do biênio 2020-2021 para as finanças paulistas. Em 2020 tivemos a aprovação da Lei Complementar 173/2020 que estabeleceu aportes financeiros e suspensão do pagamento da dívida como ferramenta de combate aos impactos da pandemia. Em 2021 ainda vigoraram os efeitos da Emenda Constitucional 106 de 2020 que, pelo lado das despesas, proibia reajustes aos servidores e, pelas receitas, tivemos um crescimento expressivo em decorrência da retomada da atividade econômica e da inflação.

A seção 5.5. analisa o desempenho das despesas paulistas com a saúde durante a década e o biênio da pandemia, mobilizando todas as potencialidades da base de dados e em um esforço por construir uma narrativa que estabeleça mediação entre as classificações orçamentárias com o movimento geral da contratualização.

4.2. Panorama Geral

O estado de São Paulo respondeu por 27% do orçamento global dos estados Brasileiros em 2021, crescendo sua participação após ter caído de 26,6 para 26,1% entre 2019 e 2020 (**Tabela 18**). As despesas que o Estado realizou com a função Saúde em 2019 e 2020 foram, respectivamente, 23,7% e 23,1% do total gasto pela soma de todos os Estados brasileiros, caindo para 21,1% em 2021 (Tabela 6). Isso ocorreu porque São Paulo teve o menor crescimento com Saúde em 2021 entre todos os Estados Brasileiros, crescendo apenas 5% enquanto a média nacional foi de 14,8% (**Gráfico 2**).

Tabela 17. Dez maiores orçamentos da Função Saúde dos Estados Brasileiros (ano 2020) R\$ milhões correntes.

	2019		2020		2021		2019-2021	
	Despesas Saúde	Participação Nacional	Despesas Saúde	Participação Nacional	Despesas Saúde	Participação Nacional	Varição Despesas Saúde	Varição Participação Nacional
Todos os Estados	105.466	100%	122.437	100,0%	140.570	100,0%	33,3%	0,0%
SP	25.041	23,7%	28.273	23,1%	29.675	21,1%	18,5%	-2,6%
MG	10.105	9,6%	9.731	7,9%	11.749	8,4%	16,3%	-1,2%
BA	7.457	7,1%	8.359	6,8%	9.292	6,6%	24,6%	-0,5%
RS	5.530	5,2%	6.532	5,3%	8.271	5,9%	49,6%	0,6%
PE	6.219	5,9%	7.361	6,0%	8.220	5,8%	32,2%	0,0%
RJ	5.315	5,0%	6.585	5,4%	7.493	5,3%	41,0%	0,3%
PR	5.255	5,0%	6.161	5,0%	6.631	4,7%	26,2%	-0,3%
CE	4.372	4,1%	4.511	3,7%	5.816	4,1%	33,0%	0,0%
GO	3.613	3,4%	4.535	3,7%	5.091	3,6%	40,9%	0,2%
SC	3.308	3,1%	4.137	3,4%	4.756	3,4%	43,8%	0,2%

Fonte: FINBRA (Elaboração própria)

Tabela 18. Dez maiores Despesas Totais Estados Brasileiros (ano 2020) R\$ milhões correntes.

	2019		2020		2021		2019-2021	
	Despesas Totais	Participação Nacional	Despesas Totais	Participação Nacional	Despesas Totais	Participação Nacional	Varição Despesas Totais	Varição Participação Nacional
Todos os Estados	851.235	100,0%	848.366	100,0%	1.010.214	100,0%	18,7%	0,0%
SP	226.144	26,6%	221.767	26,1%	272.678	27,0%	20,6%	0,4%
MG	90.887	10,7%	94.430	11,1%	110.872	11,0%	22,0%	0,3%
RJ	59.442	7,0%	59.897	7,1%	71.782	7,1%	20,8%	0,1%
RS	58.250	6,8%	47.846	5,6%	54.639	5,4%	-6,2%	-1,4%
BA	45.736	5,4%	46.524	5,5%	53.376	5,3%	16,7%	-0,1%
PR	50.251	5,9%	44.044	5,2%	48.456	4,8%	-3,6%	-1,1%
PE	31.754	3,7%	32.782	3,9%	37.911	3,8%	19,4%	0,0%
PA	24.784	2,9%	28.630	3,4%	33.393	3,3%	34,7%	0,4%
GO	27.411	3,2%	27.441	3,2%	32.540	3,2%	18,7%	0,0%
CE	26.165	3,1%	26.915	3,2%	31.165	3,1%	19,1%	0,0%
SC	26.107	3,1%	26.426	3,1%	32.016	3,2%	22,6%	0,1%

Fonte: FINBRA (Elaboração própria)

No primeiro ano de pandemia, São Paulo figurou na vigésima segunda posição de maior variação de despesas com a Função Saúde no primeiro ano da

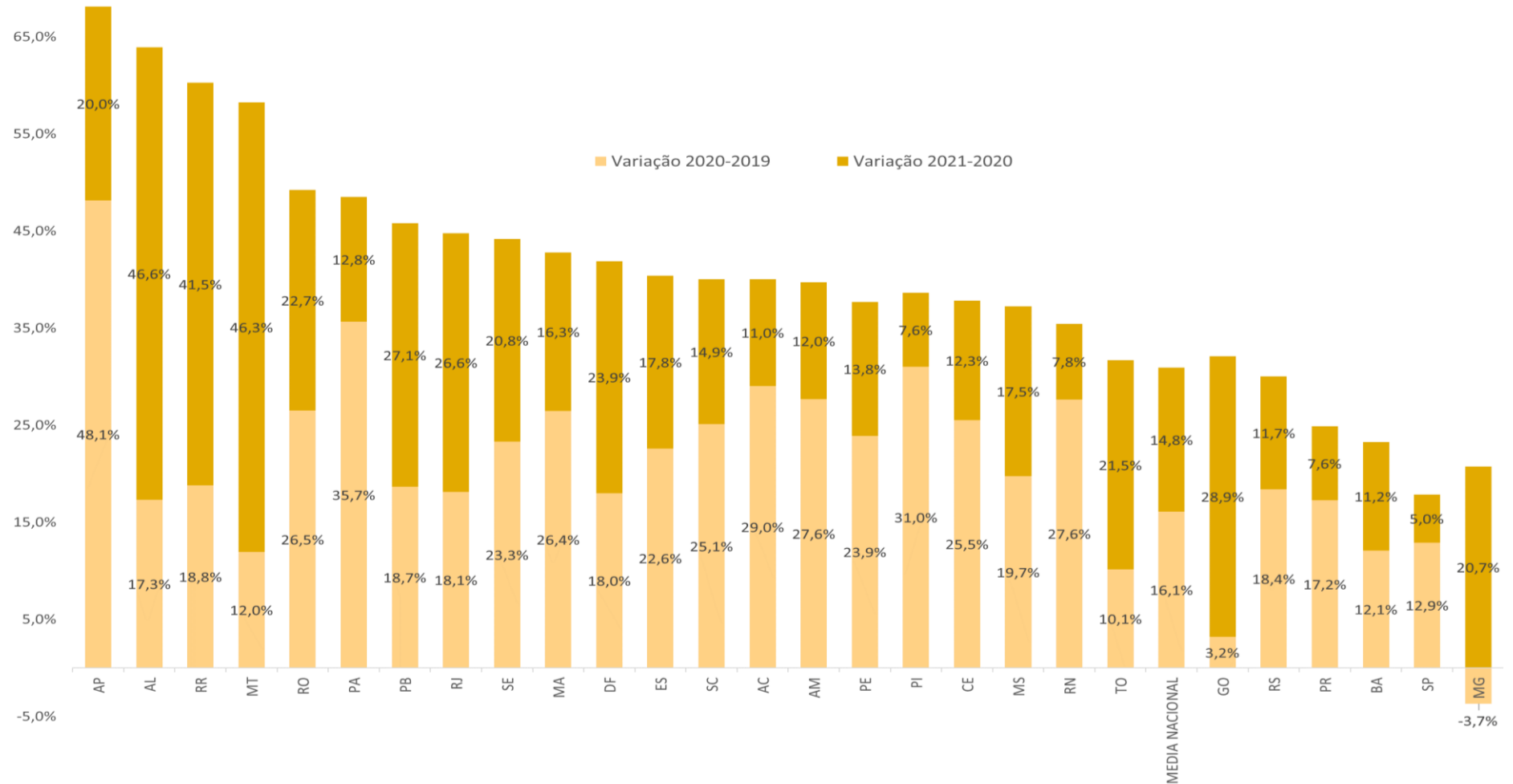
pandemia, abaixo da média nacional de 16,1%. Somente um estado realizou despesas em 2020 abaixo das observadas em 2019, Minas Gerais, com queda nominal de 3,7%.

Como na maioria dos Estados brasileiros, em São Paulo a Função de Governo que mais ampliou participação no decorrer da década foi a Previdência Social (cód. 09), que saltou da faixa dos 12% para os 20% das despesas totais. A série histórica paulista teve mudanças bruscas em 2021 e isso decorre de fatores conjunturais que trataremos na seção específica sobre as finanças durante a pandemia (seção 5.5.).

Para pontuar o panorama geral das despesas com Previdência que aparece no Gráfico 2, a queda ocorrida em 2021 decorre de mudanças no regime de contribuição instituído em 2020 e do crescimento das despesas/receitas, ou seja, com impactos na queda das despesas com a Previdência (alterando o numerador da equação) e nas despesas totais (impactando o denominador).

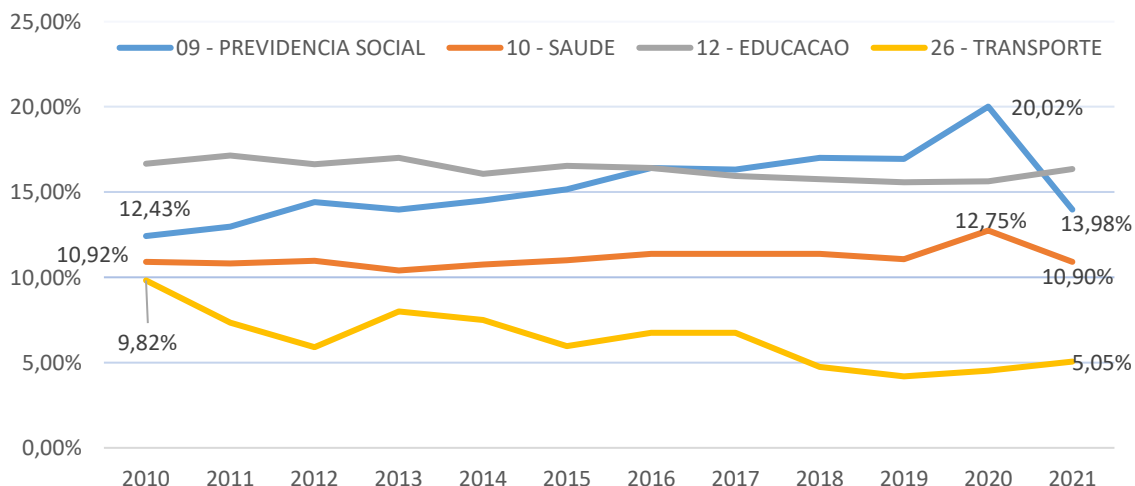
O comportamento da maioria das funções é de estagnação na participação global, com destaque para Transporte e Educação entre as que mais perderam participação, tendo a primeira perdido quase metade de participação (9,8% para 4,5%) e a segunda mantido uma trajetória de estabilidade na casa dos 16% entre os anos 2010 e 2016 e rebaixada para a dezena dos 15% no restante da década, alcançando uma queda de 1% entre 2010 e 2020.

Gráfico 3. Crescimento anual das despesas com a Função Saúde por estados. Valores totais exclusive modalidade 91.



Fonte: SICONFI (Elaboração Própria)

Gráfico 4 - Participação das Funções de Governo nas Despesas Totais. Estado de SP.



Fonte: Portal da Transparência do Estado de São Paulo (tabulação própria)

A Função Saúde manteve-se estável no decorrer da década entre 10 e 11% da despesa total, saltando para 12,7% no primeiro ano da pandemia e retornando em 2021 ao patamar histórico de quase 11%. Para o ano de 2020, esse efeito decorre tanto da ampliação de quase 13% das despesas com saúde, quanto pela própria queda das despesas totais de quase 2%.

A ampliação das despesas com saúde no primeiro ano da pandemia é uma exceção sem precedentes para quase toda a década. O crescimento de 1,6% foi observada em poucas ocasiões⁶⁵, mais precisamente com as funções Previdência Social nos anos 2012 (+1,4%), 2016 (+1,3%) e 2020 (+3,1%) e Transporte no triênio 2011-2013 (-2,5%, -1,4% e +2,1%).

A Função de Governo Previdência Social cresceu nos estados brasileiros decorrente da constituição de Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS), internalizando recursos que outrora eram destinadas ao Regime Geral de Previdência Social (CALAZANS et al., 2013). Esse fenômeno, ademais, tem

⁶⁵ Excluimos a Função Encargos Gerais por se tratar de uma sigla que engloba um conjunto de despesas heterogêneas.

exigido esforços crescentes no sentido de cobertura do passivo atuarial herdado pelos RPPS que têm forçado reformas de ampliação das alíquotas de contribuição e ampliação da base de contribuintes para os servidores inativos⁶⁶.

Adiante iremos tratar do desempenho das despesas gerais na década de 2010 e dos impactos da pandemia sobre as tendências observadas.

⁶⁶ Cobertura de déficit e reformas recentes.

4.3. Despesas Gerais na década de 2010 e no primeiro biênio da pandemia (2020-2021)

Observando as despesas no decorrer da década, temos tendências ao crescimento da participação dos Grupos de Despesa identificados com a contratualização, a saber, Outras Despesas Correntes. Os dois primeiros anos da pandemia serviram como potencializador dessa tendência mesmo que a intuição apontasse para o avanço das despesas com os servidores permanentes, dada a importância assumida pelo sistema público de saúde.

Analisando a década que antecedeu a pandemia, iniciada em 2010 (**Tabela 19**), e os efeitos da pandemia, sobressaem quatro observações acerca dos Grupos de Despesa:

- Dívida Pública permaneceu estável durante quase todo o período com oscilações conjunturais em 2016 e 2020;
- Investimentos Públicos com tendência de queda a despeito da maior variância ao longo dos anos;
- Outras Despesas Correntes ampliaram participação da faixa dos 43 a 44% no começo da década para 46% em 2019 e 48% nos dois primeiros anos da pandemia;
- Pessoal e Encargos Sociais cresceram entre 2010 e 2020 e atingiram o menor patamar da série em 2021.

Os comportamentos atípicos dos encargos com a **Dívida Pública** (Juros e Encargos da Dívida e Amortização da Dívida) decorreram da renegociação ocorrida em 2016 (Lei Complementar 156/2016) e da suspensão do pagamento em 2020 (Lei Complementar 173/2020) instituído no primeiro ano da pandemia. O acordo obtido em 1997 entre Estado e União (LOPREATO, 2002) definiu um patamar máximo de remuneração de 13% das Receitas Próprias Estaduais e vigorou até 2016 quando foi redefinido o índice de correção do estoque global e um novo patamar de remuneração. Em 2020, por conta dos esforços estaduais no combate à pandemia foi determinado a suspensão do pagamento da dívida durante o ano de 2020 (art. 2º).

O segundo grupo analisado, os **Investimentos e Inversões Financeiras**⁶⁷, possui uma trajetória de queda entre 2010 e 2019 e até mesmo 2020, com leve recuperação em 2021, restabelecendo o patamar do começo da década passada. Juntos, Investimentos e Inversões Financeiras, são os Grupos de Despesa que mais perderam participação proporcional (queda de 12,1% para 5,1%) durante a década, assumindo papel primário de variável de ajuste na dinâmica fiscal do período.

O crescimento dos investimentos em 2021 comprova essa hipótese, dada a excepcionalidade da conjuntura em que convergiram o congelamento dos vencimentos e concursos dos servidores, a ampliação da tributação previdenciária aos inativos com renda abaixo do teto do Regime Geral e o crescimento das receitas em decorrência da recuperação econômica e da inflação.

O Grupo Outras Despesas Correntes engloba um conjunto de despesas de manutenção dos serviços públicos que vão desde o fornecimento de insumos e materiais até a gestão integral de serviços da Administração Direta, a exemplo dos contratos de transferência de hospitais à gestão das Organizações Sociais de Saúde.

Esse Grupo de Despesa expressa, grosso modo, o que chamaremos de contratualização do Setor Público, embora certas mediações e desagregações sejam necessárias para tornar esse conceito mais preciso no entendimento das despesas. O seu crescimento reforça o sentido geral de terceirização do Setor Público, do maior protagonismo na oferta de serviços e produtos pela iniciativa privada, com ou sem fins lucrativos, no conjunto das despesas públicas. A dinâmica de seu crescimento depende de dois movimentos combinados dentro da gestão da execução orçamentária: a não renovação do quadro funcional de determinados serviços públicos e a destinação de maior parte do crescimento real das receitas a tais contratualizações.

⁶⁷ Considerados os Grupos 44 – Investimentos e 45 – Inversões Financeiras. Por Inversões entende-se as despesas que são executadas fora da Administração Direta, por exemplo quando o Governo capitaliza uma empresa como o Metrô para realização de uma obra de interesse público. Ver (BRASIL, 2022).

Por fim, temos o Grupo Pessoal e Encargos que teve uma tendência de crescimento de 37% em 2010 para os 40,5% em 2019, com outro salto de 3% na participação total no primeiro ano da pandemia, chegando a 43,5% em 2020, e caindo para o menor registro de toda a série em 2021 quando fecha a 35,2%.

Considerando o período entre 2010-2019 onde houve um salto de patamar de Pessoal e Encargos de aproximadamente 4% no total das despesas, surge uma aparente contradição com a tese de que a contratualização do serviço público avança às expensas dos servidores permanentes. Isso decorre pelo fato de que as despesas com Previdência (Aposentadoria e Pensões) estejam inseridas dentro do Grupo Pessoal e Encargos. Como esse Grupo engloba as despesas com ativos e inativos, essa separação faz-se necessária para melhor compreensão da contratualização.

Metodologicamente, a desagregação dos Grupos de Despesa por Elementos de Despesa, o nível de classificação orçamentária abaixo, permite elucidar algumas questões importantes para essa pesquisa, especialmente por separar as rubricas vinculadas aos servidores ativos e inativos.

A **Tabela 20** mostra que a composição dos Elementos de Despesa relativos à aposentadoria e pensões ampliaram a sua participação enquanto os que representam os vencimentos dos servidores permanentes civis e militares tiveram o movimento oposto. As obrigações patronais, também vinculadas aos servidores ativos e outras responsabilidades como empregador⁶⁸, a exemplo de celetistas e outras modalidades existentes no interior do Serviço Público, mantiveram sua participação.

⁶⁸ Rigorosamente os valores da 10 não incluem as obrigações patronais dos servidores estatutários, uma vez que ao excluirmos as despesas intraorçamentárias (modalidade 91) retiramos o total de transferência ao Regime Geral, entre as quais incluem as obrigações patronais desses servidores enquadrados no Regime Próprio de Previdência Social.

Tabela 19. Participação Grupo de Despesas no Orçamento Total.⁶⁹

	2010	2016	2017	2018	2019	2020	2021
31 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	37,0%	43,0%	42,1%	41,7%	40,5%	43,5%	35,2%
32 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	4,7%	3,3%	4,2%	5,3%	5,3%	1,3%	4,0%
33 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	43,5%	45,0%	44,9%	44,6%	46,2%	48,3%	48,2%
44 - INVESTIMENTOS	9,5%	4,3%	5,2%	4,2%	3,6%	3,7%	6,6%
45 - INVERSÕES FINANCEIRAS	2,6%	2,3%	2,0%	1,2%	0,9%	1,4%	2,8%
46 - AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	2,7%	2,1%	1,6%	2,9%	3,4%	1,7%	3,3%
COMPROMISSOS COM A DÍVIDA (32+46)	7,4%	5,5%	5,7%	8,2%	8,7%	3,1%	7,3%
INVESTIMENTOS TOTAL (44+45)	12,1%	6,6%	7,2%	5,4%	4,5%	5,1%	9,3%
TOTAL GERAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Portal da Transparência (Elaboração Própria)

⁶⁹ Em Anexos estão disponíveis as s com os valores para todos os anos.

Tabela 20. Composição do Grupo de Despesa Pessoal e Encargos Sociais por Elementos de Despesa.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
31 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
1 - APOSENTADORIAS DO RPPS E DOS MILITARES	26,5%	26,9%	28,4%	28,3%	28,7%	28,9%	30,4%	31,0%	32,9%	33,9%	37,0%	33,0%
3 - PENSÕES DO RPPS E DO MILITAR	8,1%	8,1%	8,3%	8,2%	8,0%	8,0%	8,1%	8,2%	8,3%	8,3%	9,1%	7,3%
11 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL CIVIL	53,8%	52,5%	49,8%	50,1%	49,7%	49,7%	48,5%	48,0%	46,4%	44,7%	42,3%	47,0%
12 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL MILITAR	7,1%	7,2%	7,4%	7,0%	7,6%	7,3%	7,2%	7,1%	6,8%	6,9%	6,1%	6,5%
13 - OBRIGAÇÕES PATRONAIS	3,4%	4,0%	3,9%	3,9%	3,6%	3,4%	3,3%	3,3%	3,4%	3,3%	3,3%	3,8%
94 - INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES TRABALHISTAS	0,1%	0,1%	1,1%	1,4%	1,3%	1,6%	1,2%	1,4%	1,0%	1,2%	0,8%	1,1%
OUTROS	1,2%	1,2%	1,0%	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,3%	1,8%	2,3%	2,4%
1 + 3 APOSENTADORIAS E PENSÕES	34,5%	35,0%	36,7%	36,5%	36,8%	36,9%	38,6%	39,1%	41,2%	42,2%	46,1%	40,4%
11 + 13 VENCIMENTOS PESSOAL CIVIL E MILITAR	60,8%	59,7%	57,3%	57,1%	57,3%	57,0%	55,7%	55,0%	53,2%	51,5%	48,4%	53,5%

Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela 21. Composição do Grupo de Despesa Pessoal e Encargos Sociais por Elementos de Despesa. Valores de 2021.

	2010	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Var. 2010-2019		Var. 2010-2021		Var. 2019-2021	
								R\$	%	R\$	%	R\$	%
TOTAL DESPESAS	231.946	223.883	230.764	231.409	236.366	221.767	272.678	4.420	1,9%	40.732	17,6%	36.313	15,7%
31 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	85.815	96.260	97.215	96.596	95.669	96.542	95.903	9.854	11,5%	10.088	11,8%	235	0,3%
1 - APOSENTADORIAS DO RPPS E DOS MILITARES	22.703	29.280	30.106	31.780	32.440	35.695	31.686	9.737	42,9%	8.983	39,6%	- 754	-3,3%
3 - PENSÕES DO RPPS E DO MILITAR	6.909	7.833	7.935	7.977	7.911	8.804	7.024	1.002	14,5%	115	1,7%	- 886	-12,8%
11 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL CIVIL	46.136	46.695	46.641	44.813	42.721	40.804	45.058	- 3.415	-7,4%	- 1.079	-2,3%	2.337	5,1%
12 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL MILITAR	6.060	6.923	6.854	6.596	6.589	5.894	6.209	529	8,7%	148	2,4%	- 381	-6,3%
13 - OBRIGAÇÕES PATRONAIS	2.883	3.209	3.169	3.241	3.153	3.166	3.629	269	9,3%	746	25,9%	476	16,5%
16 - OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL	377	405	412	389	389	370	330	12	3,2%	- 46	-12,3%	- 59	-15,5%
94 - INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES TRABALHISTAS	77	1.146	1.354	977	1.128	787	1.081	1.051	1358,6%	1.004	1298,1%	- 47	-60,5%
92 - DESPESAS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES	-	-	-	-	984	675	523	984		523		- 461	
OUTROS	669	769	744	822	354	346		- 315	-47,1%	- 669	-100,0%	- 354	-52,9%
1 + 3 APOSENTADORIAS E PENSÕES	29.612	37.113	38.041	39.758	40.351	44.499	38.711	10.738	36,3%	9.098	30,7%	- 1.640	-5,5%
11 + 13 VENCIMENTOS PESSOAL CIVIL E MILITAR	52.197	53.618	53.495	51.409	49.311	46.699	51.266	- 2.886	-5,5%	- 930	-1,8%	1.956	3,7%

Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Assim, o crescimento do Grupo de Despesa Pessoal e Encargos Sociais nas despesas gerais do Estado de São Paulo é resultante de dois movimentos: de um lado o crescimento das despesas com os servidores inativos (aposentadoria e pensão) e, de outro, a perda de participação dos vencimentos com os servidores permanentes ativos e outras obrigações do Estado como empregador, ou seja, os custos totais com os servidores ativos.

A **Tabela 21** apresenta que além da perda de participação dos vencimentos dos servidores no respectivo Grupo de Despesa, houve uma queda dessas despesas em termos reais. A preços de dezembro de 2021, temos uma queda, ao longo da década, de 10,5% para os valores dos vencimentos e vantagens fixas. A despeito de uma oscilação para cima entre os anos 2010 e 2014, a tendência se fortaleceu no restante da década, seja para o quadro civil, seja para o quadro militar (códigos 11 e 12 da **Tabela 21**).

Por outro lado, em termos reais, as aposentadorias e pensões (códigos 1 e 3, respectivamente) cresceram 50% durante a década de forma linear e constante. Combinando as **Tabela 21** e **Tabela 24**, temos o cenário de protagonismo crescente das pensões e aposentadorias no Grupo de Despesa Pessoal e Encargos Sociais. Essas despesas que juntas representavam 34,5% desse Grupo em 2010 subiu para 46,1% em 2020, ao passo que os vencimentos dos servidores ativos civis e militares tiveram o desempenho oposto, caindo de 60,8% para 48,4%.

Assim, o primeiro vetor de análise do Orçamento paulista durante a década de 2010 comprova um comportamento dúbio, a perda relativa e em termos reais das despesas com os vencimentos dos servidores permanentes e o crescimento das transferências para pensões e aposentadorias. São essas despesas somadas que explicam o crescimento do Grupo Pessoal e Encargos Sociais no Orçamento global, gerando um efeito que muitas vezes confundem o debate econômico acerca do peso das despesas com pessoal pelo Estado.

4.4. A excepcionalidade do biênio da pandemia nas finanças paulistas

A decretação de estado de calamidade pública pelo Estado Brasileiro avançou uma agenda de salvaguarda às finanças subnacionais. O Brasil inseriu de forma retardatária na dispersão das variantes do vírus que se sucederam na pandemia com um hiato de meses entre a observação dos efeitos sanitários, sociais e econômicos nos países do Leste global.

Premido desse fator positivo, o Congresso aprovou duas Leis que definiram as finanças públicas estaduais no biênio 2020-2021, garantindo não somente as condições de financiamento dos esforços sanitários de combate à pandemia, mas também as condições de aprofundar o hiato dentro do Orçamento entre as despesas com os servidores e a contratualização.

Em maio de 2020 foi aprovada a primeira Lei (Emenda Constitucional 106), conhecida como Orçamento de Guerra, que suspendeu temporariamente as regras fiscais em benefícios de programas e políticas de combate à pandemia, separando essas despesas das atreladas ao funcionamento do Governo Federal⁷⁰. Essa medida foi fundamental, pois subsidiou as condições objetivas da segunda Lei aprovada, a Lei Complementar 173/2020 que tratou exclusivamente das finanças dos entes subnacionais, estados e municípios.

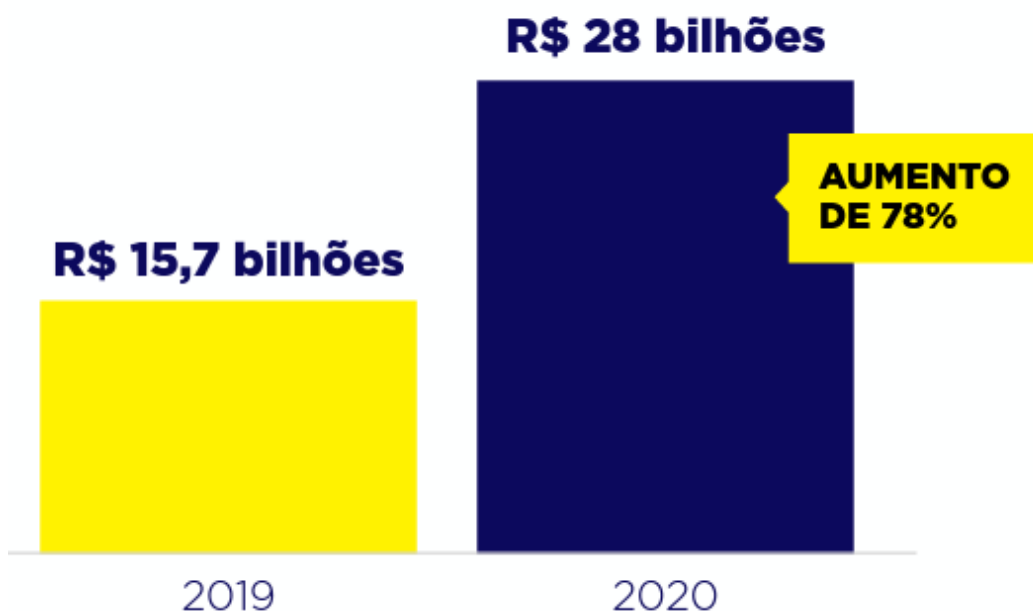
A LC 173/2020 definiu um conjunto de ajuda aos Estados e municípios, entre os quais a suspensão do pagamento da Dívida em que a União era o credor principal ou avalista junto a Bancos Públicos e Privados, além da aprovação de um pacote de 60 bilhões de reais de transferência, sendo um sexto exclusivo para as despesas com Saúde e Assistência Social. Ainda pelo lado das despesas, foram vedados reajustes e promoções para os servidores públicos até 31 de dezembro de 2021 sem distinção dos postos ocupados, ou seja, estendendo a proibição aos servidores da saúde.

⁷⁰ Adicionalmente foi permitido ao Banco Central a intervenção em mercados secundários para aquisição de títulos privados. Apesar do ineditismo de tal permissão na Economia Brasileira vis-à-vis sua constituição em países desenvolvidos, não foi exercida pela autoridade monetária.

Com base na observação do nível de atividade econômica nos países já afetados do desenvolvimento avançado da doença, o diagnóstico da LC 173/2020 era de que os efeitos da queda da arrecadação se somariam à maior demanda por estrutura hospitalar, impactando tanto as receitas quanto as despesas públicas. No entanto, a observação das séries de receitas para o Estado de São Paulo, em específico, apontou recuperação da arrecadação do último quadrimestre de 2020, fruto do abrandamento das medidas de restrição de mobilidade e da recuperação da atividade econômica.

Somando os efeitos da suspensão do pagamento da dívida e a economia com a suspensão da maioria dos serviços e funções estatais, pelo lado da demanda, e as transferências federais e a recuperação econômica que impactaram as receitas públicas, o balanço orçamentário foi favorável e teve como efeito imediato o acúmulo de reservas financeiras em caixa.

Gráfico 5. Disponibilidades de Caixa para o Estado de São Paulo. R\$ nominais.

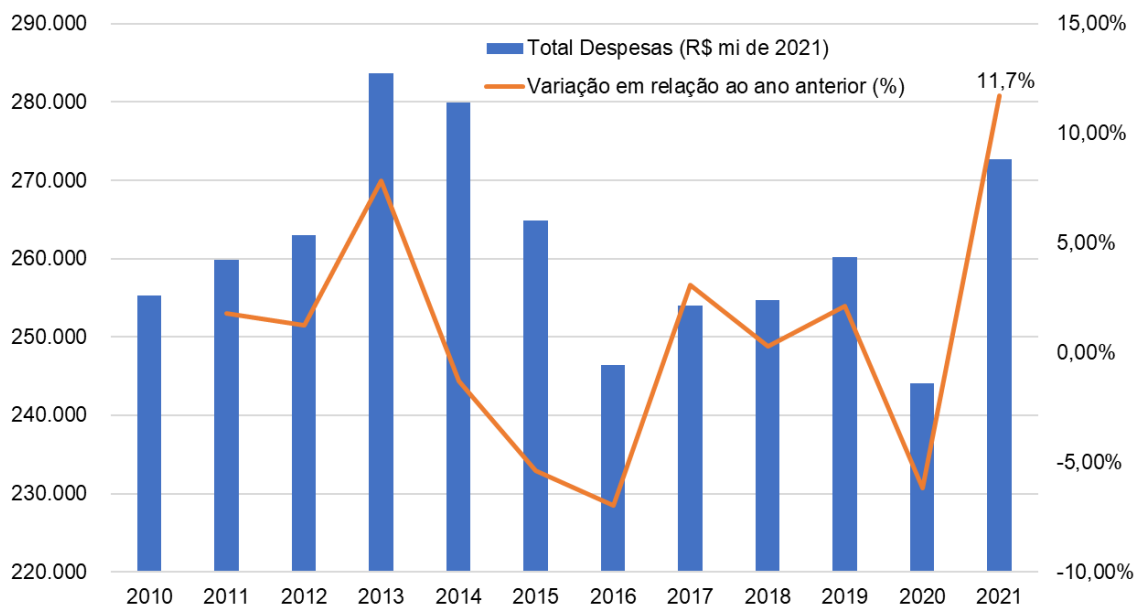


Fonte: (JUSTA. DEMOCRATIZANDO A GESTÃO PÚBLICA DA JUSTIÇA., 2021)

As finanças paulistas tiveram um desempenho mais favorável no ano de 2021. Capitaneeado pelo crescimento das receitas públicas, as despesas acompanharam o mesmo desempenho e tiveram um salto de 11,7%. Esse

crescimento foi o mais alto observado em toda a série anos e se explica igualmente pelo caixa acumulado em 2020 e pelo crescimento da arrecadação em 2021, além do fato de 2021 ser ano pré-eleitoral.

Gráfico 6. Despesas Totais do Estado de São Paulo (R\$ mi a preços de 2021) e variação entre anos.



Fonte: Portal da Transparência (Elaboração própria)

Até o final de 2021 perduraram os efeitos da LC 173 de congelamento das despesas com os servidores. Os impactos sobre a massa de vencimentos foram determinantes na trajetória do Grupo de Despesas Pessoal e Encargos, que caíram em 2021 à menor taxa histórica, com 35,2% das despesas totais (**Tabela 19**).

Art. 8º Na hipótese de que trata o art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios afetados pela calamidade pública decorrente da pandemia da Covid-19 ficam proibidos, até 31 de dezembro de 2021, de:

I - conceder, a qualquer título, vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração a membros de Poder ou de órgão, servidores e empregados públicos e militares, exceto quando derivado de sentença judicial transitada em julgado ou de determinação legal anterior à calamidade pública;

II - criar cargo, emprego ou função que implique aumento de despesa;

[...]

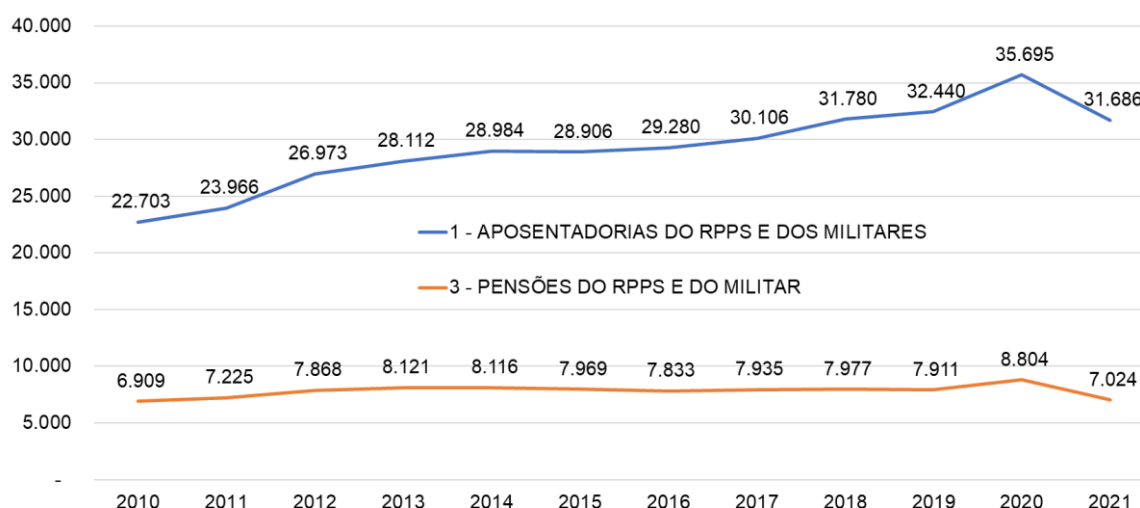
IV - admitir ou contratar pessoal, a qualquer título, ressalvadas as reposições de cargos de chefia, de direção e de assessoramento que não acarretem aumento de despesa, as reposições decorrentes de vacâncias de cargos efetivos ou vitalícios, as contratações temporárias de que trata o **inciso IX do caput do art. 37 da Constituição Federal**, as contratações de temporários para prestação de serviço militar e as contratações de alunos de órgãos de formação de militares;

V - realizar concurso público, exceto para as reposições de vacâncias previstas no inciso IV;

LC 173/2020 (2020)

Ainda no tocante às despesas com Pessoal, o Decreto 65.021 de 2020 (SÃO PAULO, 2020) criou uma fonte de recursos para o Regime Próprio de Previdência Social, estendendo a contribuição adicional aos inativos. A nova legislação estendeu a obrigatoriedade de contribuição aos inativos pertencentes à faixa de beneficiários abaixo do teto do Regime Geral (R\$ 7.087,22 em 2022). Embora esse Decreto tenha sido suspenso em 4 de novembro de 2022 com a sanção da Lei Complementar 1.380 (SÃO PAULO, 2022), os seus efeitos sobre 2020 e 2021 foram sentidos. Essa fonte criou um ponto de inflexão na série de despesas previdenciárias do Estado de São Paulo que vinha crescendo em toda a série histórica.

Gráfico 7. Orçamento de Elementos de Despesas selecionados. R\$ mi a preços de 2021.



Fonte: Portal da Transparência (Elaboração própria)

Tabela 22. Despesas para Grupos de Despesas e Elementos de Despesa selecionados. 2019-2021. R\$ mi a preços de 2021.

	2019	2020	2021	2019-2020		2020-2021		2019-2021	
				R\$	%	R\$	%	R\$	%
31 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	105.293	106.254	95.903	962	0,9%	- 10.351	-9,7%	- 9.390	-8,9%
1 - APOSENTADORIAS DO RPPS E DOS MILITARES	35.703	39.286	31.686	3.583	10,0%	- 7.600	-19,3%	- 4.017	-11,3%
11 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL CIVIL	47.019	44.909	45.058	- 2.109	-4,5%	148	0,3%	- 1.961	-4,2%
12 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL MILITAR	7.252	6.487	6.209	- 765	-10,5%	- 279	-4,3%	- 1.044	-14,4%
13 - OBRIGAÇÕES PATRONAIS	3.470	3.485	3.629	15	0,4%	144	4,1%	159	4,6%
3 - PENSÕES DO RPPS E DO MILITAR	8.707	9.690	7.024	983	11,3%	- 2.666	-27,5%	- 1.682	-19,3%
32 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	13.859	3.223	11.001	- 10.637	-76,7%	7.778	241,4%	- 2.859	-20,6%
33 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	120.297	118.007	131.385	- 2.290	-1,9%	13.378	11,3%	11.088	9,2%
30 - MATERIAL DE CONSUMO	5.755	6.223	6.324	468	8,1%	101	1,6%	569	9,9%
39 - OUTROS SERV. DE TERCEIROS-P.JURÍDICA	20.897	19.764	20.302	- 1.133	-5,4%	538	2,7%	- 595	-2,8%
41 - CONTRIBUIÇÕES	10.098	10.059	11.888	- 39	-0,4%	1.829	18,2%	1.790	17,7%
43 - SUBVENÇÕES SOCIAIS	6.547	8.178	7.428	1.631	24,9%	- 751	-9,2%	881	13,5%
81 - DISTRIBUIÇÃO DE RECEITAS	52.931	51.068	56.689	- 1.863	-3,5%	5.621	11,0%	3.758	7,1%
44 - INVESTIMENTOS	9.404	9.053	17.948	- 351	-3,7%	8.895	98,3%	8.544	90,9%
45 - INVERSÕES FINANCEIRAS	2.426	3.306	7.543	880	36,3%	4.238	128,2%	5.117	210,9%
46 - AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	8.865	4.234	8.898	- 4.632	-52,2%	4.664	110,2%	32	0,4%
Total Geral	260.144	244.076	272.678	- 16.068	-6,2%	28.602	11,7%	12.534	4,8%

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração própria)

Tabela 23. Participação de Grupos de Despesa e Elementos de Despesa no Total. Anos selecionados.

	2019	2020	2021	Varição 2019-2020	Varição 2021-2020	Varição 2021-2019
31 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	40,5%	43,5%	35,2%	3,1%	-8,4%	-5,3%
1 - APOSENTADORIAS DO RPPS E DOS MILITARES	13,7%	16,1%	11,6%	2,4%	-4,5%	-2,1%
3 - PENSÕES DO RPPS E DO MILITAR	3,3%	4,0%	2,6%	0,6%	-1,4%	-0,8%
11 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL CIVIL	18,1%	18,4%	16,5%	0,3%	-1,9%	-1,6%
12 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL MILITAR	2,8%	2,7%	2,3%	-0,1%	-0,4%	-0,5%
13 - OBRIGAÇÕES PATRONAIS	1,3%	1,4%	1,3%	0,1%	-0,1%	0,0%
32 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	5,3%	1,3%	4,0%	-4,0%	2,7%	-1,3%
33 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	46,2%	48,3%	48,2%	2,1%	-0,2%	1,9%
30 - MATERIAL DE CONSUMO	2,2%	2,5%	2,3%	0,3%	-0,2%	0,1%
39 - OUTROS SERV. DE TERCEIROS-P.JURÍDICA	8,0%	8,1%	7,4%	0,1%	-0,7%	-0,6%
41 - CONTRIBUIÇÕES	3,9%	4,1%	4,4%	0,2%	0,2%	0,5%
43 - SUBVENÇÕES SOCIAIS	2,5%	3,4%	2,7%	0,8%	-0,6%	0,2%
81 - DISTRIBUIÇÃO DE RECEITAS	20,3%	20,9%	20,8%	0,6%	-0,1%	0,4%
44 - INVESTIMENTOS	3,6%	3,7%	6,6%	0,1%	2,9%	3,0%
45 - INVERSÕES FINANCEIRAS	0,9%	1,4%	2,8%	0,4%	1,4%	1,8%
46 - AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	3,4%	1,7%	3,3%	-1,7%	1,5%	-0,1%
44 - INVESTIMENTOS + 45 INVERSÕES FINANCEIRAS	4,5%	5,1%	9,3%	0,5%	4,3%	4,8%
32 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA + 46 AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	8,7%	3,1%	7,3%	-5,7%	4,2%	-1,4%
Total Geral	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração própria)

Desse modo, tanto as despesas com os servidores ativos quanto os inativos concorreram conjuntamente para explicar o menor patamar histórico do Grupo Pessoal e Encargos Sociais na série 2010-2021 (**Tabela 19**). Esses dois efeitos explicam o desempenho das Despesas com o Grupo Pessoal e Encargos Sociais que agiram no fortalecimento do cenário extraordinário das finanças paulistas no biênio da pandemia, congelando parte considerável do orçamento e, em decorrência, desobrigando fontes consideráveis de receitas.

Além da retomada do pagamento da Dívida Pública em 2021, que fez elevar o patamar de comprometimento de 3,1% do ano anterior para 7,3% (**Tabela 23**), os Investimentos e Inversões Financeiras foram os Grupos com maior crescimento proporcional em 2021 (98,3 e 128,2%, respectivamente).

A conjuntura de 2021 foi francamente favorável à retomada das funções regulares do estado. Crescimento total de despesas de 11,7% com congelamento dos salários e seguida de um ano anterior em que foram acumuladas reservas de caixa. No entanto, os esforços com a pandemia caíram em relação a 2020. A análise da despesas com Saúde será tratadas na seção seguinte.

4.5. Evolução da Saúde na década e durante a pandemia

Essa seção analisará as despesas com Saúde para a década e em que medida as despesas de 2020 e 2021 se configuraram em tendência ou ruptura com o período anterior. Conforme o **Tabela 24**, o ano de 2020 teve um crescimento das despesas com a função Saúde para o Estado de São Paulo, seguido de recuo em 2021, embora ainda acima da média histórica anterior à pandemia.

As tabelas abaixo indicam que em 2020 tivemos o maior valor real da série, ultrapassando os R\$ 31,1 bilhões com a função Saúde, um crescimento real de R\$2,3 bilhões em relação a 2019, tudo a preços de 2021. Diferente da agregação em Grupos de Despesa para a totalidade do Governo, no caso da Saúde as nuances ficam mais evidentes, principalmente dos recortes entre o agrupamento Pessoal e Encargos Sociais e Outras Despesas Correntes.

A participação do Grupo Pessoal e Encargos em 2019 que até então estava em sua mínima histórica para a década, com participação de 23,1% das despesas totais com Saúde, atinge 20% em 2020 e 19,1% em 2021. Entre 2010 e 2019 o peso de Pessoal e Encargos Sociais caiu 3,2 pontos percentuais, mesma magnitude observada para 2020, com a queda de 3,1 pontos percentuais (**Tabela 25**).

Tabela 24. Despesas da Função Saúde por Grupo de Despesa. R\$ mi de 2021.

	2010	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2019 - 2020	2020 - 2021	2010 - 2019	2010 - 2020	2010 - 2021
31 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	7.319	7.475	7.213	6.890	6.644	6.214	5.678	-429,9	-535,9	-675,6	-1105,5	- 1.641
32 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	0	9	10	22	64	37	46	-26,9	8,8	64,1	37,2	46
33 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	19.336	19.887	20.513	21.008	21.284	23.856	22.303	2572,9	-1553,5	1947,9	4520,8	2.967
44 - INVESTIMENTOS	1.141	703	1.147	1.064	782	929	1.534	147,0	605,8	-359,1	-212,1	394
45 - INVERSÕES FINANCEIRAS	68	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-68,2	-68,2	- 68
46 - AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	2	5	5	5	33	81	114	48,3	32,8	31,2	79,5	112
Total Geral	27.866	28.078	28.888	28.989	28.806	31.118	29.675	2311,4	-1442,1	940,3	3251,7	1.810

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração própria)

Tabela 25. Despesas da Função Saúde por Grupo de Despesa. % Total.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
31 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	26,3%	25,4%	26,6%	26,7%	27,9%	28,7%	26,6%	25,0%	23,8%	23,1%	20,0%	19,1%
32 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%
33 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	69,4%	71,0%	69,4%	68,7%	68,0%	69,1%	70,8%	71,0%	72,5%	73,9%	76,7%	75,2%
44 - INVESTIMENTOS	4,1%	3,6%	4,0%	4,3%	4,0%	2,2%	2,5%	4,0%	3,7%	2,7%	3,0%	5,2%
45 - INVERSÕES FINANCEIRAS	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
46 - AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%	0,4%

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração própria)

O movimento oposto se deu com o Grupo Outras Despesas Correntes, que para o período saltou sua participação de 69,4% em 2010 para mais de três quartos do total, com expressivos 76,7% (**Tabela 25**) em 2020, sendo uma ampliação de 2,8% somente para o ano da pandemia. O recuo em 2021 ainda redundou em um patamar acima da média histórica da década de 2010.

Assim, do crescimento de R\$ 3,2 bilhões da função Saúde no período entre 2010 e 2020, temos uma distribuição desigual, com o crescimento de mais de R\$ 4,5 bilhões do Grupo Outras Despesas em contraste com a perda de mais de R\$1,1 bilhão do Grupo Pessoal e Encargos. Essa síntese explica a quase totalidade dos movimentos observados no Orçamento da Saúde do Estado de São Paulo para a década de 2010 e 2020, da transferência de recursos das despesas com pessoal para os demais grupos de despesa, principalmente Outras Despesas Correntes.

Conforme relatado anteriormente, é da comparação entre esses Grupos de Despesa e de suas desagregações que possibilitaremos uma maior apreensão dos movimentos contidos no interior do Orçamento da Saúde. Uma desagregação entre os elementos de despesa já aponta que as despesas relativas à manutenção dos serviços de saúde perderam participação ao passo que as correlatas despesas com a contratualização ampliaram seu peso no orçamento global.

Retomando as Categorias Contratos e Servidores e CLT como parâmetros, a análise mais detida dos elementos de despesa que a compõe se dará através da desagregação através dos subelementos de despesa. Na seção específica sobre a metodologia de construção das Categorias foi indicado as limitações que o pareamento gerava na utilização do potencial da base de dados dos estados. Aqui se fará o movimento contrário, abrindo para cada estado todas as possibilidades de desagregação. Assim, a partir da exploração dos resultados do capítulo 4 será realizado a desagregação dos elementos de despesa mais representativos das Categorias de despesa referente aos servidores e à contratualização para adicionar nuances à análise do orçamento de saúde de São Paulo para o período proposto.

Diferente do Elemento de Despesa que é um agrupamento de despesa padronizado para todo os entes federativos do Brasil, o subelemento⁷¹ de despesa não é

⁷¹ As bases paulistas indicam Item de Despesa e não Subelemento de Despesa para essa classificação orçamentária. Preservamos o nome contido no Manual Federal.

homogêneo entre as unidades federativas, incluindo diferenças entre municípios vizinhos. Assim, a análise centra-se no trabalho de interpretação literal dessas despesas a partir do nome dado pelos estados em Portarias⁷². Como os Subelementos de Despesa estão contidos nos Elementos de Despesa, sua utilização não prejudica o acúmulo até agora obtido, antes pelo contrário, permite avançar no entendimento das especificidades dessas despesas.

Pelo lado da Categoria Servidores e CLT, temos que os Subelemento de Despesa reforçam a junção dos Elementos de Despesa no entendimento de comporem o que seria as despesas públicas com os servidores públicos permanentes e celetistas que compõem o corpo de funcionários que estruturam a Saúde Pública.

Vemos que o Elemento de Despesa 11 – Vencimentos e Vantagens Fixas – Pessoal Civil é composto por salários, décimo-terceiro salário, adicional de férias, abono permanência e abono pagos pelo DDPE (Departamento de Despesa do Pessoal do Estado) ou pela Unidade Administrativa. É difícil estabelecer uma análise a respeito, embora se note uma proporcionalidade entre as despesas ao longo dos anos cobertos, como se espera na observação de despesas com salários e demais direitos. Observando os desdobramentos do Elemento Obrigações Patronais, temos a observação da participação dos celetistas nas despesas da Categoria *Servidores e CLT*, figurando expressamente em alguns Itens de Despesa.

A desagregação por Itens de Despesa atende mais a consolidar a constituição da *Categoria Servidores e CLT*, na medida em que detalha a composição das despesas dos Elementos de Despesa que a compõem por rubricas vinculadas às despesas com o corpo de servidores e funcionários celetistas alocados na Função Saúde, reforçando as hipóteses de construção dessas Categorias.

⁷² Em São Paulo, o [Portal](#) da Secretaria de Planejamento concentra as Portarias atualizadas de classificação orçamentária das despesas. A Portaria Conjunta 9 de 14/12/2018(SÃO PAULO, 2018), atualizada em 20/06/2022, foi a versão utilizada para esse estudo.

Tabela 26. Despesas da Função Saúde desagregada por Elementos e Itens de Despesa. R\$ mi a preços de 2021.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10 - SAUDE	7.183	6.979	7.542	7.757	8.282	8.170	7.332	7.044	6.765	6.415	6.037	5.484
SERVIDORES E CLT	7.183	6.979	7.542	7.757	8.282	8.170	7.332	7.044	6.765	6.415	6.037	5.484
11 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL CIVIL	6.110	6.222	6.512	6.758	7.327	7.164	6.380	6.073	5.801	5.510	5.176	4.561
12 - PESSOAL CIVIL PAGO PELA UNIDADE	2.985	3.025	3.241	3.401	3.916	3.842	3.455	3.213	3.071	2.928	2.744	2.423
11 - PESSOAL CIVIL PAGO PELO DDPE	2.693	2.724	2.732	2.756	2.789	2.729	2.319	2.299	2.207	2.079	1.958	1.714
29 - PESSOAL CIVIL PAGO PELA UNIDADE-13 SALARIO	100	126	165	222	203	204	217	190	155	178	162	145
28 - PESSOAL CIVIL PAGO PELO DDPE-13 SALARIO	208	203	220	210	218	198	187	177	166	157	140	129
31 - PESSOAL CIVIL PAGO PELA UNIDADE-1/3 FERIAS	36	45	51	66	80	71	75	67	83	74	70	72
30 - PESSOAL CIVIL PAGO PELO DDPE - 1/3 FERIAS	64	62	66	65	65	61	59	57	54	40	45	42
36 - ABONO DE PERMANENCIA	26	36	38	39	54	51	59	59	52	38	43	33
37 - LICENCA PREMIO - PESSOAL CIVIL	0	0	0	0	3	10	9	11	13	16	13	2
13 - OBRIGAÇÕES PATRONAIS	1.072	757	1.029	999	955	1.006	951	971	964	906	861	924
23 - PREVIDENCIA SOCIAL/PESSOAL CLT	575	359	544	451	481	470	475	517	518	468	454	460
13 - FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVICO	248	171	226	242	224	224	220	212	196	195	169	210
12 - OUTRAS CONTRIBUICOES DE PREV.SOCIAL	170	183	169	183	197	227	178	162	170	158	149	138
22 - PARCELAM.DE DEBITOS JUNTO A PREV.SOCIAL	27	25	46	92	40	59	63	66	65	69	74	69
24 - PREVIDENCIA SOCIAL/PESSOAL COMISSIONADO	38	4	27	15	6	10	1	1	1	2	3	34
20 - OUTRAS CONTRIB.PREV.SOCIAL-13 SALARIO	8	9	11	10	1	10	9	8	9	9	8	9
21 - FGTS-13 SALARIO	6	5	7	7	7	6	6	5	5	5	5	4

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração própria)

A maior contribuição dessa desagregação é para a *Categoria Contratos*, pois sua composição é mais heterogênea e abrangente em termos de nomeação de tipos de despesa. Retomando a composição da *Categoria Contratos* por Elementos de Despesa apresentado na **Tabela 14**, a somatória entre 39 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica, 43 – Subvenções Sociais e 30 – Material de Consumo representava 94,1% do total da contratualização e 68,9% das despesas com a Função Saúde para o ano de 2021.

Tratando dos subelementos de despesa de Outros Serviços de Terceiros (cod. 39), temos o peso crescente da contratualização via Organizações Sociais⁷³. Saltando do patamar de R\$ 4,1 bilhões em 2010 para R\$ 5,8 bilhões em 2021, tendo alcançado 6,6 bilhões de reais a preços de 2021 no primeiro ano da pandemia. O subelemento 77 – Convênios com Entidades Privadas sem fins lucrativos apresenta um rol de contratos que se aproxima das Organizações Sociais, dado que são entidades da mesma natureza.

Completando a contratualização que se estabelece através de instituições não privadas, o subelemento de despesa 74 – Serviços de Saúde intui uma parceria com municípios na transferência de responsabilidade na contratação de serviços privados. As demais despesas sugerem a contratualização com instituições privadas, fornecedoras de bens (alimentos etc.) e serviços (manutenção de imóveis, lavanderia etc.) .

⁷³ Embora esse subelemento represente esses contratos, na seção seguinte apresentaremos outra forma de acompanhar essas despesas de forma a depurar com mais acuidade as instituições contratadas.

Tabela 27. Composição do Elemento de Despesa 39 por Subelementos de Despesa. R\$ mi de 2021.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10 - SAUDE	27.866	28.067	28.829	29.504	30.143	29.153	28.078	28.888	28.989	28.806	31.118	29.675
CONTRATOS	18.257	18.648	19.103	19.496	19.690	19.264	19.202	19.762	20.246	20.723	23.182	21.719
39 - OUTROS SERV. DE TERCEIROS- P.JURÍDICA	6.663	6.834	7.877	8.406	7.885	8.587	8.805	9.388	9.716	9.835	10.340	9.576
75 - CONTRATOS DE GESTAO-LEI COMPLEMENTAR 846/98	4.101	4.513	5.033	5.684	4.993	4.967	5.187	5.914	6.153	6.441	6.613	5.843
46 - SERVICOS MEDICOS,HOSPITALARES E ODONTOLOGICO	325	325	404	374	869	950	954	982	1.069	975	1.099	1.007
99 - OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS	758	777	826	737	237	239	259	326	276	176	174	170
01 - TRANSFERENCIAS PARA SERVICOS	71	104	127	266	484	252	510	360	497	480	764	958
77 - CONVÊNIOS C/ENTID.PRIVADAS S/FINS LUCRATIVOS	-	-	-	-	-	893	582	397	434	450	455	414
74 - SERVICOS SAUDE - GESTAO MUNICIPIOS-PRIVADOS	320	293	275	260	256	237	193	196	140	191	130	107
06 - VALE-REFEICAO/ALIMENT. A SERV/EMPREGADOS	126	124	184	205	198	162	197	180	224	222	205	180
70 - FORNEC.ALIMENT.PREPARADA- HOSPITALAR	112	122	120	112	108	128	140	137	122	119	103	121
79 - CONSERVACAO E MANUTENCAO DE IMOVEIS	-	-	-	-	144	137	148	168	166	169	173	186
80 - CONSERV.MANUTENC.DE BENS MOVEIS E EQUIPAMENT	102	96	111	212	79	78	81	88	91	88	93	82
41 - SERVICIO DE LAVANDERIA	75	88	85	87	69	80	80	80	81	84	83	82
OUTROS	673	391	711	470	449	464	473	559	463	440	448	426

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração própria)

Tabela 28. Composição dos Elementos de Despesa 43 e 30 por Subelementos de Despesa. R\$ mi de 2021.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
43 - SUBVENÇÕES SOCIAIS	6.148	6.570	6.349	6.487	7.038	6.277	6.455	5.932	6.030	6.089	7.725	7.018
80 - SERVIÇOS DE SAÚDE-GESTÃO MUNICÍPIOS-ENTIDADE	3.580	3.953	3.909	4.164	4.021	3.542	3.512	3.555	3.529	3.755	4.119	3.875
90 - OUTRAS SUBVENÇÕES SOCIAIS	845	922	872	1.091	1.600	1.685	1.991	1.293	1.288	1.188	2.322	1.761
76 - SANTAS CASAS / 76 - SUBVENÇÕES A ENTIDADES DE SAÚDE *	671	652	679	580	869	596	532	632	729	660	738	682
79 - CONVENIOS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	960	692	321	265	289	229	195	212	211	200	245	216
74 - CONV.C/UNIV.E FACULD.S/FINS LUCRATIVOS	90	351	568	388	257	224	224	238	273	286	301	261
OUTROS	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	-	223
30 - MATERIAL DE CONSUMO	4.575	4.290	3.909	3.815	3.967	3.549	3.125	3.346	3.374	3.450	3.917	3.845
30 - MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACEUTICOS	3.164	2.855	2.488	2.310	2.519	2.213	1.749	1.643	1.541	1.514	1.327	1.499
31 - MATERIAL MEDICO,HOSPITALAR E ODONTOLOGICO	801	857	832	884	650	554	562	580	537	538	761	558
01 - TRANSF.PARA MATERIAL DE CONSUMO	107	137	190	165	180	160	147	169	277	266	739	631
35 - MEDICAMENTOS FORNECIDOS POR DECISÃO JUDICIAL	-	-	-	-	-	-	90	393	444	542	520	589
10 - GENEROS ALIMENTICIOS	194	182	180	219	215	239	196	199	177	185	148	150
32 - MATERIAL DE USO LABORATORIAL	-	-	-	-	181	185	190	167	167	169	180	187
90 - OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	185	149	113	140	35	25	18	14	13	11	12	10
OUTROS	123	109	105	96	187	173	172	179	217	226	230	220

* Fusão dos Itens 76 – Santa Casa e 76 – Subvenções a Entidades de Saúde

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração própria)

Completando a contratualização que se estabelece através de instituições não privadas, o subelemento de despesa 74 – Serviços de Saúde intui uma parceria com municípios na transferência de responsabilidade na contratação de serviços privados. As demais despesas sugerem a contratualização com instituições privadas, fornecedoras de bens (alimentos etc.) e serviços (manutenção de imóveis, lavanderia etc.).

O elemento de despesa 43 – Subvenções que conforme o **Quadro 7** destina a contratualização de entidades sem fins lucrativos possui como principal rede de beneficiários os municípios e entidades filantrópicas (Subelemento 80 – Serviços de Saúde), um grupo genérico de marcador (90 - Outras Subvenções Sociais), Santas Casas, Organizações Sociais e Universidades e suas Fundações (subelementos 76, 79 e 74 respectivamente).

A concentração dos recursos nos municípios adensa o argumento já contido no parágrafo anterior de que a contratualização paulista se dá através de parcerias com instituições não privadas. Se para o elemento de despesa 39 – Outros Serviços de Terceiros eram as Organizações Sociais as instituições prioritárias, a despeito de as mesmas aparecerem aqui, são os municípios que concentram os recursos das 43- Subvenções Sociais. No entanto, a distribuição de recursos variou menos para os municípios ao longo de todo esse período, com a máxima de R\$ 4,1 bilhões de 2013 tendo sido alcançada no primeiro ano da pandemia.

O elemento de despesa 30 – Material de Consumo reflete por excelência a forma de contratualização mais antiga entre todas, por condensar a aquisição de bens. A descrição dos subelementos de despesa traduz essa característica: medicamento e insumos hospitalares, material médico, hospitalar e odontológico, entre outros. Outra característica fundamental nesse elemento que qualifica a observação da contratualização reside no seu paradoxo, já debatido na seção metodológica.

Esse paradoxo decorre do fato de a despeito de ser uma despesa via contratualização, esse elemento de despesa serve como indicador da terceirização às instituições parcerias da prerrogativa de compra dos materiais de consumo na saúde. Isso pois ao se contratualizar um serviço médico, subjaz

a escolha por não se ampliar a estrutura própria em favor de outrem e as modalidades embutem no valor o consumo de material, onde se remunera por procedimento médico.

Desse modo, a observação da trajetória de 30 – Material de Consumo, a única série com queda no período, embora com ligeira recuperação durante a pandemia, indica a perda de participação das compras próprias, fonte de insumos para as unidades próprias. Destaque para a aquisição de medicamentos e de insumos farmacêuticos, cuja trajetória em queda linear e constante, representa esse movimento geral.

Os subelementos de despesa qualificam a abordagem da contratualização e dão densidade às Categorias de despesa com Saúde. Para o estado de São Paulo, a observação dos subelementos que compõem os 3 principais elementos de despesa da contratualização aponta para a centralidade que as instituições filantrópicas (Santas Casas, Organizações Sociais e Fundações), Universidades e municípios possuem na distribuição de recursos. As empresas privadas participam desse fenômeno de forma subsidiária.

O capítulo seguinte visa dar unidade a esses dois polos, as classificações orçamentárias e as instituições que efetivam a contratualização da assistência em saúde no estado de São Paulo, apontando-as quanto ao orçamento recebido e sua relação com a política orçamentária paulista.

CAPÍTULO 5. Perfil das Instituições Contratadas no estado de São Paulo

Esse capítulo busca explorar o potencial das bases de dados no que tange as instituições contratadas pelo estado de São Paulo. Embora existam limitações consideráveis a respeito da continuidade dessa base para o longo período analisado, com relativo esforço analítico é possível traçar um padrão da contratualização para o estado de São Paulo. Para essa seção foi analisado o período entre 2018 e 2021 por motivo de melhor padronização das instituições contratadas e principalmente das categorias de subelemento de despesa que possuem agregadores com mesmo código e nome nesse quadriênio.

Em termos sintéticos podemos afirmar que a particularidade do estado de São Paulo é de se apoiar crescentemente na contratualização através do setor não privado, especialmente entidades filantrópicas (considerando aqui Santas Casas, hospitais de instituições religiosas e OS) e Fundações vinculadas às Universidades Públicas. Outra forma de contratualização ocorre pelo peso crescente dos repasses aos Fundos Municipais de Saúde, especialmente após o início da pandemia.

Pode-se constatar dois pontos comuns entre a contratualização crescente observada com as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e com os repasses para os Fundos municipais: em primeiro lugar refletem que o estado pretere a oferta direta de serviços, ou seja, a consolidação de aparelhos públicos e próprios em oposição à contratação de terceiros e, em segundo lugar, ambas fragilizam a consolidação de um funcionalismo estadual de profissionais de saúde.

Até o presente momento, esse documento apontou para a oposição entre a contratualização e os servidores e celetistas que compõe o funcionalismo estadual da saúde. Agora o objetivo é apresentar como os recursos voltados à contratualização assume formato, quanto a sua composição, instituições contratadas e mobilizadas na constituição de uma rede de assistência em saúde em todo o estado.

A análise que segue foi organizada a partir da Categoria Contratos, criadas na seção de metodologia (capítulo 3). Primeiro foram tratadas as maiores instituições contratadas, analisando seu desempenho durante o último quadriênio. Logo após, foram segmentadas as instituições entre Santas Casas, Fundações ligadas às Universidades, Organizações Sociais e, por fim, os Fundos Municipais de Saúde e Prefeituras. Por fim foram tecidas considerações gerais sobre o perfil geral da contratualização paulista.

5.1. Santas Casas

As Santas Casas são as estruturas mais longevas do sistema brasileiro de saúde e remetem ao período das primeiras tentativas colonizadoras⁷⁴. Constituídas como obras de caridade durante o período colonial, sua permanência até os dias atuais indica uma capacidade de adaptação às conjunturas políticas e econômicas.

No estado de São Paulo, as Santa Casas possuem desde 2016 uma ação de governo⁷⁵ específica chamada Santas Casas Sustentáveis (código 6221). Embora o nome indique um programa governamental de suporte às Santas Casas, a descrição da ação apresenta uma política que se estende às demais entidades filantrópicas e municípios.

Figura 4. Descrição da ação de governo 6221 - Santas Casas Sustentáveis para o ano de 2021.

AÇÃO		
10.302.0930.6221	SANTAS CASAS SUSTENTÁVEIS	316.237.570
PRODUTO:	APOIO FINANCEIRO A MUNICÍPIO E ENTIDADE FILANTRÓPICA P/MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	
INDICADOR DE PRODUTO:	NÚMERO DE ENTIDADES FILANTRÓPICAS BENEFICIADAS (unidade)	
META:	130	
DESCRIÇÃO:	Aperfeiçoamento e qualificação do acesso a serviços de média e alta complexidade mediante apoio financeiro a entidades filantrópicas, por meio do Programa Santas Casas Sustentáveis e Pró Santas Casas.	

Fonte: LOA SP 2021

A execução orçamentária dessa ação desde sua criação em 2016 indica valores em termos reais, a preços de 2021, relativamente estáveis. Na imagem acima, retirada da LOA 2021, o valor previsto com a ação para o ano de 2021 era de R\$

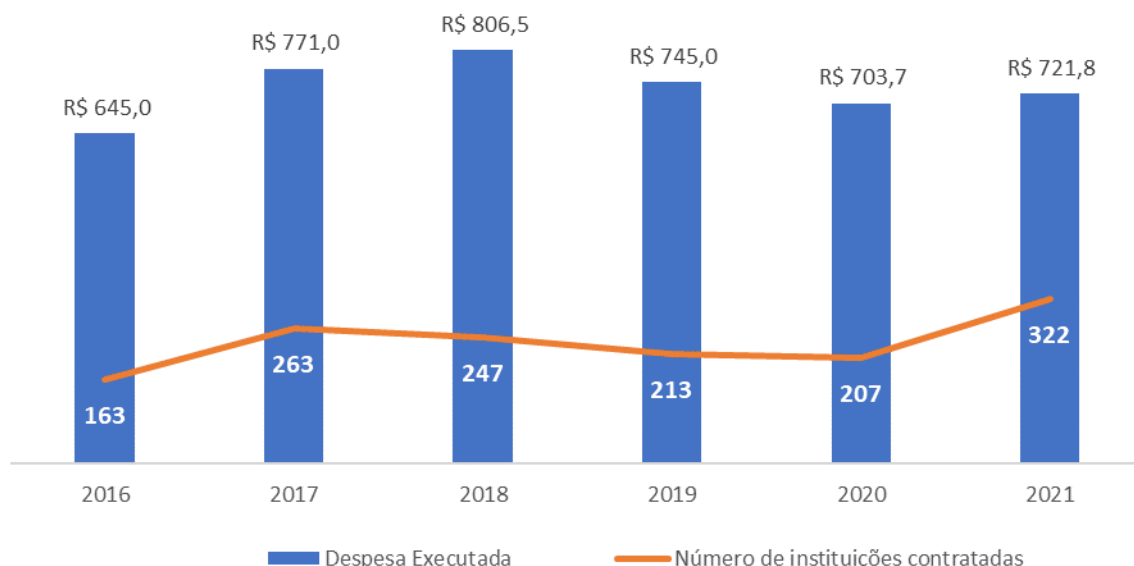
⁷⁴ “As mais antigas Santas Casas foram instaladas logo após o descobrimento e nas primeiras vilas criadas no litoral brasileiro, como por exemplo Salvador, Santos e Rio de Janeiro. Em função disso, o foco inicial de atendimento dessas Santas Casas era evitar as doenças trazidas por marinheiros que chegavam aos portos brasileiros - principal preocupação de “saúde pública” da época” (OLIVEIRA; NETO; DONADONE, 2022, p. 3).

“A primeira Santa Casa foi fundada em 1543 por Brás Cubas em São Vicente com colaboração de moradores. Outras misericórdias foram surgindo: Salvador em 1549, Espírito Santo em 1551, Olinda e Ilhéus na década de 1560, Rio de Janeiro em 1582” (LAPREGA, 2015, p. 59).

⁷⁵ Ações de Governo são criadas pelos Governos eleitos no Plano Plurianual. Desse modo, são classificações de despesa circunscritas aos governos. A permanência dessa ação de governo voltadas às Santas Casas desde 2016, cobrindo, portanto, dois governos sucessivos até 2021 indica o prestígio dessas instituições.

316,2 milhões, menos da metade do valor executado de R\$ 721,8 milhões⁷⁶, o que indica um prestígio dessas instituições, dado que o governador é o responsável pela abertura de créditos adicionais. Por outro lado, se a meta era de oferecer suporte financeiro a 130 instituições, a contagem de instituições beneficiadas ficou em 322 registros (**Figura 5**).

Figura 5. Orçamento executado e número de instituições cadastradas da ação de governo 6221 – Santas Casas Sustentáveis. R\$ mi a valores de 2021



Fonte: Portal da Transparência (Elaboração própria)

Selecionando as 20 entidades filantrópicas com maior orçamento em 2021 e acompanhando-as ao longo do período entre 2016 e 2021, temos pequenas variações. As dez instituições mais bem ranqueadas em 2021 estão na mesma posição para 2020 e 2019. Para 2018, as 9 primeiras sem mantêm, ocorrendo alteração entre as posicionadas em 10^a e 11^a. Abaixo desse patamar existe uma maior troca de posições dado a melhor proximidade dos orçamentos das instituições (Tabela 29).

⁷⁶ A LOA aprova o orçamento previsto para as ações de governo. No decorrer do exercício o governo pode abrir créditos adicionais ou executar valores inferiores à previsão, dentro de uma margem definida no texto da Lei.

A observação das instituições traz outro elemento curioso, a segunda e terceira instituições, a saber, a FUNFARME (Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto) e a Fundação Pio XII, não são Santas Casas, mas uma Fundação de origem universitária⁷⁷ e uma Fundação vinculada ao Hospital Filantrópico⁷⁸, respectivamente (Tabela 29).

Tabela 29. Orçamento e ordem decrescente das vinte maiores instituições contratadas para ação de governo 6221 – Santas Casas Sustentáveis. R\$ mi de 2021.

	2018		2019		2020		2021	
	Posição	R\$ mi	Posição	R\$ mi	Posição	R\$ mi	Posição	R\$ mi
62779145000190 - IRMANDADE STA CASA MISERICORDIA SAO PAULO	1º	157,6	1º	162,5	1º	155,0	1º	143,2
60003761000129 - FUNDACAO FAC.REG.MED.SJ.RIO PRETO-FUNFARME	2º	43,1	2º	65,2	2º	59,4	2º	56,2
49150352000112 - FUNDACAO PIO XII	3º	26,3	3º	37,9	3º	38,1	3º	41,5
47969134000189 - FUNDACAO SANTA CASA MISERICORDIA FRANCA	4º	8,9	4º	31,0	4º	32,1	4º	30,2
58198524000119 - IRMAND.DA SANTA CASA DE MISERICORDIA SANTOS	5º	19,2	5º	25,0	5º	25,4	5º	25,4
43751502000167 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARACATUBA	6º	15,1	6º	23,7	6º	24,7	6º	23,4
51473692000126 - IRM. STA CASA MIS. LIMEIRA	7º	13,4	8º	20,7	7º	21,1	7º	21,5
47074851000819 - FUNDACAO PADRE ALBINO - HOSP. PADRE ALBINO	8º	12,9	7º	20,8	8º	20,9	8º	19,3
60742616000160 - CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	9º	11,9	9º	17,5	9º	15,5	9º	15,0
43964931000112 - IRM.STA CASA MIS.ARARAQUARA	11º	9,4	10º	15,6	10º	14,6	10º	14,4
52049244000162 - IRM. STA CASA MIS. DE MARÍLIA	10º	9,4	11º	14,4	11º	13,3	11º	13,4
59610394000142 - IRMAND.S.CASA MISER. DE SAO CARLOS	12º	9,2	12º	14,2	13º	13,2	12º	13,1
48697338000170 - ASSOC. SANTAMARENE DO BENEFICENCIA DO GUARUJA	16º	6,9	14º	12,8	15º	10,6	13º	12,3
72957814000120 - IRM.STA.CASA MIS.VOTUPORANGA	21º	5,0	13º	13,1	12º	13,2	14º	12,2
54370630000187 - IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA PIRACICABA	18º	4,7	15º	11,3	14º	10,7	15º	11,3
46020301000269 - SOCIEDADE CAMPINEIRA	52º	1,4	45º	3,3	45º	3,4	16º	11,1
71485056000121 - IRM. STA CASA MIS. SOROCABA	35º	2,9	21º	9,0	21º	9,0	17º	10,5
55989784000114 - SOCIEDADE BENEF STA CASA DE MISERIC RIB PRETO	19º	4,8	16º	10,9	18º	10,0	18º	10,4
54384631000261 - ASSOCIACAO DOS FORNEC.DE CANA DHOSP AUXILIAR	17º	4,9	17º	10,7	20º	9,6	19º	10,2
53412144000111 - SOCIEDADE SANTA CASA DE MIS. DE OURINHOS	14º	5,1	18º	10,3	16º	10,4	20º	9,5

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração própria)

Tabela 30. Concentração dos recursos para ação de governo 6221 – Santas Casas Sustentáveis. R\$ mi a preços de 2021.

	2018		2019		2020		2021	
	R\$ mi	%	R\$ mi	%	R\$ mi	%	R\$ mi	%
6221 - SANTAS CASAS SUSTENTAVEIS	806,5	100,0%	745,0	100,0%	703,7	100,0%	721,8	100,0%
Top 5	327,1	40,6%	321,6	43,2%	310,0	44,0%	296,5	41,1%
Top 10	429,7	53,3%	419,9	56,4%	406,7	57,8%	390,1	54,0%
Top 20	555,6	68,9%	536,7	72,0%	517,8	73,6%	504,1	69,8%

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração própria)

⁷⁷ <https://www.hospitaldebase.com.br/historia-hb>

⁷⁸ <https://hospitaldeamor.com.br/site/tag/fundacao-pio-xii/>

A despeito de alcançar centenas de Instituições com tendência de aumento, a maior parte dos recursos permanece concentrada nas dez maiores instituições, como ilustra Tabela acima.

A ação de governo 6221 – Santas Casas Sustentáveis é um exemplo de marcador de política pública voltada à essas instituições, embora o nome não reflita exatamente as instituições abarcadas, incorporando demais instituições de caráter filantrópico. Embora sirva como marcador clássico de mensuração de políticas voltadas a determinadas instituições, a base de dados de execução orçamentária permite outro mecanismo de busca que é através dos nomes (razão social) indicados entre os credores dos valores executados⁷⁹.

Pode-se observar essa possibilidade na Tabela 29, onde constam inúmeras Santas Casas entre as maiores instituições da ação de governo 6221 – Santas Casas Sustentáveis. A grafia nem sempre é homogênea, uma vez que depende dos agentes que realizam os lançamentos nas bases, no entanto, é possível, através de mecanismos simples, cobrir o maior número de possibilidades.

Realizando buscar por outras formas de grafias de Santa Casas, por exemplo “Sta Casa”/ “S. Casa”, temos um cenário mais abrangente em números de instituições e principalmente do orçamento total executado. Isso se dá por três razões. A primeira é que a ação de governo 6221 – Santas Casas Sustentáveis enseja apenas os contratos dessa modalidade, voltados ao saneamento fiscal das entidades filantrópicas. A segunda razão é que as Santas Casas como instituição local é entrecortada por interesses políticos regionais e mobilizam inúmeras frentes de captação de recursos, entre os quais convênios de outras naturezas por intermédio de prefeitos influentes junto ao governo estadual e, principalmente, de bancadas de deputados estaduais. A terceira é que muitas Santas Casas são habilitadas como Organizações Sociais e rede contratada ambulatorial e hospitalar, vínculos com outros marcadores que a da ação de governo.

⁷⁹ A base de São Paulo chama essa coluna de dados de Credores. Nesse estudo optamos por instituições contratadas.

Para a pesquisa por palavras-chave foram utilizados os seguintes termos: “SANTA CASA”, “STA CASA”, “STA.CASA”, “STA.C.” e “S.CASA”. Muitas razões sociais não utilizam o termo Santa Casa ou similares e isso pôde ser identificado em exemplos pesquisados aleatoriamente, como a Irmandade Hospital Francisco Rosas que se trata da Santa Casa de Misericórdia de Pinhal⁸⁰. Essa é uma limitação desse mecanismo que subestima o tamanho das Santas Casas.

A despeito da inexistência de uma base completa das Santas Casas do estado de São Paulo para que fosse realizado os cruzamentos com as instituições contratadas pelo governo, a pesquisa por palavras-chave apontou um valor total de praticamente o dobro da ação de governo 6221 – Santas Casas Sustentáveis, com média de R\$ 1,4 bilhão para o quadriênio 2018-2021 (Tabela 31).

Tabela 31. Vinte maiores orçamentos (a preços de 2021) de Santas Casas.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
62779145000190 - IRMANDADE STA CASA MISERICORDIA SAO PAULO	373,6	411,8	452,3	416,5	1.654,2
47969134000189 - FUNDACAO SANTA CASA MISERICORDIA FRANCA		117,8	138,1	139,8	395,6
43751502000167 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARACATUBA	96,1	87,0	99,2	105,2	387,6
45186053000187 - IRM STA CASA MIS DE S J CAMPOS	56,8	55,8	70,2	58,9	241,7
55344337000108 - IRMA. STA CASA MISERICORDIA DE PRES. PRUDENTE	57,0	55,4	58,5	57,9	228,8
72957814000120 - IRM.STA.CASA MIS.VOTUPORANGA	48,4	50,7	66,0	60,7	225,8
60975737006869 - SOC.BENEF.SAO CAMILO SANTA CASA ITU	57,7	59,3	54,3	0,0	171,4
59981712000181 - IRM.STA.CASA MIS.S.J.RIO PRETO	31,3	32,7	38,6	44,0	146,6
45383106000150 - IRMANDADE DA STA.CASA DE MISE.DE BIRIGUI	10,8	32,8	79,4	0,1	123,0
47844287000108 - IRM.STA.CASA MIS. FERNANDOPOLIS	28,9	25,2	31,5	33,3	118,9
72547623000190 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TUPA	24,0	27,4	31,2	35,4	118,0
58198524000119 - IRMAND.DA SANTA CASA DE MISERICORDIA SANTOS	28,8	25,6	27,3	34,1	115,8
51473692000126 - IRM. STA CASA MIS. LIMEIRA	32,3	24,2	21,8	25,1	103,4
50565936000138 - IRMANDADE STA CASA DE MISERICORDIA DE JALES	17,7	19,9	23,2	22,3	83,0
53412144000111 - SOCIEDADE SANTA CASA DE MIS. DE OURINHOS	20,8	20,2	16,2	14,9	72,2
43964931000112 - IRM.STA.CASA MIS.ARARAQUARA	20,2	17,6	17,3	16,9	72,0
52049244000162 - IRM. STA CASA MIS. DE MARÍLIA	18,0	14,5	14,6	15,6	62,8
43535210000197 - IRMANDADE SANTA CASA DE ANDRADINA	13,4	15,3	14,9	18,2	61,9
59610394000142 - IRMAND.S.CASA MISER. DE SAO CARLOS	17,1	14,8	13,5	14,5	59,8
43667179000148 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE APARECIDA	13,6	13,4	14,1	18,0	59,0
TOTAL	1.235,5	1.413,8	1.555,1	1.421,6	5.626,0

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Assim como no caso anterior, a distribuição dos recursos foi relativamente estável no último quadriênio, com pouca variação entre as instituições líderes e de seus orçamentos em termos reais (Tabela 31). No entanto, a concentração

⁸⁰ <http://hfrosas.com.br/site/>

apresenta-se maior nesse recorte que ao anterior, relativo à ação de governo 6221 – Santas Casas Sustentáveis. Tem-se aqui que as 5 maiores instituições responderam a mais de 50% das despesas totais e as 20 maiores respondendo a 80%, considerando todo o período analisado.

A líder Santa Casa de São Paulo respondeu a quase 30% do orçamento total, com média de R\$ 413,5 milhões anuais entre 2018 e 2021, média quatro vezes maior que as segunda e terceira colocadas, que contaram com médias de R\$ 98,9 e R\$ 96,9 milhões.

Tabela 32. Concentração dos recursos para Santas Casas. R\$ mi a preços de 2021.

	2018		2019		2020		2021		2018-2021	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
TOP 1	373,6	30,2%	411,8	29,1%	452,3	29,1%	416,5	29,3%	1.654,2	29,4%
TOP 5	583,6	47,2%	727,7	51,5%	818,3	52,6%	778,3	54,7%	2.907,9	51,7%
TOP 10	760,7	61,6%	928,3	65,7%	1.088,1	70,0%	916,5	64,5%	3.693,6	65,7%
TOP 20	966,6	78,2%	1.121,3	79,3%	1.282,2	82,5%	1.131,4	79,6%	4.501,5	80,0%
TOTAL	1.235,5	100,0%	1.413,8	100,0%	1.555,1	100,0%	1.421,6	100,0%	5.626,0	100,0%

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

A análise das Santas Casas pela razão social comprova a hipótese levantada acima de que essas instituições se inserem de distintas formas no orçamento público, em oposição à ação de governo que as cita nominalmente. O desmembramento dos valores por Elementos de Despesa e por ações de governo evidenciam que a forma de contratualização atende a pelo menos 5 outras grandes ações de governo.

A ação 6221 – Santas Casas Sustentáveis que teve um orçamento de R\$ 721 milhões em sua totalidade, aqui para a seleção por palavras-chave apresenta um orçamento total de R\$ 470 milhões, sugerindo a diferença que corresponde às demais entidades filantrópicas. Dentro do mesmo escopo, a ação de governo 6213 – Subvenções a Entidades Filantrópicas direcionou valores menos constantes, mas não menos importantes, com média anual de R\$ 132,2 milhões e a máxima de quase R\$ 200 milhões em 2020, no primeiro ano da pandemia.

Tabela 33. Despesas com as Santas Casas desagregadas por Elementos de Despesa e ações de governo.

	2018	2019	2020	2021
39 - OUTROS SERV. DE TERCEIROS-P.JURÍDICA	152,2	191,6	179,1	137,9
6239 - ASSISTENCIA SAUDE UNID. CONTRATADAS INTERIOR* / 6239 - ASSISTENCIA SAUDE NA REDE CONTRATADA**	108,1	85,0	98,5	84,9
4852 - ATEND. AMBUL. HOSP. POR ORGANIZACOES SOCIAIS	31,9	81,9	63,6	26,2
5532 - ATEND.AMB.HOSP.SERV.CONTR./CONV.GEST.ESTADUAL		8,0	12,7	23,8
OUTROS	12,3	16,8	4,3	2,9
43 - SUBVENÇÕES SOCIAIS	1.083,1	1.222,1	1.376,0	1.283,5
5532 - ATEND.AMB.HOSP.SERV.CONTR./CONV.GEST.ESTADUAL	493,1	619,5	680,4	654,9
6221 - SANTAS CASAS SUSTENTAVEIS	470,5	494,9	476,5	462,3
6213 - SUBVENCOES A ENTIDADES FILANTROPICAS***/ 6213 - APOIO A ATENCAO BAS. MUNIC. E ENT. FILANTR.****	97,8	84,7	199,6	146,9
OUTROS	21,8	22,9	19,5	19,3
OUTROS ELEMENTOS DE DESPESA	0,2	0,1	0,0	0,2
TOTAL	1.235,5	1.413,8	1.555,1	1.421,6

* Para os anos de 2018 e 2019 e ** para 2020 e 2021

*** Para o ano de 2018 e **** para os demais anos

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Assim como houve um crescimento com as despesas em saúde para a quase totalidade dos estados brasileiros no primeiro ano da pandemia e encolhimento no segundo ano, o mesmo se deu com as Santas Casas. A série histórica mostra a regressão em 2021 a valores quase idênticos aos observados em 2019 com o pico situado no ano de 2020.

A principal ação de governo no que tange o repasse às Santas Casas do estado de São Paulo é a 5532 – Atendimento Ambulatorial e Hospitalar em Unidades contratadas/conveniadas. Essa ação objetiva, segundo a descrição obtida na Lei Orçamentária Anual de 2021 o repasse dos recursos do Ministério da Saúde para atendimento de média e alta complexidade. Essa fonte de recursos representa praticamente metade de todos os recursos transferidos às Santas Casas nesse período analisado.

O peso das ações de governo relativas às Organizações Sociais é bastante diminuto no financiamento público das Santas Casas, evidenciando que essa inovação do código legal brasileiro ainda não foi incorporada.

O desmembramento por elementos de despesa apresenta o papel central das 43 - Subvenções Sociais no direcionamento dos contratos, representando 88,2% do valor total. Revisitando o quadro da constituição do **Quadro 7** da Categoria Contratos, entende-se por Subvenção Social a contratualização com uma instituição filantrópica. A provocação ao então Secretário de Saúde do estado de São Paulo em 2009 na CPI das Santas Casas contribui à elucidação das subvenções sociais.

Como nos informa o Secretário BARRADAS no Ofício aqui já referido, “os hospitais filantrópicos (como as Santas Casas) podem ser vinculados ao SUS por meio de convênios, recebendo recursos do sistema, conforme sua produção de serviços médico-hospitalares.”

Tais recursos, a que se refere o Senhor Secretário são conceituados, no Direito Financeiro, como subvenção. Este tipo de transferência voluntária de recursos do Estado para particulares que prestam, sem fins lucrativos, atividades públicas, como é o caso da saúde, tem previsão legal no art. 12, § 3º da Lei Federal nº 4320/64: subvenções são as transferências destinadas a cobrir despesas de custeio das entidades beneficiadas, sendo subvenções sociais as que se destinem a instituições públicas ou privadas de caráter assistencial ou cultural, sem finalidade lucrativa e subvenções econômicas as que se destinem a empresas públicas ou privadas de caráter industrial, comercial, agrícola ou pastoril. Tais definições encontram-se, também, no Decreto federal nº 93.872/86, artigos 59 e 60. (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2009, p. s/p)

Quadro 8. Descrição de ações de governo selecionadas.

Código e nome da ação de governo	Descrição
6239 - ASSISTENCIA SAUDE UNID. CONTRATADAS INTERIOR	Prestação de atendimento médico, hospitalar, ambulatorial, diagnose e terapia aos usuários do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE em unidades contratadas no Interior.
6239 - ASSISTENCIA SAUDE NA REDE CONTRATADA	Prestação de atendimentos médico, hospitalar, ambulatorial, diagnose e terapia aos usuários do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE em unidades contratadas, com apoio do Ceama - Centro de Atendimento Médico-Ambulatorial.
4852 - ATEND. AMBUL. HOSP. POR ORGANIZACOES SOCIAIS	Atendimento ambulatorial, hospitalar e atividades de apoio em unidades gerenciadas por organizações sociais, por meio de convênios e contratos de gestão.
5532 - ATEND.AMB. HOSP.SERV.CONTR./ CONV. GEST. ESTADUAL	Repasse de recursos do Ministério da Saúde para pagamento da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade pelos serviços conveniados/contratados pelo gestor estadual (Secretaria da Saúde) no Sistema Único de Saúde - SUS.
6221 - SANTAS CASAS SUSTENTAVEIS	Aperfeiçoamento e qualificação do acesso a serviços de média e alta complexidade mediante apoio financeiro a entidades filantrópicas, por meio do Programa Santas Casas Sustentáveis e Pró Santas Casas.
6213 - SUBVENÇÕES A ENTIDADES FILANTRÓPICAS	Desenvolvimento de ações de saúde por meio de convênios/termos aditivos celebrados com entidades filantrópicas
6213 - APOIO A ATENCAO BAS. MUNIC. E ENT. FILANTR.	Promoção de atendimento básico de saúde nos municípios, por meio de apoio técnico e financeiro estadual, com repasse do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais, celebração de convênios/termos aditivos entre o Estado e entidades filantrópicas.
6213 - SUBVENCOES A ENTIDADES FILANTROPICAS	Desenvolvimento de ações de saúde por meio de convênios/termos aditivos celebrados com entidades filantrópicas.

Fonte: LOA 2018 e LOA 2021 (Elaboração própria)

A média de despesas na casa de 1,4 bilhão de reais apresenta um papel relevante das Santas Casas na saúde estadual. Esse valor representa 4,7% da contratualização paulista e 22,1% do tamanho da Categoria Servidores e CLT.

Tabela 34. Orçamentos por categorias e despesas selecionadas.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
Ação 6221 - Santas Casas Sustentáveis	806,5	745,0	703,7	721,8	2.977,0
Santas Casas	1.235,5	1.413,8	1.555,1	1.421,6	5.626,0
Categoria Servidores e CLT	6.866,2	6.621,6	6.228,2	5.668,4	25.384,5
Categoria Contratos	20.246,3	20.722,7	23.182,2	21.719,2	85.870,4
Total Saúde	28.988,8	28.806,1	31.117,5	29.675,4	118.587,8

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Embora não tenham sido expostas todas as instituições envolvidas, dado que a metodologia não consegue cobrir aqueles casos que não constam com nenhuma variação da palavra Santa Casa na razão social, o número de contratos cobertos sugere a presença do governo estadual na imensa maioria das Santas Casas paulistas, espalhadas pela totalidade dos grandes municípios e pela maioria dos menores e de médio porte.

5.2. Organizações Sociais

As Organizações Sociais de saúde (OSS) foram regulamentadas em São Paulo pela Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998. Em seguida, o estado de São Paulo passou a habilitar e a contratualizar a gestão de unidades de saúde. Pelo **Quadro 9** temos que a primeira OSS em São Paulo teve o contrato firmado em 23 de outubro de 1998, pouco mais de 4 meses após a promulgação da Lei e as atividades se iniciaram em 11 de janeiro de 1999.

A nova experiência de gestão do atendimento público de saúde fomentou pesquisas comparativas com o modelo anterior (IBAÑEZ et al., 2001; JUNIOR; ELIAS, 2003; JUNIOR, 2003; SANO; ABRUCIO, 2008). Ibañez et al. (2001) extraíram dados das primeiras experiências de OSS no estado para criar indicadores de produção de serviços, custo e avaliação dos usuários.

Ao término de 2000 já existiam 10 hospitais administrados por OSS. O novo modelo de gestão prontamente foi incorporado por um universo bastante heterogêneo de instituições, desde entidades filantrópicas com experiência de gestão em saúde, como Santas Casas e hospitais ligados à entidades religiosas, passando pelas Universidades Públicas que passaram a operar outras unidades além dos próprios Hospitais Universitários, até alcançar Sindicatos patronais sem referência pretérita na área da saúde.

Quadro 9. OSS/SUS/Hospitais, conforme instituição mantenedora, data da assinatura e do início das atividades.

OSS/SUS	Entidade mantenedora	Contrato	Atividade
OSS/Hospital Grajaú	OSEC – Organização Santamarense de Educação e Cultura	23/10/1998	11/1/1999
OSS/Hospital Itaim	Hospital Santa Marcelina	26/6/1998	5/8/1998
OSS/Hospital Itapecerica	SECONCI – Sindicato da Construção Civil	23/10/1998	4/3/1999
OSS/Hospital Pedreira	Associação C. Santa Catarina	26/6/1998	16/12/1998
OSS/Hospital Carapicuíba	Sanatorinhos	21/10/1998	22/3/1999
OSS/Hospital Pirajussara	UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo	21/10/1998	27/4/1999
OSS/Hospital Guarulhos	Santa Casa de São Paulo	16/12/1999	14/4/2000
OSS/Hospital Itaquaquecetuba	Hospital Santa Marcelina	16/12/1999	24/3/2000
OSS/Hospital Itapevi	Sanatorinhos	28/6/2000	20/9/2000
OSS/Hospital Diadema	UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo	24/8/2000	26/10/2000

Fonte: SES-SP

Fonte: Ibañez et al. (2001, p. 396)

Segundo Júnior (2003), até outubro de 2002 as OSS já eram responsáveis pela gestão de 12 novos hospitais, além da “*Universidade Estadual de Campinas —*

Unicamp, que apesar de não ser qualificada como OSS firmou um contrato de gestão com a Secretaria de Estado da Saúde seguindo o mesmo modelo daquelas instituições” (JUNIOR, 2003, p. 251). A entrada da Unicamp nesse rol de entidades mantenedoras marca a interiorização das OSS.

Segundo o mesmo autor, esse modelo de gestão alcançou 3555 leitos, distribuídos conforme o **Quadro 10**.

Quadro 10. Hospitais gerenciados por meio de contrato de gestão em outubro de 2002.

Hospital	Organização social de saúde	Número de leitos
Itaim Paulista	Casa de Saúde Santa Marcelina	268
Pirajussara	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Escola Paulista de Medicina	350
Guarulhos	Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	333
Carapicuíba	Associação Sanatorinhos	268
Itaquaquecetuba	Casa de Saúde Santa Marcelina	268
Diadema	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Escola Paulista de Medicina	323
Grajaú	Universidade de Santo Amaro	251
Pedreira	Hospital Santa Catarina	253
Itapeçerica da Serra	Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário de São Paulo (Seconci-SP)	197
Itapevi	Associação Sanatorinhos	207
Santo André	Fundação ABC	227
Vila Alpina	Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário de São Paulo (Seconci-SP)	183
Sumaré	Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) (não é OSS)	227
Total		3.355

Fonte: Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde — SES. Data-base: 20-10-2002.

Fonte: Junior (2003, p. 251)

Em que pesem os conflitos⁸¹, entre esse período de consolidação das OSS e as duas décadas seguintes ocorreu a disseminação dessa modalidade de gestão para todo o estado, com ampliação crescente das entidades habilitadas. Ademais, estabelece-se no país instituições com atuação nacional, com reflexos

⁸¹ Em 2008 acontece na Assembleia Legislativa de São Paulo a CPI da Remuneração dos Serviços Médico-Hospitalares, em que a subrelatoria de OSS aponta críticas como super-remuneração dos diretores, quarterização, alta taxa de rotatividade, entre outros. Em 2018, acontece uma CPI das OSS com conclusões semelhantes.

no estado de São Paulo principalmente no tocante ao perfil da distribuição dos recursos das OSS.

No orçamento do estado de São Paulo, as Organizações Sociais de Saúde possuem ação de governo próprias e exclusivas, diferente das Santas Casas em que o indicador do objeto se estendia às demais instituições filantrópicas e municípios. A ação 4852 - *Atendimento ambulatorial e hospitalar em unidades gerenciadas por OSS* (a partir de agora ação de governo - 4852) tinha orçamento previsto para 2021 era de R\$ 5,6 bilhões com meta de mais de 13,2 milhões de atendimentos.

Figura 6. Descrição da ação de governo 4852 - Atendimento ambulatorial e hospitalar em unidades gerenciadas por Organizações Sociais

AÇÃO		
10.302.0930.4852	ATENDIMENTO AMBUL. E HOSPITALAR EM UNIDADES GERENCIADAS POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	5.682.637.258
PRODUTO:	ATENDIMENTOS DE SAÚDE DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE DAS UNIDADES GER. PELAS OSS	
INDICADOR DE PRODUTO:	NÚMERO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES REALIZADOS PELAS UNIDADES GERENCIADAS PELAS OSS (unidade)	
META:	13.285.938	
DESCRIÇÃO:	Atendimento ambulatorial, hospitalar e atividades de apoio em unidades gerenciadas por organizações sociais, por meio de convênios e contratos de gestão.	

Fonte: LOA 2021

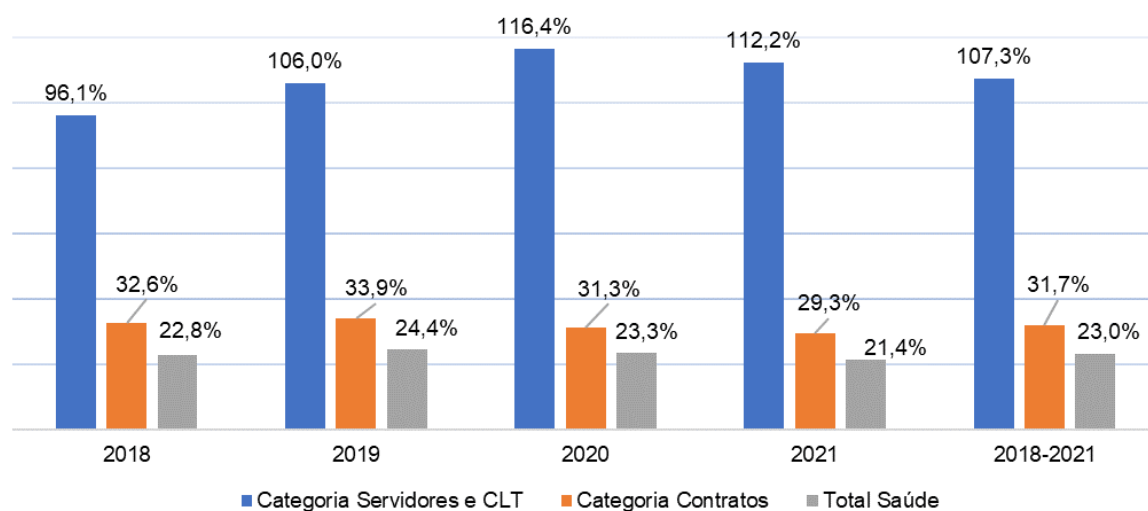
A execução do orçamento para o quadriênio 2018-2021 indicou valores sempre acima dos R\$ 6,3 bilhões a preços de 2021. Em 2021 o valor caiu para patamares pré-2018 (**Tabela 35**), com queda de 12,3% em termos reais em relação ao ano anterior, redução que em contraste com a queda de 4,6% do orçamento total de Saúde (R\$ 31,1 bi para R\$ 29,6 bi), levou à perda de participação no orçamento total de 23,3% para 21,4%.

No período analisado, entre 2018 e 2021, as Organizações Sociais de Saúde responderam pela média de 23% das despesas com Saúde no estado de São Paulo e por 31,7% da Categoria Contratos (**Gráfico 8**). Também entre 2018 e 2019 as Organizações Sociais de Saúde superaram o orçamento da Categoria Servidores e CLT, terminando com uma média de 107,3% para o quadriênio.

Tabela 35. Orçamentos da ação de governo 4852. Categoria Contratos.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Ação de governo 4852 - Atendimento Ambulatorial / Hospitalar por OSS	6.597,5	7.016,1	7.251,2	6.361,2	27.225,9
Categoria Servidores e CLT	6.866,2	6.621,6	6.228,2	5.668,4	25.384,5
Categoria Contratos	20.246,3	20.722,7	23.182,2	21.719,2	85.870,4
Total Saúde	28.988,8	28.806,1	31.117,5	29.675,4	118.587,8

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Gráfico 8. Proporção entre ação 4852 – Atendimento ambulatorial e hospitalar em unidades gerenciadas por OSS e despesas selecionadas.

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

As despesas com a ação 4852 segundo a tabela abaixo não apresenta concentração de recursos no patamar verificado com as Santas Casas. No entanto, essa discriminação que consta na base de dados fragmenta as instituições contratadas em inúmeros marcadores, identificados não com a instituição “matriz”, mas com os contratos em vigor. Isso pode ser verificado pela quantidade de termos repetidos seguidos de um identificador de unidade de saúde, a exemplos de “SPDM – Hospital Geral de Guarulhos” e “SPDM – Hospital Brigadeiro”.

Tabela 36. Vinte maiores instituições contratadas via ação de governo 4852.

	2018	2019	2020	2021	2018 - 2021	Unitária	Acumulada
TOTAL AÇÃO DE GOVERNO 4852	6.597	7.016	7.251	6.361	27.226		
ASSOC.PAULISTA DESENV. MEDICINA - SPDM	1.360	1.425	1.445	1.322	5.553	20,4%	20,4%
SECONCI- HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA	954	1.070	1.194	922	4.139	15,2%	35,6%
FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA	556	613	597	517	2.283	8,4%	44,0%
FUNDACAO DO ABC	464	464	396	446	1.770	6,5%	50,5%
FAMESP - HOSPITAL DE BAURU	420	419	424	372	1.635	6,0%	56,5%
LAR S.FRANCISCO ASSIS NA PROVIDENCIA DEUS	445	450	406	309	1.609	5,9%	62,4%
INSTITUTO SOCRATES GUANAES	185	335	434	355	1.310	4,8%	67,2%
CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	341	338	308	282	1.269	4,7%	71,9%
UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	271	286	301	261	1.119	4,1%	76,0%
INSTITUTO SIRIO LIBANES	257	262	260	222	1.001	3,7%	79,7%
CRUZADA BAND. S. CAMILO	384	216	159	126	884	3,2%	82,9%
FUND APOIO ENS PESQ E ASSIST-FAC.MED.R.PTO. (FAEPA)	145	181	206	182	714	2,6%	85,5%
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA "DR.JOAO AMORIM"		10	174	347	531	1,9%	87,5%
FUNDACAO INST.PESQ. EST.DE DIAG.P/IMAGEM-FIDI	122	122	150	129	523	1,9%	89,4%
ASSOC.FUNDO INCENTIVO A PESQUISA - AFIP	114	120	112	110	456	1,7%	91,1%
CONSAUDE	107	108	106	90	411	1,5%	92,6%
IRMANDADE STA.CASA MIS.PACAEMBU	20	198	176		393	1,4%	94,0%
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	146	102	77	64	389	1,4%	95,5%
IRM. STA. C. DE ANDRADINA - AME ARAÇATUBA	67	72	83	84	306	1,1%	96,6%
FUNDACAO SANTA CASA MISERICORDIA FRANCA	29	40	71	79	218	0,8%	97,4%
IRM.STA.CASA MIS.VOTUPORANGA	48	44	48	40	181	0,7%	98,0%
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ASSIS	30	27	30	26	114	0,4%	98,5%
FUNDACAO PIO XII	23	20	23	21	87	0,3%	98,8%
FUNDACAO PADRE ALBINO	6	9	11	9	35	0,1%	98,9%
CONDERG CONSORCIO DESENVOLV. REG.SJBOA VISTA	12	4			16	0,1%	99,0%
BANCO DE OLHOS DE SOROCABA	0				0	0,0%	99,0%
OUTRAS	92	80	59	48	279	1,0%	100,0%

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Segundo o Portal de Transparência das OSS do estado de São Paulo, existem, atualmente, 53 instituições no cadastro, sendo que duas foram suspensas em 2021 e uma em 2022, restando 50 instituições em situação ativa (ver **Tabela Anexa 2**). Destas, 27 tiveram contrato no ano de 2021⁸².

A instituição líder é a SPDM com orçamentos oscilando entre R\$1,3 e R\$1,4 bilhão para o período analisado, representando mais de um quinto do orçamento total da ação 4852. As 4 posições seguintes que complementam o TOP 5 são a SECONCI (ligada ao Sindicato da Construção Civil) e 3 Fundações vinculadas a faculdades de medicina sendo, de forma decrescente, a da Faculdade de Medicina da USP, a Fundação do ABC (vinculada a faculdade do Grande ABC) e a FAMESP (vinculada a faculdade e ao hospital das clínicas de Botucatu).

A concentração de recursos é representativa da contratualização das Organizações Sociais de Saúde, com as cinco maiores respondendo a mais da metade do valor total e as dez maiores acumuladas respondem a 79,7% do total. Essa concentração foi, aliás, um dos pontos centrais da atuação da CPI das Organizações Sociais (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE SÃO PAULO, 2018), transcorrida na Assembleia Legislativa de São Paulo no ano de 2018. A CPI analisou a execução orçamentária entre 2013 e 2017, que apontou resultados não muito diferentes dos indicados na **Tabela 36**.

Desse modo, tanto as despesas com os servidores ativos quanto os inativos concorreram conjuntamente para explicar o menor patamar histórico do Grupo Pessoal e Encargos Sociais na série 2010-2021 (**Tabela 19**). Esses dois efeitos explicam o desempenho das Despesas com o Grupo Pessoal e Encargos Sociais que agiram no fortalecimento do cenário extraordinário das finanças paulistas no biênio da pandemia, congelando parte considerável do orçamento e, em decorrência, desobrigando fontes consideráveis de receitas.

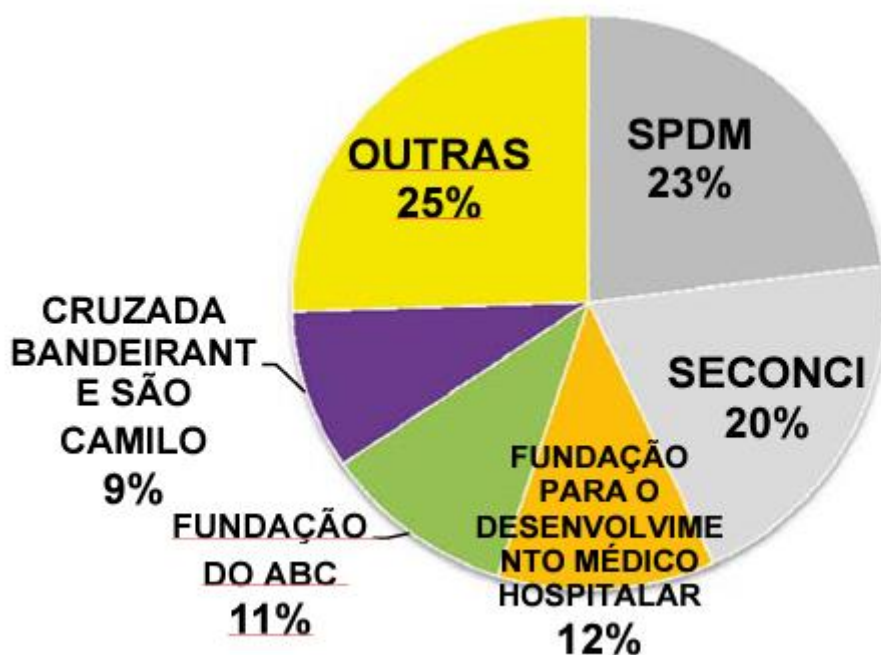
Além da retomada do pagamento da Dívida Pública em 2021, que fez elevar o patamar de comprometimento de 3,1% do ano anterior para 7,3% (**Tabela 23**), os

⁸² Para a lista completa, ver Anexos.

Investimentos e Inversões Financeiras foram os Grupos com maior crescimento proporcional em 2021 (98,3 e 128,2%, respectivamente).

A conjuntura de 2021 foi francamente favorável à retomada das funções regulares do estado. Crescimento total de despesas de 11,7% com congelamento dos salários e seguida de um ano anterior em que foram acumuladas reservas de caixa. No entanto, os esforços com a pandemia caíram em relação a 2020. A análise da despesas com Saúde será tratadas na seção seguinte.

Gráfico 9. Distribuição dos recursos às Organizações Sociais de Saúde no estado de São Paulo. 2013-2017.



Fonte: CPI das Organizações Sociais do estado de São Paulo.

As OSS chegaram a 2021 representando não apenas mais de um quinto do orçamento (**Gráfico 8**) total de saúde do estado de São Paulo, mas a gestão de um conjunto considerável de serviços ambulatoriais e hospitalares. Além disso, responde a uma rede capilarizada em todo o território, da capital, litoral e interior, cidades de todos os portes. E institucionalmente é uma modalidade que alcançou as centenárias Santas Casas, as Fundações Universitárias (mobilizando as

faculdades de medicina e hospitais de clínicas) e até instituições cujo escopo era distante da gestão em saúde, caso do SECONCI, um sindicato patronal do ramo de construção civil.

Como ferramenta de gestão, as OSS representam a contratualização em sua dimensão mais complexa e avançada, pois a gestão de processos, pessoas e compras fica integralmente sob controle não público, restando ao ente contratante a fiscalização. A perda do ferramental executivo e mesmo a capacidade de formulação de políticas a partir da atividade prática em saúde perde relevância diante da capacidade de fiscalização e de criação de indicadores. A própria CPI das Organizações Sociais de Saúde apontou elementos da perda do controle social, outra dimensão relevante no processo de formulação de política de assistência em conjunto com a população.

As Organizações Sociais de Saúde alcançaram prestígio nesses 23 anos que separam a promulgação da Lei em 1998 e o segundo ano da pandemia do coronavírus, mas também produziram estruturas burocráticas privadas de saúde e se nacionalizaram como grupos provedores de serviços, tornando-se grande contratantes e representantes do terceiro setor brasileiro. Por isso é a expressão mais complexa da contratualização e da terceirização que se iniciou no Brasil com as reformas administrativas dos anos 1990 (BRESSER PEREIRA, 1998).

5.3. Fundações Estaduais e de Apoio às Universidades

Uma instituição fundamental a compreensão da estrutura de despesas contratuais da saúde paulista são as Fundações de Apoio ao Ensino Superior e, em menor medida, as Universidades Públicas estaduais. Embora se trate de estruturas intimamente ligadas, uma vez que as Fundações de Apoio são instituições ligadas à Universidades, é preciso fazer algumas separações quanto ao seu estatuto jurídico e os efeitos práticos de seu desenvolvimento nas últimas duas décadas e meia.

Pimenta (1988) aponta a origem das Fundações aos anos 1970, quando a necessidade por recursos ante à queda de financiamento público para pesquisa e à crescente burocratização de formalização do acesso a linhas oficiais de crédito e verbas privadas levou ao seu surgimento. As Fundações se notabilizaram rapidamente como uma nova organização das Universidades Federais, avançando sobre os campus federais⁸³.

As Fundações de Apoio caracterizam-se como entidades de direito privado e a elas são cometidos os princípios das autonomias administrativas e financeira. Esta autonomia financeira se viabiliza pela remuneração dos serviços por elas prestados como empresa prestadora de serviços, e são, principalmente, estes recursos próprios que garantem sua autonomia administrativa (PIMENTA, 1988, p. 52).

O conflito dessa organização, principalmente durante os anos 1980 dado seu ineditismo, decorre de que as Fundações são estruturadas instituições do direito privado e sua relação com a Universidade se dá através da utilização e remuneração das estruturas tangíveis e intangíveis. O conflito que se estende desde a década de 1980 tem um capítulo importante com a reação do Sindicatos Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES) que

⁸³ “A criação das Fundações de Universidades espelha, em parte, a saída emergencial que vários órgãos da administração direta e indireta apresentaram no transcorrer da década de 70. A crescente centralização de decisões da burocracia governamental provocou o surgimento de entidades paraestatais, chamadas Fundações, e encaradas como um suporte apreciável à descentralização das atividades do Poder Público.” (PIMENTA, 1988, p. 45–46)

organiza uma publicação em 1981 tratando as Fundações como um problema à autonomia das Universidades, dado que atuariam como vetores da iniciativa privada nas deliberações relativas à pesquisa.

Por sua vez, a APUFPR (1987) também muito vem se preocupando com a forma de instituição das Fundações. Quando os instituidores são componentes da iniciativa privada, e segundo regime capitalista, "tais recursos financeiros não podem ser entendidos como doações, mas sim como investimento e exigido um retorno vantajoso, acabando aí a autonomia das Universidades Dallari (1981, p. 17 apud PIMENTA, 1988. p. 52).

O desenvolvimento e espraiamento das Fundações ocorreu de forma conflituosa com os sindicatos docentes por toda a década de 2000⁸⁴. As Fundações passaram a atuar de forma crescentemente diversificada, atuando não somente como instituições de apoio, como também como entidades com enfoque de gestão de serviços. Recordando as informações acerca das Organizações Sociais Paulista, temos que a Unicamp recebe um contrato de gestão de um hospital na região de Campinas em 2000 (**Quadro 10**).

As Fundações de Apoio foram adotadas não somente pelas Universidades Públicas e Privadas como um todo, mas sobre os seus Departamentos, Hospitais Universitários, etc. totalizando um emaranhado institucional de convênios público e privados. Esse fenômeno ocorreu em âmbito federal e estadual, impactando o organograma institucional paulista.

Quanto à sua normatização, o Governo Federal através do decreto vigente de nº 7423 de 2010 define um prazo de validade de 5 anos em que é exigida para seu credenciamento a ata de deliberação do colegiado superior da instituição a qual se destina o apoio. O estado de São Paulo possui norma semelhante, o Decreto Estadual nº 62.817 de 2017, embora não possua prazo de validade.

Embora as Fundações sejam instituições do direito privado, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE-SP) as fiscaliza por administrar convênios com o

⁸⁴ Em matéria jornalística de 2008, surge a informação de que à época havia "111 fundações de pesquisa credenciadas pelo Ministério da Educação" (AGÊNCIA BRASIL - EBC, 2008). A matéria reforça o mesmo argumento de Dallari (1981) de que as Fundações atuam como vetor de privatização.

Setor Público⁸⁵. O [TCE-SP](#) mantém listagem de Fundações ativas no estado de São Paul entre os órgãos fiscalizados, divididos entre Fundação Estadual Conveniada⁸⁶ e Fundação Estadual de Apoio. Diferenciam-se entre si pelo fato da conveniada não ser nem instituída pelo Poder Público, ao passo que a Fundação de Apoio o seja, além da primeira não ser vinculada às peças orçamentárias, enquanto a Fundação de Apoio esteja quando ocorre intenção do Governo deseja estabelecer alguma relação de aquisição de bens ou serviços e da programação de investimentos.

A fundação de apoio é instituída, mas não mantida pelo Poder Público; isso, apesar de vender, em predominância, bens e serviços para entidades governamentais (no mais das vezes, serviços de saúde, de educação e relacionados a pesquisas). Regula-se pelo direito privado em tudo o que não contraria os fins governamentais; com efeito, não tem a entidade de apoio vontade inteiramente própria; pode ser extinta, mediante lei, pelo instituidor: a Administração central. Tal qual a empresa estatal não dependente, tal fundação comparece, no orçamento, de duas formas: a) vinculando dotação para o ente central adquirir-lhe bens e serviços; b) detalhamento da programação de investimentos. Eis exemplos de fundação de apoio: Fundação Adib Jatene, Fundação Zerbini, Fundação Padre Anchieta.

Quanto ao orçamento da Saúde, em especial a função que as Fundações passam a ter no interior da contratualização, evidencia a diversificação de suas atividades. As Universidades Paulistas, em especial as três públicas estaduais em seus campus que possuem hospitais, faculdade de medicina e residências médicas são uma fonte fundamental de estruturação de Fundações de Apoio.

Realizando uma pesquisa na base de instituições a partir das Fundações de Apoio listadas pelo TCE-SP, é possível realizar aproximações da magnitude de repasses recebidos por essas Instituições. A Tabela 37 apresenta que as Fundações entre 2018 e 2021 receberam R\$ 12,7 bilhões em contratos. A

⁸⁵ “A fundação conveniada não é instituída, tampouco mantida pelo Poder Público. Regula-se pelo direito privado e labora sob o exclusivo querer do particular. Daí que não compõe orçamentos e balanços do setor público. Aqui se põe óbvia pergunta: por que então essa entidade é jurisdicionada ao Tribunal de Contas? É porque mantém, com o poder público, convênios permanentes, de grande efeito vinculante, geralmente pela utilização de marca de excelência da Administração Pública, sobretudo o das universidades estaduais (USP, UNICAMP, UNESP). Exemplo: FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas; FIA - Fundação Instituto de Administração, FECAMP - Fundação Economia de Campinas.”

⁸⁶ Para acessar a lista completa, ver Anexos.

comparação com as magnitudes dois recortes anteriores permitem uma baliza da importância das Fundações para a contratualização. Os valores são mais do que o dobro das Santas Casas para o período.

Tabela 37. Orçamento das Fundações de Apoio. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA	1.113	1.169	1.742	1.126	5.150
FAMESP - HOSPITAL DE BAURU	590	580	623	561	2.353
FUNDACAO DE DESENVOLV. DA UNICAMP - FUNCAMP	395	406	394	377	1.572
FUND APOIO ENS PESQ E ASSIST-FAC.MED.R.PTO. (FAEPA)	298	333	394	367	1.392
FUNDACAO ZERBINI	192	191	265	225	873
FAMAR-FUND.APOIO A FAC.MED.DE MARILIA	138	142	146	141	567
FUNDACAO ADIB JATENE	132	126	141	135	534
FUNDACAO HEMOCENTRO DE RIBEIRAO PRETO	44	43	36	33	155
TOTAL FUNDAÇÕES	2.903	2.990	3.834	2.962	12.690
TOTAL SANTAS CASAS	1.236	1.414	1.555	1.422	5.326

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

No entanto, apesar da classificação pela natureza jurídica dessas entidades ser de Fundações de Apoio, a maioria possui habilitação como Organizações Sociais. A diversificação das Fundações de Apoio em suas atividades abrange áreas de escopo diferente do modelo que as gerou nos anos 1970, de apoio exclusivo à captação de recursos para ensino e pesquisa universitária. A administração desses conglomerados de serviços e produtos, diversos e dispersos em seu escopo de atendimento é uma característica que se aplica aos maiores casos.

Para aprofundar esse ponto, faz-se necessário inverter a lógica até aqui empreendida, deslocando os recortes institucionais, como Santas Casas e Fundações, ou por estratégias de políticas públicas, como as Organizações Sociais, para centrar-se nas instituições em si. Para isso, a última seção se buscará a seleção das 20 maiores instituições paulistas contratadas entre 2018 e 2021 e o seu perfil de inserção institucional e em matéria de política pública.

5.4. Principais Instituições Contratadas

As principais instituições contratadas pelo estado de São Paulo guardam relação com os agrupamentos trabalhados na seção anterior. Perpassa pelas Organizações Sociais e pela contratação de leitos e serviços da rede filantrópica o modelo paulista de gestão da Saúde. Essa seção destacará as principais instituições em orçamento global para o último quadriênio 2018-2021, englobando os dois anos que antecedem a pandemia e o mesmo período de sua vigência.

As 20 maiores instituições⁸⁷ respondem, em todo o período, por mais de R\$ 10 bilhões anuais de orçamento executado (**Tabela 38**). A média para o quadriênio foi de quase R\$ 11,1 bilhões, dado que o cenário extraordinário do primeiro ano da pandemia teve um gasto superior a R\$ 11,7 bilhões, refletindo que as maiores instituições ampliaram seus contratos durante 2021.

Analisando em perspectiva, como proporção da Categoria Contratos, as 20 maiores instituições responderam a mais da metade (51,6%) da Categoria Contratos para o quadriênio. Se avançarmos para as 50 maiores instituições, o valor sobe para 67,1% do Orçamento executado no quadriênio da Categoria Contratos e mais de três quartos para o caso dos 100 maiores orçamentos executados no quadriênio.

Quanto às posições das instituições é curioso notar a extrema rigidez nas vinte primeiras posições, sendo que as 3 primeiras se mantêm estáticas para o quadriênio. Apenas duas instituições movimentam-se nas posições entre 2018 e 2021 acima de um dígito, Sociedade Beneficente São Camilo e Cruzada Bandeirante São Camilo, que perderam, respectivamente, 11 e 19 posições, relações refletidas nos orçamentos executados, sendo que a primeira cai de R\$ 310 milhões em 2018 para R\$ 143 milhões em 2021 e a segunda tem os valores diminuídos de R\$ 401 milhões para R\$ 126 milhões no mesmo período. Mesmo assim, ambas instituições terminam o quadriênio entre as 20 maiores instituições.

⁸⁷ Listavam entre as 20 maiores instituições contratadas, um CNPJ (4637450000194) referente à Secretaria de Estado da Saúde que foi excluída da apresentação. Esse registro é utilizado para remunerar as bolsas para médicos residentes (Item de Despesa 24).

Tabela 38. Vinte maiores Instituições Contratadas pelo Estado de São Paulo (2018-2021). Categoria Contratos. R\$ mi a preços de 2021.

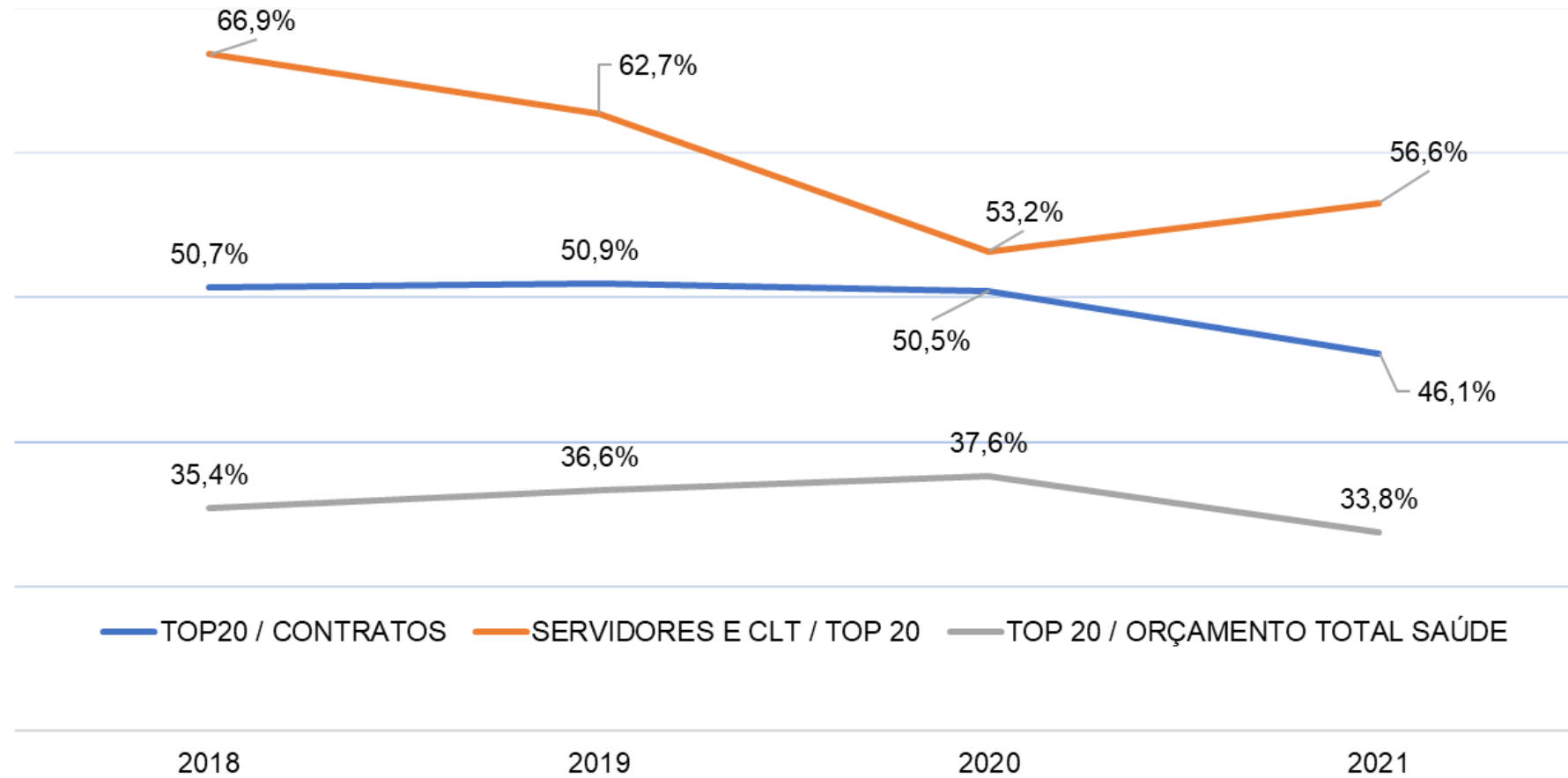
	2018		2019		2020		2021		18-21	2018-2021	
	R\$	Posição	R\$	Posição	R\$	Posição	R\$	Posição		Ganhos de posição	R\$
ASSOC.PAULISTA DESENV. MEDICINA -SPDM	1.722	1º	1.790	1º	1.867	1º	1.724	1º	0	7.103	1º
FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA	1.113	2º	1.163	2º	1.728	2º	1.125	2º	0	5.129	2º
SECONCI- HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA	963	3º	1.070	3º	1.194	3º	924	3º	0	4.152	3º
CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	588	6º	587	5º	687	4º	632	4º	2	2.493	4º
FAMESP - HOSPITAL DE BAURU	589	5º	574	6º	619	5º	557	5º	0	2.339	5º
LAR S.FRANCISCO ASSIS NA PROVIDENCIA DEUS	594	4º	602	4º	571	7º	467	9º	-5	2.234	6º
UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	550	7º	556	7º	578	6º	526	6º	1	2.209	7º
FUNDACAO PIO XII	388	12º	492	8º	509	9º	521	7º	5	1.910	8º
FUNDACAO FAC.REG.MED.SJ.RIO PRETO-FUNFARME	401	9º	407	11º	552	8º	466	11º	-2	1.825	9º
FUNDACAO DO ABC	470	8º	467	9º	411	12º	466	10º	-2	1.814	10º
IRMANDADE STA CASA MISERICORDIA SAO PAULO	374	13º	412	10º	452	10º	417	12º	1	1.654	11º
FUNDACAO DE DESENVOLV. DA UNICAMP - FUNCAMP	395	11º	406	12º	394	13º	377	13º	-2	1.572	12º
FUND APOIO ENS PESQ E ASSIST-FAC.MED.R.PTO. (FAEPA)	296	15º	331	14º	394	14º	364	14º	1	1.385	13º
INSTITUTO SOCRATES GUANAES	185	20º	335	13º	434	11º	356	15º	5	1.311	14º
INSTITUTO SIRIO LIBANES	264	16º	269	15º	267	15º	229	17º	-1	1.030	15º
HOSPITAL CRUZ AZUL DE SAO PAULO	258	17º	214	19º	226	18º	224	19º	-2	922	16º
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	310	14º	253	16º	213	19º	143	25º	-11	919	17º
CRUZADA BAND. S. CAMILO	401	10º	222	17º	159	26º	126	29º	-19	907	18º
FUNDACAO ZERBINI	192	19º	191	21º	264	16º	225	18º	1	872	19º
SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS E COMERCIO SA	217	18º	215	18º	182	21º	153	24º	-6	766	20º
TOTAL 20 MAIORES (a)	10.269	-	10.556	-	11.702	-	10.019	-		42.546	-
TOTAL CONTRATOS (b)	20.246	-	20.723	-	23.182	-	21.719	-		85.870	-
20 MAIORES / CONTRATOS (a) / (b)	50,7%	-	50,9%	-	50,5%	-	46,1%	-		49,5%	-

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

O **Gráfico 10** mostra a regularidade das 20 maiores instituições contratadas como proporção dos contratos e do orçamento global da saúde, orbitando, respectivamente, na média dos 50% e 36%, sem que a pandemia tenha tido efeitos proeminentes. A mesma regularidade não se verificou na relação entre a Categoria Servidores e CLT, que caiu 10 pontos percentuais entre 2018 e 2021 (66,9% para 56,6%), evidenciando os efeitos perversos da política de salários e de contratação durante a pandemia. Duas questões são curiosas nesse indicador, onde se verificou tendência declinante da pandemia, já verifica em 2019 em relação ao ano anterior, e a recuperação em 2021, como já observamos na no capítulo anterior no acompanhamento da Categoria Servidores e CLT.

Desse modo, as vinte maiores instituições responderam a metade da contratualização paulista nos dois anos que antecedem e aqueles em ocorrem a pandemia. Esses contratos se dividiram em 24 Ações de Governo, sendo que 99,4% concentraram-se em oito delas (**Tabela 39**). As duas principais Ações são para as instituições habilitadas como Organizações Sociais (R\$ 23,7 bi no quadriênio) e cobertura **da média e alta complexidade** através dos recursos vinculados repassados Fundo a Fundo do Governo Federal (**Quadro 11**).

A ação 6213 busca atender à **atenção básica** nos municípios, seja via repasse aos Fundos de Saúde, seja como subvenção às entidades filantrópicas. As 20 instituições melhor ranqueadas tiveram nessa fonte um crescimento expressivo durante o primeiro ano de pandemia, saltando de R\$ 455 milhões para R\$ 1,4 bilhão, recuando em 2021 para R\$ 834 milhões, patamar ainda acima da média de 2018-2019. Essa informação será fundamental à compreensão, logo adiante, da forma de apropriação das despesas extraordinárias, pelas maiores instituições, durante o primeiro ano de pandemia. Ainda relevante, temos a ação relativa às Santas Casas que trabalhamos no início desse capítulo.

Gráfico 10. Proporções das 20 maiores instituições em rubricas selecionadas.

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela 39. Orçamento das 20 maiores instituições contratadas por Ações de governo. 2018-2021. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018 - 2021	
	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	Part.
20 MAIORES	10.269	10.556	11.702	10.019	42.546	100,0%
4852 - ATEND. AMBUL. HOSP. POR ORGANIZACOES SOCIAIS	5.950	6.182	6.230	5.400	23.763	55,9%
5532 - ATEND.AMB.HOSP.SERV.CONTR./CONV.GEST.ESTADUAL	2.419	2.626	2.846	2.685	10.576	24,9%
6213 - APOIO A ATENCAO BAS. MUNIC. E ENT. FILANTR. / 6213 - SUBVENCOES A ENTIDADES FILANTROPICAS ¹	496	455	1.455	834	3.240	7,6%
5274 - ASSISTENCIA MEDICA, HOSPITALAR E AMBULATORIAL	414	419	394	360	1.586	3,7%
6221 - SANTAS CASAS SUSTENTAVEIS	324	293	268	258	1.144	2,7%
4784 - ASSIST.MEDICA, HOSP. PENSIONISTA POL.MILITAR / 4784 - ASSISTENCIA MEDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR ¹	258	214	226	223	920	2,2%
5428 - GERENCIAMENTO DO BENEFICIO SAUDE	172	168	153	132	626	1,5%
6214 - REDE LUCY MONTORO	155	134	75	66	430	1,0%
OUTRAS AÇÕES DE GOVERNO ²	81	65	56	59	261	0,6%

/1 As ações 6213 e 4783 possuem nomes diferentes porque sofreram modificações dessa natureza entre os PPAs 2016-2019 e 2020-2023.

/2 Nesse agrupamento constam 16 ações de menor orçamento. Para vê-las detalhadas, checar Anexo.

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Quadro 11. Descrição de ações de governo selecionadas das 20 maiores instituições contratadas.

Ação de Governo	Descrição
4852 - ATEND. AMBUL. HOSP. POR ORGANIZACOES SOCIAIS	Atendimento ambulatorial, hospitalar e atividades de apoio em unidades gerenciadas por organizações sociais, por meio de convênios e contratos de gestão.
5532 - ATEND. AMB. HOSP. SERV. CONTR. /CONV.G EST. ESTADUAL	Repasse de recursos do Ministério da Saúde para pagamento da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade pelos serviços conveniados/contratados pelo gestor estadual (Secretaria da Saúde) no Sistema Único de Saúde - SUS.
6213 - APOIO A ATENCAO BAS. MUNIC. E ENT. FILANTR. / 6213 - SUBVENCOES A ENTIDADES FILANTROPICAS ¹	Promoção de atendimento básico de saúde nos municípios, por meio de apoio técnico e financeiro estadual, com repasse do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais, celebração de convênios/termos aditivos entre o Estado e entidades filantrópicas.
5274 - ASSISTENCIA MÉDICA, HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Promoção da formação de pessoal qualificado na área de saúde, em nível de graduação e pós-graduação, com a prestação de serviços de atendimento ambulatorial nas universidades e faculdades públicas estaduais.
6221 - SANTAS CASAS SUSTENTAVEIS	Aperfeiçoamento e qualificação do acesso a serviços de média e alta complexidade mediante apoio financeiro a entidades filantrópicas, por meio do Programa Santas Casas Sustentáveis e Pró Santas Casas.
4784 - ASSIST.MÉDICA, HOSP. PENSIONISTA POL.MILITAR / 4784 - ASSISTENCIA MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR ¹	Assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia prestados aos beneficiários dos contribuintes da CBPM, por meio de termo de cooperação firmado com o Hospital Cruz Azul de São Paulo e ambulatórios descentralizados.
5428 - GERENCIAMENTO DO BENEFICIO SAUDE	Identificação dos beneficiários e disponibilização do auxílio-alimentação
6214 - REDE LUCY MONTORO	Reabilitação de pacientes com deficiências físicas transitórias ou definitivas, com o auxílio de equipes multidisciplinares (médicos fisiatras, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, profissionais de educação física e fonoaudiólogos).

Fonte: Lei Orçamentária Anual 2021 – estado de São Paulo (Elaboração Própria)

Avançando, temos duas ações de governo que são bem delineadas quanto à Instituição Contratada. Pela ação 4784 que visa a assistência médica aos Policiais Militares, por intermédio da Caixa Beneficente da Polícia Militar, temos como Instituição responsável o Hospital Cruz Azul e pela ação 5248, que garante o auxílio-alimentação, temos a Empresa Sodexo. Ambas as instituições respondem a 100% das despesas para as relativas ações, apontando a exclusividade na execução desses serviços (**Tabela 42**).

A Ação de Governo 6214 é relativa à [Rede Lucy Montoro](#) que é uma política pública voltada a reabilitação de pessoas com deficiência. Dado que a rede atende em todo o estado através de parcerias, sua estrutura de contratos é pulverizada, diferentes das ações anteriores. Das 20 maiores instituições, pelo menos 11 firmou algum contrato para participar da Rede entre 2018 e 2021. No entanto, pela **Tabela 42** fica evidente que dos 61,2% do valor empenhado para o quadriênio, 61,2% foram direcionados à Fundação Faculdade de Medicina da USP.

A instituição líder da contratualização paulista é a **Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)**, uma associação civil filantrópica que apesar da origem paulista, tem atuação em todo o território nacional. Sua origem é vinculada ao Hospital São Paulo, o Hospital Universitário da UNIFESP e segundo site da entidade, hoje é a gestão do Hospital é uma das quatro superintendências, somando-se às outras que são a de Instituições Afiliadas, Programa de Atenção Integral à Saúde (PAIS) e Educação⁸⁸.

Em matéria jornalística do Valor Econômico (SIMÃO, 2020) de agosto de 2020, a associação foi citada entre as maiores contratantes do período pandêmico, em que o horizonte econômico era de demissões. A empresa contratou 7.790 trabalhadores entre março e junho de 2020, ao passo que realizou 3.705 desligamentos, ficando em 4º no ranking brasileiro para o primeiro trimestre da pandemia.

⁸⁸ Informações extraídas do [site oficial](#) da Instituição.

Tabela 40. Distribuição das principais Ações de Governo para as 20 maiores instituições contratadas. 2018-2021. R\$ mi de 2021.

	Ação de Governo 4852	Ação de Governo 5532	Ação de Governo 6213	Ação de Governo 5274	Ação de Governo 6221	Ação de Governo 4784	Ação de Governo 5428	Ação de Governo 6214	Total Geral
ASSOC.PAULISTA DESENV. MEDICINA -SPDM	5.553	790	699		21			36	7.103
FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA	2.283	1.595	957		10			263	5.129
SECONCI- HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA	4.139		0					9	4.152
CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	1.269	799	354		67				2.493
FAMESP - HOSPITAL DE BAURU	1.635	585	56		5			22	2.339
LAR S.FRANCISCO ASSIS NA PROVIDENCIA DEUS	1.609	301	280		4			3	2.234
UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	1.119	1.064	11	3	0			2	2.209
FUNDACAO PIO XII	87	1.542	111		162				1.910
FUNDACAO FAC.REG.MED.SJ.RIO PRETO-FUNFARME		1.174	352		247			44	1.825
FUNDACAO DO ABC	1.770		32					3	1.814
IRMANDADE STA CASA MISERICORDIA SAO PAULO		955	76		618				1.654
INSTITUTO SOCRATES GUANAES	1.310		0						1.311
INSTITUTO SIRIO LIBANES	1.001		0					28	1.030
HOSPITAL CRUZ AZUL DE SAO PAULO			0			663			922
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	389	421	73		7			2	919
CRUZADA BAND. S. CAMILO	884		8					15	907
FUNDACAO ZERBINI		725	145		1				872
SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS E COMERCIO SA			0	63			626		766
Total Geral	23.763	10.576	3.240	1.586	1.144	663	626	430	42.546

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela 41. Distribuição das principais Ações de Governo entre as 20 maiores instituições contratadas. 2018-2021. % do Total das Instituições.

	Ação de Governo 4852	Ação de Governo 5532	Ação de Governo 6213	Ação de Governo 5274	Ação de Governo 6221	Ação de Governo 4784	Ação de Governo 5428	Ação de Governo 6214	Total Geral
ASSOC.PAULISTA DESENV. MEDICINA -SPDM	78,2%	11,1%	9,8%	-	0,3%	-	-	0,5%	100,0%
FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA	44,5%	31,1%	18,7%	-	0,2%	-	-	5,1%	100,0%
SECONCI- HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA	99,7%	-	-	-	-	-	-	0,2%	100,0%
CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	50,9%	32,1%	14,2%	-	2,7%	-	-	-	100,0%
FUND APOIO ENS PESQ E ASSIST-FAC.MED.R.PTO. (F	51,6%	45,1%	2,4%	-	0,0%	-	-	-	100,0%
FUNDACAO DE DESENVOLV. DA UNICAMP - FUNCAMP	-	-	3,3%	96,7%	0,0%	-	-	-	100,0%
FAMESP - HOSPITAL DE BAURU	69,9%	25,0%	2,4%	-	0,2%	-	-	0,9%	100,0%
LAR S.FRANCISCO ASSIS NA PROVIDENCIA DEUS	72,0%	13,5%	12,5%	-	0,2%	-	-	0,2%	100,0%
UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	50,6%	48,2%	0,5%	0,1%	0,0%	-	-	0,1%	100,0%
FUNDACAO PIO XII	4,6%	80,7%	5,8%	-	8,5%	-	-	-	100,0%
FUNDACAO FAC.REG.MED.SJ.RIO PRETO-FUNFARME	-	64,3%	19,3%	-	13,5%	-	-	2,4%	100,0%
FUNDACAO DO ABC	97,6%	-	1,8%	-	-	-	-	0,2%	100,0%
IRMANDADE STA CASA MISERICORDIA SAO PAULO	-	57,7%	4,6%	-	37,4%	-	-	-	100,0%
INSTITUTO SOCRATES GUANAES	99,9%	-	-	-	-	-	-	-	100,0%
INSTITUTO SIRIO LIBANES	97,2%	-	-	-	-	-	-	2,8%	100,0%
HOSPITAL CRUZ AZUL DE SAO PAULO	-	-	0,0%	-	-	71,9%	-	-	100,0%
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	42,4%	45,8%	7,9%	-	0,8%	-	-	0,3%	100,0%
CRUZADA BAND. S. CAMILO	97,5%	-	0,9%	-	-	-	-	1,6%	100,0%
FUNDACAO ZERBINI	-	83,1%	16,7%	-	0,2%	-	-	-	100,0%
SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS E COMERCIO S	-	-	-	8,2%	-	-	81,7%	-	100,0%
Total Geral	55,9%	24,9%	7,6%	3,7%	2,7%	1,6%	1,5%	1,0%	100,0%

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela 42. Distribuição das principais Ações de Governo entre as 20 maiores instituições contratadas. 2018-2021. % do Total das Ações de Governo.

	Ação de Governo 4852	Ação de Governo 5532	Ação de Governo 6213	Ação de Governo 5274	Ação de Governo 6221	Ação de Governo 4784	Ação de Governo 5428	Ação de Governo 6214	Total Geral
ASSOC.PAULISTA DESENV. MEDICINA -SPDM	23,4%	7,5%	21,6%	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%	8,5%	16,7%
FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA	9,6%	15,1%	29,5%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	61,2%	12,1%
SECONCI- HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA	17,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	9,8%
CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	5,3%	7,6%	10,9%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%
FUND APOIO ENS PESQ E ASSIST-FAC.MED.R.PTO. (FAEPA)	3,0%	5,9%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
FUNDACAO DE DESENVOLV. DA UNICAMP - FUNCAMP	0,0%	0,0%	1,6%	95,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%
FAMESP - HOSPITAL DE BAURU	6,9%	5,5%	1,7%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	5,1%	5,5%
LAR S.FRANCISCO ASSIS NA PROVIDENCIA DEUS	6,8%	2,8%	8,6%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,8%	5,3%
UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	4,7%	10,1%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	5,2%
FUNDACAO PIO XII	0,4%	14,6%	3,4%	0,0%	14,2%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%
FUNDACAO FAC.REG.MED.SJ.RIO PRETO-FUNFARME	0,0%	11,1%	10,9%	0,0%	21,6%	0,0%	0,0%	10,3%	4,3%
FUNDACAO DO ABC	7,4%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	4,3%
IRMANDADE STA CASA MISERICORDIA SAO PAULO	0,0%	9,0%	2,4%	0,0%	54,1%	0,0%	0,0%	0,0%	3,9%
INSTITUTO SOCRATES GUANAES	5,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%
INSTITUTO SIRIO LIBANES	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,6%	2,4%
HOSPITAL CRUZ AZUL DE SAO PAULO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	2,2%
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	1,6%	4,0%	2,2%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,6%	2,2%
CRUZADA BAND. S. CAMILO	3,7%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	2,1%
FUNDACAO ZERBINI	0,0%	6,9%	4,5%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%
SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS E COMERCIO SA	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	1,8%
Total Geral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela 43. Os que mais empregaram na pandemia. Março-Junho 2020.

Empresa	Admitidos	Demitidos	Saldo
1º Seara Alimentos	10.547	5.110	5.437
2º Randstad Recursos Humanos	13.530	8.514	5.016
3º Citrosuco Agroindústria	5.054	294	4.760
4º SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	7.909	3.705	4.204
5º Luandre Soluções em Recursos Humanos	13.338	9.787	3.551
6º Instituto de Apoio ao Desenvolvimento da Vida	3.353	48	3.305
7º BRF S A	7.462	4.234	3.228
8º Ultra Som Serviços Médicos	4.831	1.750	3.081
9º Fundação do ABC	4.405	1.434	2.971
10º Tabocas Participações Empreendimentos	4.065	1.114	2.951

Fonte: Simão (2020)

Na contratualização Paulista, a SPDM manteve-se na liderança para os quatro anos com mais de R\$ 7,1 bilhões recebidos no período, ou 16,7% do Total das 20 maiores instituições, sendo R\$ 5,5 bilhões de contratos via Organização Social que respondeu a 78,2% de seu faturamento no período. A SPDM respondeu a quase um quarto das despesas com as Organizações Sociais das vinte maiores instituições (23,4% na **Tabela 42**).

Durante a pandemia, não houve mudanças significativas no volume de contratos da SPDM, saltando de R\$ 1,79 para R\$ 1,87 bilhão entre 2019 e 2020, recuando, em termos reais, para R\$ R\$ 1,72 bilhão em 2021. Mesmo com a não incorporação dos excedentes da pandemia pela SPDM, ela manteve liderança nos quatro anos analisados e é a expressão da estratégia de contratualização paulista, sendo referência na modalidade de Organizações Sociais na gestão dos atendimentos de saúde da população por todo o território estadual. A organização atende a atenção primária, secundária e terciária e promove convênios com prefeituras, inúmeros estados da federação e é habilitada como entidade de utilidade pública em todas as esferas federativas.

Com o mesmo perfil de diversificação na contratualização paulista encontram-se, com as devidas proporções de orçamento, cinco outras instituições: **Fundação Faculdade de Medicina (FFM), Casa de Saúde Santa Marcelina e Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa, Assistência da Faculdade de**

Medicina de Ribeirão Preto (doravante FAEPA), Universidade Estadual de Campinas e Sociedade Beneficente São Camilo.

Duas são Fundações de Apoio às Instituições de Medicina da USP, sendo uma do campus da capital (FFM) e outra do interior (FAEPA). São Camilo e Saúde Santa Marcelina são instituições de origem religiosa, organizada como instituição filantrópica de origem religiosa e com relação com o ensino e pesquisa por serem administradoras de unidades de ensino superior. Por fim, temos a Unicamp.

As cinco instituições dividem seus orçamentos globais entre os contratos para Organizações Sociais e atenção de média e alta complexidade (ação 5532) e, em menor medida, para atenção primária (ação 6213). Em todos os casos, as Organizações Sociais são as maiores fontes das instituições, respondendo à uma média de praticamente metade dos valores de cada instituição.

A Fundação gestora do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, a [FAMESP](#), e o [Lar Francisco de Assis](#), uma entidade filantrópica religiosa, complementam um perfil parecido com as cinco instituições anteriores, mas com maior participação dos contratos de Organizações Sociais, respondendo a uma média de 70%.

Encerrando a centralidade dos contratos de Organizações Sociais para explicar o perfil dominante das instituições paulistas, existem 5 instituições que praticamente só possuem essa modalidade de vínculo com o estado de São Paulo, são elas: [SECONCI](#), Fundação do [ABC](#), Instituto Sócrates [Guanaes](#), Instituto Sírio Libanês e Cruzada Bandeirante São Camilo. Pelo perfil de inserção no orçamento público, fundamentada quase que exclusivamente em um só contrato, essas instituições constaram na seção 6.2. onde foi analisada essas instituições.

Apenas breves comentários, conforme já dito, a curiosidade maior continua sendo a SECONCI entre as maiores instituições, uma vez que deriva do serviço social de um sindicato da construção civil. O aparecimento do Sírio Libanês é outro elemento curioso, dado que a característica dessa organização é o atendimento direcionado ao público de maior faixa de renda do país, concentrando serviços e profissionais da elite econômica e técnica da saúde de alta complexidade e de maior valor agregado. Entre 2018 e 2021, o Instituto

emitiu ordens de pagamento ao governo de mais de R\$ 1 bilhão a preços de dezembro de 2021 para serviços de gestão nos Hospitais do Grajau, Hospital de Jundiaí, AME Interlagos e na Rede Lucy Montoro de Mogi Mirim, evidenciando uma dispersão territorial em sua atuação⁸⁹.

Os contratos referentes às Organizações Sociais aparece em 14 das 20 maiores instituições, sendo que em apenas uma a participação é inferior a 40% do global recebido no quadriênio. Destas, 11 é mais da metade do valor recebido e em cinco casos o valor é superior a 97%, evidenciando especialização contratual.

Fugindo a essa tendência majoritária, temos as Ações de Governo 5532 referentes aos serviços de média e alto complexidade cuja fonte de recursos são os repasses federais. Especializam-se nesses recursos a Fundação PIO XII, Fundação de Apoio da Faculdade de Medicina de Rio Preto (FUNFARME), a Santa Casa de São Paulo e a Fundação Zerbini. Os valores são dispersos, oscilando, em participação de 57,7 a 83,1%. Mesmo que tenha menor participação no orçamento da instituição, a Fundação Faculdade de Medicina (FFM) é a instituição que administra o maior valor dessa ação, respondendo por R\$ 1,6 dos R\$ 10,5 bilhões totais, seguida pela Fundação Pio XII e pela FUNFARME. Ainda fechando os orçamentos bilionários temos a UNICAMP. Entre os destaques, temos a Fundação [Pio XII](#) que é administradora do Hospital de Barretos, referência no tratamento oncológico e Fundação [Zerbini](#), administradora do InCor.

A ação 5274 cuja identificação é o provimento de serviços ambulatoriais nas Faculdades e Universidades Públicas estaduais, temos uma quase correlação absurda com a Unicamp, que é responsável por 99,8% dos valores executados no quadriênio. As Santas Casas embora seja as instituições mais longevas da estrutura de saúde brasileira, aparecem representadas em 3 das 20 instituições líderes. A ação que as representa, de número 6221, teve um orçamento de R\$ 1,1 bi para o quadriênio e mais da metade foi para a Santa Casa de São Paulo, com R\$ 618 milhões.

⁸⁹ Esses marcadores são as identificações como credores da base de dados paulista. Para ver os identificadores de todas as 20 maiores instituições, checar Anexo.

O biênio da pandemia teve efeito-sanfona no tocante aos investimentos em saúde pública, crescendo em 2020 e sofrendo retração em 2021, embora a um patamar superior a 2019. De um crescimento de R\$ 2,3 bilhões no Total empenhado com a Função Saúde, os Contratos cresceram R\$ 2,45 bilhões, absorvendo parte do orçamento de Servidores e CLT. As 20 maiores instituições absorveram R\$ 1,1 bilhões do crescimento de Contratos ficando, portanto, com uma fatia próxima de sua participação.

A pandemia teve impactos heterogêneos para as vinte instituições. A curiosidade sobre o biênio da pandemia entre essas cinco instituições foi o crescimento ocorrido para os contratos da Fundação Faculdade de Medicina, que saltou de R\$ 1,7 para R\$ 1,1 bilhão. Em termos orçamentários, a FFM absorveu R\$ 565 milhões dos valores extraordinários do primeiro ano da pandemia. Reforça essa impressão o retorno de seus valores reais de contratos ao mesmo patamar de 2019.

Outra instituição que cresceu em termos proporcionais foi a FUNFARME, com dinâmica parecida de queda em 2019. Em termos orçamentários, acima dos R\$ 100 milhões adicionais de contratos figuram SECONCI e Casa de Saúde Santa Marcelina, respectivamente, a terceira e quarta maiores instituições da série.

Somando as quatro instituições mais beneficiadas com os recursos extraordinários do primeiro ano da pandemia, temos a cifra de R\$ 934 milhões adicionais em 2020 em relação a 2019. Deste valor, R\$ 777 milhões vieram da ação de governo relativo à Ação de Governo 6213 e foram originados às duas Fundações e à Casa de Saúde Santa Marcelina. O restante foi incremento aos contratos de Organizações Sociais da SECONCI (**Tabela 45**).

Tabela 44. Evolução dos orçamentos das vinte maiores Instituições Contratadas pelo Estado de São Paulo (2018-2021). Categoria Contratos. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	Crescimento 2020-2019	
					R\$	%
TOTAL SAÚDE	28.989	28.806	31.118	29.675	2.311	8,0%
CONTRATOS	20.246	20.723	23.182	21.719	2.459	11,9%
20 MAIORES	10.269	10.556	11.702	10.019	1.147	10,9%
ASSOC.PAULISTA DESENV. MEDICINA -SPDM	1.722	1.790	1.867	1.724	78	4,3%
FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA	1.113	1.163	1.728	1.125	565	48,6%
SECONCI- HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA	963	1.070	1.194	924	124	11,6%
CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	588	587	687	632	100	17,1%
FAMESP - HOSPITAL DE BAURU	589	574	619	557	45	7,8%
LAR S.FRANCISCO ASSIS NA PROVIDENCIA DEUS	594	602	571	467	-32	-5,3%
UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	550	556	578	526	22	4,0%
FUNDACAO PIO XI	388	492	509	521	17	3,4%
FUNDACAO FAC.REG.MED.SJ.RIO PRETO-FUNFARME	401	407	552	466	145	35,5%
FUNDACAO DO ABC	470	467	411	466	-56	-12,0%
IRMANDADE STA CASA MISERICORDIA SAO PAULO	374	412	452	417	41	9,9%
FUNDACAO DE DESENVOLV. DA UNICAMP - FUNCAMP	395	406	394	377	-12	-2,8%
FUND APOIO ENS PESQ E ASSIST-FAC.MED.R.PTO. (FAEPA)	296	331	394	364	63	19,1%
INSTITUTO SOCRATES GUANAES	185	335	434	356	99	29,5%
INSTITUTO SIRIO LIBANES	264	269	267	229	-2	-0,6%
HOSPITAL CRUZ AZUL DE SAO PAULO	258	214	226	224	12	5,8%
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	310	253	213	143	-40	-15,7%
CRUZADA BAND. S. CAMILO	401	222	159	126	-62	-28,1%
FUNDACAO ZERBINI	192	191	264	225	73	38,2%
SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS E COMERCIO SA	217	215	182	153	-33	-15,5%

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela 45. Orçamento de Instituições selecionadas por Ações de Governo. R\$ mi de 2021.

	2019	2020	2021	Variação 2019-2020		Variação 2020-2021	
				R\$	%	R\$	%
FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA (a)	1.163	1.728	1.125	565	48,6%	-604	-34,9%
4852 - ATEND. AMBUL. HOSP. POR ORGANIZACOES SOCIAIS	613	597	517	-17	-2,7%	-80	-13,5%
5532 - ATEND.AMB.HOSP.SERV.CONTR./CONV.GEST.ESTADUAL	367	481	391	114	31,1%	-90	-18,7%
6213 - APOIO A ATENCAO BAS. MUNIC. E ENT. FILANTR.	81	611	179	529	650,6%	-432	-70,7%
SECONCI- HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA (b)	1.070	1.194	924	124	11,6%	-270	-22,6%
4852 - ATEND. AMBUL. HOSP. POR ORGANIZACOES SOCIAIS	1.070	1.194	922	124	11,6%	-272	-22,8%
CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA (c)	587	687	632	100	17,1%	-55	-8,1%
4852 - ATEND. AMBUL. HOSP. POR ORGANIZACOES SOCIAIS	338	308	282	-30	-9,0%	-26	-8,6%
5532 - ATEND.AMB.HOSP.SERV.CONTR./CONV.GEST.ESTADUAL	198	213	202	14	7,1%	-11	-5,0%
6213 - APOIO A ATENCAO BAS. MUNIC. E ENT. FILANTR.	32	150	132	118	371,2%	-18	-11,8%
FUNDAÇÃO FAC.REG.MED.SJ.RIO PRETO-FUNFARME (d)	407	552	466	145	35,5%	-86	-15,6%
5532 - ATEND.AMB.HOSP.SERV.CONTR./CONV.GEST.ESTADUAL	290	309	305	20	6,8%	-5	-1,5%
6213 - APOIO A ATENCAO BAS. MUNIC. E ENT. FILANTR.	40	169	92	129	323,2%	-77	-45,7%
ORÇAMENTO TOTAL 4 INSTITUIÇÕES (a+b+c+d)	3.227	4.161	3.146	934	28,9%	-1.015	-24,4%
TOTAL AÇÃO 6213 PARA AS 4 INSTITUIÇÕES	153	930	404	777	507,0%	-527	-56,6%

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Para o ano de 2021, o movimento foi de refluxo em todas as rubricas dessas quatro instituições e isso se deu por duas explicações: a primeira que houve uma queda global dos investimentos em Saúde, como já vimos e denominamos de “efeito-sanfona”. A segunda explicação é que parece ter havido uma decisão de pulverização dos contratos relativos à Ação de Governo 6213, desconcentrando-os dessas três instituições, em especial a Fundação Faculdade de Medicina que alcançou R\$ 611 milhões em 2020 e sofreu uma queda contratual de mais de 70% em 2021, caindo para R\$ 179 milhões.

O desempenho da Ação de Governo 6213 ter esse desempenho deriva de sua própria natureza de se estruturar em repasses do Governo Federal que durante o primeiro ano foram majorados em decorrência da Lei Complementar 173. Os recursos extraordinários demandaram uma ação rápida do Governo que mobilizou os contratos existentes e não puderam realizar melhorias salariais até o término do ano de 2021, a despeito dos recursos exclusivos da saúde terem sido repassados em 2020.

Sistematizando as contribuições, temos que o primeiro ano de pandemia foi de elevação dos recursos direcionados aos Contratos, que ampliaram R\$ 2,45 bilhões. Os mesmos recuaram R\$ 1,46 bilhão em 2021, por conta da queda dos repasses federais, principalmente. A Ação de Governo que representou essa ampliação foi a de referência das despesas com média e alta complexidade financiada por repasses federais. Nesse quesito, apesar da absorção dos recursos adicionais ter sido na proporção que as 20 maiores instituições ocupam no Orçamento global e da Categoria Contratos, ela se deu de maneira heterogênea, concentrando R\$ 934 milhões dos R\$ 1,1 bilhão em 4 instituições, sendo a mais beneficiada, por larga margem, a Fundação da Faculdade de Medicina.

Essa situação foi revertida em 2021, com a pulverização dos contratos e o retorno para o patamar pré-pandêmico. As 20 maiores instituições seguiram como responsáveis por praticamente metade dos contratos e por quase 40% do orçamento global da Saúde, apontando que a estratégia pela contratualização passa pela concentração de recursos. O ranqueamento entre as instituições também se mostrou com baixo dinamismo. O crescimento proporcional do

volume dos contratos mantém uma equidistância entre os orçamentos institucionais, sem substanciais alternâncias nas vinte primeiras posições.

O perfil institucional da contratualização é bem característico e acompanha a estratégia de Organizações Sociais e de Instituições com relação com as Fundações Universitárias e, em menor medida, as Santas Casas que buscam se diversificar no mesmo sentido de adequação. Combinando esses três elementos, explicamos a quase integralidade das 20 instituições, restando como única exceção a Instituição vinculada ao serviços de vale-alimentação.

CAPÍTULO 6. Considerações finais para uma agenda de pesquisa

Esse estudo investigou a estratégia do estado de São Paulo na resposta à pandemia do coronavírus, em especial sobre os efeitos da elevação dos recursos investidos em saúde sobre a trajetória da contratualização observada nos anos 2010. Nesse percurso, buscamos contextualizar a construção do Sistema Único de Saúde nos estados, equilibrando-se entre a grande agenda fiscal e o redesenho federativo promovidos nos anos 1990.

A década de 1990 foi primordial para ambas as frentes reconstituídas na construção desse quebra-cabeça. O intento foi de reconstruir a dinâmica dos estados brasileiros ante as reformas macroeconômicas, tributárias, patrimonial e do arcabouço institucional que desenharam os limites da construção do Sistema Único de Saúde em escala local e regional.

A contratualização como tendência dos orçamentos de saúde foi a linha de coesão de todo o estudo, desde as reformas incorporadas pela agenda fiscal dos anos 1990, passando pela dificuldade de afirmação do orçamento dos direitos sociais, o novo modelo federativo e, por fim, a importância que assumiram as despesas com a saúde nos estados e, em especial, no estado de São Paulo.

A consolidação do marco fiscal, a demanda por financiamentos para a estruturação do SUS e o modelo federativo foram trabalhados de modo a evidenciar a importância dos estados nas reformas promovidas nos anos 1990. Um fio condutor das medidas levadas adiante pelo Poder Central foi justamente a transferência para os estados dos ônus dos ajustes em ambas as frentes do balanço orçamentário, seja pelo lado das receitas, seja pelo lado das despesas.

Tais ônus foram detalhados com as medidas de ajuste fiscal e patrimonial promovidas pelo Governo Federal através dos acordos de federalização das dívidas estaduais e de socorro financeiros às suas entidades bancárias. O exercício do poder em âmbito estadual foi compelido às peças orçamentárias, vedando os mecanismos de endividamento via bancos estaduais e empresas estatais que marcaram os anos 1980.

Somou-se ao redesenho do poder estadual outras medidas que acabaram prejudicando as receitas estaduais, como desvinculações das receitas federais

que compõem os Fundos de Participação de Estados (e Municípios) e a criação de fontes federais não compartilhadas. Se, de um lado, a política em âmbito estadual foi compelido às peças orçamentárias, regida pela centralidade do superávit primário, de outro as bases das receitas estaduais foram corrompidas pelas medidas do Poder Central. Essa é uma das conclusões do modelo federativo logrado com as reformas dos anos 1990.

Pelo lado das despesas, além do pagamento de uma parcela fixa, em termos proporcionais, ao Governo Federal como condição do acordo das Dívidas Estaduais, em 2000 foi definida a ampliação dos estados na contribuição ao financiamento da saúde pública. Essa dupla vinculação, somada ao mínimo destinado à educação, marcaram o lado das despesas.

Desse modo, totaliza o que foi tratado como novo modelo federativo, fruto de uma reação centralizadora do Poder Central à descentralização promovida pela Constituição em 1988. Em perspectiva histórica, a reconstituição da centralização da ditadura militar (1964-1985) foi condição necessária para estimar parâmetros que buscassem diferenciar os modelos de 1966 e da década de 1990. Argumentamos que a perda de ferramentas dos entes federativos subnacionais nos anos 1990 inseria o poder local em condições de exercício mais limitado que sob o modelo autoritário. Os estados foram fundamentais à consolidação do marco fiscal, inclusive sendo submetidos a uma rigidez não instituída na esfera federal.

A criação dos Fundos Estaduais de Saúde com a Emenda Constitucional nº. 29 foi cotejada com a descentralização desigual entre estados e municípios das atribuições e responsabilidades promovidas pelo Ministério da Saúde. Os municípios avançaram na construção de estruturas burocráticas locais, sobre a regulamentação dos repasses de recursos federais e se articularam em rede nacional no pleito pela descentralização de saúde. Os estados não o fizeram e a entrada tardia nesse processo ocorreu com a Emenda Constitucional nº. 29.

Assim, os estados que se viram compelidos a contribuir com a agenda fiscal dos anos 1990, em disputa francamente desfavorável contra o Poder Central, foram novamente convocados a constituir os Fundos. Ressalte-se que a internalização de estruturas do SUS não surge na literatura como uma demanda dos estados,

tampouco existem fóruns de pleito nesse sentido. A desresponsabilização era uma posição cômoda aos governadores.

A Emenda Constitucional nº. 29. alterou esse estado de coisas e as saídas encontradas foram inúmeras, invariavelmente resvalando para o desrespeito às normas, com anuência dos Tribunais de Contas que aceitavam contabilização de despesas estranhas à saúde, como previdência, política de assistência social e saneamento. Nesse sentido chegamos ao potencial da contratualização, pois ela é o amálgama entre as obrigações de despesas com a Saúde e as orientações de despesas com Pessoal da Lei de Responsabilidade Fiscal. Isso decorre pelo fato da contratualização ser contabilizada em classificação orçamentária estranha às despesas com Pessoal.

Em que pese a incorporação de novas fontes ao financiamento do SUS em 2000 com a ampliação dos recursos estaduais, as médias históricas de investimentos com a saúde pública brasileira seguiram aquém das demandas e das médias comparadas com outros países. No capítulo dois foi realizado um balanço do debate econômico e questões de relevância foram levantadas para a compreensão da questão da contratualização e, principalmente, de sua dinâmica durante a pandemia.

A pandemia oportunizou testar a hipótese do debate econômico sobre a saúde, principalmente a tese sobre o subfinanciamento. Em que pese a verificação da sua expressão nos orçamentos globais e *per capita* no Brasil, buscou-se testar os limites da institucionalidade do Sistema Único de Saúde, principalmente o papel que os sujeitos da contratualização possuem sob um ambiente de recursos extraordinários. Esse ambiente ocorreu com o primeiro ano da pandemia, principalmente.

Construindo Categorias de despesa que representam o conjunto da Contratualização e sua antítese, o que chamamos de Servidores e CLT, verificamos que o ambiente de pandemia não somente foi utilizado como uma conjuntura de elevação da contratualização em termos relativos, como de perda de despesas com a Categoria Servidores e CLT, inclusive em termos nominais. Constatou-se a capacidade da contratualização na apropriação dos excedentes de recursos extraordinários durante a pandemia.

Aprofundando esse ponto, alguns comentários nessas considerações finais são necessários, seja para reforçar algumas impressões acerca dos avanços da pesquisa, seja para suscitar novos questionamentos. O primeiro, evidente, é de que a problemática do subfinanciamento, embora correta, precisa de um balanço qualitativo. Essa institucionalidade tal como está posta não logrará mudanças na gestão pública de aparelhos públicos de saúde. Pode parecer uma postura nostálgica, dado que o próprio Estado Brasileiro já reviu a contratualização como uma modalidade de gestão pública, com deliberações nas altas instâncias jurídicas que criaram jurisprudência para as Organizações Sociais. No entanto, a reflexão aqui proposta é justamente acerca de um balanço da gestão dos quase R\$ 30 bilhões que o estado de São Paulo direcionou à Saúde em 2021 e que continuará sendo direcionados nos próximos anos.

Essa realidade reside em que esse orçamento se encontra sob controle de instituições não públicas, filantrópicas de todas as naturezas e origens. As unidades de Saúde sob gestão da Administração direta responde a menos de 20% e a tendência foi declinante no período e continuará sendo no próximo. O setor de compras estatal praticamente inexistente e as modalidades modernas de contratualização terceirizou esse poder para as instituições contratadas. A tese do subfinanciamento se posta em marcha terá como um dos efeitos o abastecimento desses contratos, no caso de ser tratada nos termos estritamente econômicos do *coeteris paribus*.

A segunda consideração é sobre o próprio conceito de Público e Privado. Esse tema é uma das principais clivagens na saúde brasileira. Os painéis de acompanhamento realizam essa separação para mensurar as despesas com saúde entre o Poder Público e as Famílias, principalmente com a aquisição dos planos/seguros de saúde. Considerando a pertinência dessa metodologia analítica, com desdobramentos valorosos à compreensão sobre o modelo de saúde que o Brasil vem adotando, temos que essa contribuição questiona o conceito de Público. Buscamos mostrar que a despesa pública já está contratualizada em pelo menos três quartos do valor total para o caso do estado de São Paulo. Em suma, as despesas públicas respondem a uma estrutura de saúde pública quanto à sua demanda, mas executada por instituições não públicas.

Ademais, essa tese buscou mostrar que o conceito de despesa pública pode ser analisado como uma fonte de recursos para o setor cuja gestão não é do Estado, mas do setor complementar filantrópico. Em que medida esses recursos compõem os balanços dessas instituições não foi o objetivo pretendido, mas não é arriscado afirmar que os contratos do estado de São Paulo são receitas correntes para essas instituições e ocupam uma posição central em seus balanços financeiros.

Como terceira consideração temos as implicações futuras para o modelo paulista de contratualização. A transferência de recursos para a contratualização se dá de duas formas: a dinâmica e a estática. A estática ocorre quando são repassados recursos na medida para que os contratos se mantenham estáveis como participação do orçamento total. Se o orçamento cresce 5%, essa fatia será repassada proporcionalmente aos contratos. Ou seja, é o acompanhamento do crescimento das despesas gerais com a saúde.

A transferência dinâmica é a mudança qualitativa de despesas e ela ocorre de duas formas. A primeira se dá através da não reposição do conjunto do funcionalismo. Ao se aposentar um servidor, não são abertos novos concursos e no decorrer do tempo a função é preenchida por uma empresa terceirizada, engrossando, portanto, os valores com os contratos. A outra forma de transferência dinâmica de recursos é a contemporânea. Ela deriva da contratualização de novos aparelhos de saúde, construído por recursos públicos, mas transferidas à gestão privada, responsável por todos os aspectos da gestão de pessoal e insumos. Esse exemplo têm sido adotado com as Organizações Sociais. Todas as formas de transferências são observadas na estratégia paulista.

O futuro que aponta é de um esgotamento desse modelo, pois, como dito, uma das fontes de transferência, a dinâmica, é uma fonte limitada de recursos. Conforme analisamos no capítulo 4, o peso da Categoria Servidores e CLT caiu entre 2010 e 2021 de 26 para 19% do total das despesas com saúde. Em termos reais, a preços de 2021, a queda foi de R\$ 7,3 para R\$ 5,6 bilhões, menos de um quarto do volume de contratos, que fechou em R\$ 21,7 bilhões.

Os limites das transferências encontram-se na própria dinâmica que foi historicamente utilizada para abastecer os contratos. A absorção dos excedentes estáticos do crescimento conjuntural das receitas também apresentam poucas possibilidades à contratualização. No entanto, essa crise, se por um lado denuncia limites ao financiamento desse modelo fortemente dependente das receitas públicas, de outro evidencia o potencial, por parte dessas instituições, de absorção dos excedentes extraordinários ou de novas fontes de financiamento vindouras.

Por fim, faz-se necessário um comentário sobre a dimensão política da contratualização. Além de servir como amálgama das imposições de despesas vinculadas à saúde – definidas pela Emenda Constitucional nº. 29 – com as limitações de teto de gastos com Pessoal promulgadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal pelas razões já expostas, a contratualização tem uma dimensão de discricionariedade que não é passível de ser secundarizada. A destinação de recursos para convênios tem um grau de discricionariedade maior que as despesas com servidores, principalmente se tivermos em conta aspectos da distribuição espacial das instituições de saúde no estado de São Paulo.

As distintas temporalidades institucionais, a exemplo das Santas Casas, distribuídas pelo território em cidades médias e até de pequeno porte, usualmente compõem o jogo político local, com relações no parlamento e na organização do poder regional. Essa teia política representa uma dupla determinação do arranjo maior, em que a incorporação dessas instituições pelas elites locais a subsidiam na inserção política com o Centro e ao mesmo tempo promove a sustentação do pacto federativo no qual se repousa o Poder Central. O mesmo raciocínio se estende às frações dos seguimentos da elite técnico-intelectual e financeira, como explorado no caso das Fundações Universitárias.

O segundo fator estrutural reside nas relações “patrimonialistas” entre as oligarquias regionais e o poder central por intermédio de sua representação política, quando se trata da distribuição e da apropriação dos fundos públicos, numa versão sempre renovada dos “donos do poder”. Estas relações políticas de associação oligárquica alimentaram a formação e as crises periódicas do nosso pacto federativo, as crises de vários governos constitucionais e os sucessivos pactos de compromisso periodicamente refeitos entre as elites territoriais (TAVARES, 2000, p. 138).

A contratualização da saúde atendeu a todos os motivos que foram explorados por esse estudo: dialogam com uma inserção subalterna dos estados no pacto federativo ressignificado pelas reformas de 1990, inclusive na determinação contra a própria vontade dos governadores de recursos exclusivos para o Sistema Único de Saúde. Enfim, todas as causas que histórica e legalmente a subsidiaram como um modelo de gestão da saúde. E ela é também uma forma que os Governos cooptaram de modo a elevar o grau de discricionariedade de sua destinação, capitaneando seus frutos em prol da estabilidade política. Esse ponto está em consonância com o balanço federativo realizado no primeiro capítulo, embora não se busque com isso qualquer justificativa dessa estratégia, ela resulta em uma situação defensiva e racional dos governantes diante da redução do seu poder fiscal.

A pesquisa exploratória abre possibilidades, mas carrega consigo dúvidas e limitações. A proposta de uso de dados primários de execução orçamentária permitiu recortes mais amplos sobre as despesas, como buscou-se comprovar. E como toda pesquisa exploratória, sempre termina no que seria um novo ponto de partida, alimentada pelas dúvidas acerca de sua replicação para outras unidades federativas, de seu cruzamento com variáveis qualitativas, de melhor aperfeiçoamento. Que esse momento de encerramento da pesquisa seja o início de outras frentes do entendimento acerca da saúde pública.

Oxalá essa contribuição robusteça a luta por um Sistema Único de Saúde. Viva o SUS!

BIBLIOGRAFIA

- AFONSO, J. R. Responsabilidade Fiscal no Brasil: Uma Memória da Lei. **FGV**, 2010.
- AFONSO, J. R. R. A questão tributária e o financiamento dos diferentes níveis de governo. Em: AFFONSO, R. DE B. Á.; SILVA, P. L. B. (Eds.). **A Federação em perspectiva: ensaios selecionados**. São Paulo: FUNDAP, 1995a. p. 315–328.
- AFONSO, J. R. R. Dilemas da saúde: financiamento e descentralização. **Revista do BNDES**, v. 2, n. 3, p. 221–238, jun. 1995b.
- AGÊNCIA BRASIL - EBC. Fundações de apoio privatizam atividades universitárias, avalia dirigente do Andes . **Agência Brasil - Empresa Brasil de Comunicação**, 2 mar. 2008.
- ALVES, D. F. DE A.; CARNUT, L.; MENDES, Á. Dimensionamento da “economia política” na “economia da saúde”: para refletir sobre o conceito de sustentabilidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 145–160, 2019.
- ALVES, D. F. DE A.; MENDES, Á. N.; CARNUT, L. Economia política da saúde no Brasil: quem são seus pesquisadores e o que pesquisam? **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 11, n. 0, 12 dez. 2019.
- ANTICO, C. et al. Contratualização. Em: GIOVANNI, G. DI; NOGUEIRA, M. A. (Eds.). **Dicionário de Políticas Públicas**. 2. ed. ed. São Paulo: Editora da Unesp:Fundap, 2015. p. 191–195.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE SÃO PAULO. **Comissão Parlamentar de Inquérito das Organizações Sociais. Relatório Final CPI** , 17 set. 2018. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/arquivoWeb/com/com5772.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2022
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Comissão Parlamentar de Inquérito das Santas Casas. Relatório Final da CPI**São Paulo, 27 jun. 2009. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/StaticFile/documentacao/cpi_santas_casas_relatorio_final.htm>. Acesso em: 14 jul. 2022
- BACHA, E. L. O Plano Real: uma avaliação. Em: MERCADANTE, A. (Ed.). **O Brasil pós-Real: a política econômica em debate**. Campinas: UNICAMP-IE, 1998. p. 11–70.
- BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1385–1397, 2008.
- BARBOSA, F.; GIAMBIAGI, F. o ajuste fiscal de 1990-93: uma análise retrospectiva. **RBE**, v. 49, n. 3, p. 521–543, 1994.
- BATISTA, P. N. **O consenso de Washington: A visão neoliberal dos problemas latino-americanos**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.
- BELLUZZO, L. G.; ALMEIDA, J. G. DE. **Depois da queda: e economia brasileira da crise da dívida aos impasses do Real**. 1a. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- BIASOTO JR, G. O sistema tributário brasileiro: uma trajetória de fragmentação. Em: PINTO, M. P. A.; BIASOTO JR, G. (Eds.). **Política fiscal e desenvolvimento no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2006. p. 39–74.

BRAGA, J. C. DE S.; PAULA, S. G. DE. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1986.

BRASIL. **Lei n. 4320, de 17 de março de 1964**. Brasília, 17 mar. 1964. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm>. Acesso em: 19 dez. 2022

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 out. 2022

BRASIL. **Emenda Constitucional nº. 10, de 04 de março de 1996**. , 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc10.htm>. Acesso em: 21 out. 2022

BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Brasília, 4 maio 2000a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 18 out. 2022

BRASIL. **Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000**. Brasília, 13 set. 2000b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 25 out. 2022

BRASIL. **Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012**. , 13 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 9 nov. 2022

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Brasília, 15 dez. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 25 out. 2022

BRASIL. **Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público-9ª Edição**. , 2022. Disponível em: <https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::::9:P9_ID_PUBLICACAO:41943>. Acesso em: 20 jul. 2022

BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 45, p. 49–95, 1998.

CALAZANS, F. F. et al. A importância da unidade gestora nos regimes próprios de previdência social: análise da situação dos estados e do Distrito Federal. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 2, p. 275–304, mar. 2013.

CARNEIRO, R. **Desenvolvimento em crise: a economia brasileira no último quarto do século XX**. 1a. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 435–444, 2001a.

CARVALHO, G. O financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade. **Fiocruz**, [s.d.].

CARVALHO, M. A. DE S. **Privatização: aspectos fiscais e Dívida Pública**. Tese - FGV - RJ, fev. 2001b.

CONTARATO, P. C.; DE LIMA, L. D.; LEAL, R. M. Crise e federalismo: tendências e padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4415–4426, 2019.

- COSTA, F. L. DA. História das reformas administrativas no Brasil: narrativas, teorizações e representações. **Revista do Serviço Público**, v. 59, n. 3, p. 271–288, 19 fev. 2008.
- COSTA, F. N. DA. **Banco do estado : o caso BANESPA**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1988.
- COSTA, N. DO R.; BARROS, P. L.; RIBEIRO, J. M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 3, p. 32–55, 24 fev. 1999.
- DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. **Revista Economia e Sociedade**, v. 17, p. 113–140, 2001.
- DALL'ACQUA, F. M. O impacto da Lei Kandir sobre a economia paulista. 24 nov. 2005.
- DALLARI, D. DE A. **Universidades Fundações**. São Paulo: ANDES, 1981.
- DALMONECH, L. F.; TEIXEIRA, A.; SANT'ANNA, J. M. B. O impacto ex-post da Lei de Responsabilidade Fiscal nº101/2000 nas finanças dos estados brasileiros. **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 4, p. 1173–1196, 2011.
- DOS SANTOS, C. H. ; et al. A dinâmica dos gastos com saúde e educação públicas no Brasil (2006-2015): Impacto dos mínimos constitucionais e relação com a arrecadação tributária. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, v. n. 2289, 2017.
- FAGNANI, E. **Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 19 ago. 2005.
- FIGUEIREDO, J. O. et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 37–47, out. 2018.
- FILGUEIRAS, L. A. M. **História do Plano Real: Fundamentos, impactos e contradições**. 3a. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.
- FILHO, P. P. Plano Brady: da retórica à realidade. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 24, n. 1, p. 55–105, 1 mar. 1994.
- FORTES, F. B. A emenda constitucional n. 29 de 2000 e os governos estaduais. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, v. 87, n. 87, p. 167–202, 2012.
- FREITAS, A. A. DE. Uma crítica heterodoxa à proposta do Novo Regime Fiscal (PEC n.º 55 de 2016). **Indicadores Econômicos FEE**, v. 44, n. 4, p. 9–26, 23 jun. 2017.
- GENTIL, D. L. **A Política Fiscal e a Falsa Crise da Seguridade Social Brasileira – Análise financeira do período 1990–2005**. . Rio de Janeiro: UFRJ, set. 2006.
- GIUBERTI, A. C. **Efeitos da lei de responsabilidade fiscal sobre os gastos dos municípios brasileiros**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 14 mar. 2006.
- GUTIERREZ, C. T. G. **A reestruturação dos bancos estaduais pós-PROES: análise do caso BANRISUL**. [s.l: s.n.].
- IBAÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo Social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 391–404, 2001.
- JUNIOR, N. C.; ELIAS, P. E. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde | Revista de Administração Pública. **Revista de Administração Pública**, p. 201–226, jan. 2003.

JUNIOR, W. C. F. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 2, p. 243–264, 2003.

JUSTA. DEMOCRATIZANDO A GESTÃO PÚBLICA DA JUSTIÇA. **ORÇAMENTO ESTADUAL EM 2020: São Paulo em ano de pandemia**. São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <<https://justa.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Orcamento-Estadual-de-SP-2020.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

LAPREGA, M. R. **Os Hospitais de Ensino no Brasil: História e Situação Atual**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2015.

LAZZARI, J. B. Fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde. **Revistas de Direito Sanitário**, v. 4, n. 1, p. 75–84, mar. 2003.

LC 173/2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-173-de-27-de-maio-de-2020-258915168>>. Acesso em: 21 set. 2021.

LEVCOVITZ, E. **Transição X consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS: um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde-1974/1996**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269–291, 2001a.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269–291, 2001b.

LIMA, L. D. DE. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 573–598, 2008.

LIMA, L. D. DE. A Coordenação Federativa do Sistema Público de Saúde no Brasil. Em: **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: [s.n.]. v. 3p. 73–139.

LOPREATO, F. L. C. **Crise de financiamento dos governos estaduais (1980/1988)**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1992.

LOPREATO, F. L. C. O endividamento dos governos estaduais nos anos 90. **Texto para Discussão**, v. 94, p. 1–82, 2000.

LOPREATO, F. L. C. **O colapso das finanças estaduais e a crise da federação**. Unesp ed. São Paulo: [s.n.].

LOPREATO, F. L. C. A política fiscal brasileira: limites e entraves ao crescimento. **Texto para Discussão - Economia Unicamp**, v. 131, p. 1–67, ago. 2007.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social | Economia e Sociedade. **Economia e Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 159–175, 2005.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 9–32, 27 jan. 2020.

MENDES, A. N. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) : a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). 2005.

MENEZES-FILHO, N.; KOMATSU, B. K. Simulações de impactos da COVID-19 e da Renda Básica Emergencial sobre o desemprego, renda, pobreza e desigualdade. 2020.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Manual Técnico de Orçamento** . Manual Brasília, 2021. Disponível em: <<https://bitly.com/7hISqp>>. Acesso em: 19 set. 2021

OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2035–2042, jun. 2018.

OKUMURA, S. H. **Concessões rodoviárias em São Paulo na década de 1990 : uma análise das relações entre Estado, capital e infraestrutura**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 19 fev. 2018.

OLIVEIRA, A. L. M.; NETO, M. S.; DONADONE, J. C. O papel da Santa Casa no sistema público de saúde brasileiro: o levantamento histórico de uma instituição filantrópica. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 1, p. e200150, 17 jan. 2022.

OLIVEIRA, F. A. DE. **Uma pequena história da tributação e do federalismo fiscal no Brasil: a necessidade de uma reforma tributária justa e solidária**. São Paulo: Editora Contracorrente, 2020.

OLIVEIRA, F. A. **Autoritarismo e crise fiscal no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

PAIM, J. S. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, n. 4, p. 365–375, dez. 1989.

PEREIRA, J. E. DE C. **Financiamento externo e crescimento econômico no Brasil: 1966/73**. Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1974.

PERES, J. DE J. **O circuito fechado do endividamento**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 26 out. 2017.

PIMENTA, M. E. B. **Uma análise das Fundações de apoio como mecanismos de captação de recursos**. Florianópolis: UFSC, 1988.

PINTO, M. P. A. **São Paulo e os anos 90 : mudança das relações intergovernamentais, ajuste fiscal e o declínio do poder público**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 17 maio 2002.

PINTO, M. P. A.; CINTRA, M. A. M.; CAVALCANTI, C. E. G. Crise e “ajuste” das finanças do Estado de São Paulo (1980-2005). **Texto para discussão nº 118**, p. 1–62, set. 2006.

REIS, C. O. O.; RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F. Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: O Caso do Ministério da Saúde. **Texto para discussão IPEA nº 802**, jun. 2001.

REZENDE, F. O financiamento das políticas públicas: problemas atuais. Em: AFFONSO, R. DE B. Á.; SILVA, P. L. B. (Eds.). **A Federação em perspectiva: ensaios selecionados**. São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 241–259.

RIANI, F.; ALBUQUERQUE, C. M. P. DE. **A LEI COMPLEMENTAR 87/96 (LEI KANDIR): BALANÇO DE PERDAS E GANHOS E PROPOSTA DE MUDANÇA-O CASO DE MINAS GERAIS**. SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA. **Anais...**2000.

RIGOLON, F.; GIAMBIAGI, F. **A RENEGOCIAÇÃO DAS DÍVIDAS E O REGIME FISCAL DOS ESTADOS**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/10676/1/A%20Economia%20Brasileira%20nos%20Anos%2090_A%20Renegocia%C3%A7%C3%A3o%20das%20D%C3%ADvidas%20e%20o%20Regime%20Fiscal%20dos%20Estados_P_BD.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2022.

ROSSI, P. et al. AUSTERIDADE FISCAL E O FINANCIAMENTO DA EDUCAÇÃO NO BRASIL. **Educação & Sociedade**, v. 40, 9 dez. 2019.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, 15 dez. 2016.

SALVADOR, E. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, E. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serviço Social & Sociedade**, v. 130, n. 130, p. 426–446, dez. 2017.

SALVIANO JUNIOR, C. **Bancos Estaduais: dos Problemas Crônicos ao PROES**. Brasília: Banco Central do Brasil, 2004.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, n. 3, p. 64–80, 2008.

SÃO PAULO. **Portaria CO 9, de 14 de dezembro de 2018**. São Paulo Secretaria de Orçamento e Gestão, 14 dez. 2018. Disponível em: <http://vclippingorcamento.planejamento.sp.gov.br/Vclipping1/index.php/Classifica%C3%A7%C3%A3o_da_Despesa_Or%C3%A7ament%C3%A1ria_quanto_%C3%A0_natureza>. Acesso em: 21 jul. 2022

SÃO PAULO. **Decreto 65.021, de 19 de junho de 2020**. São Paulo Governador, 19 jun. 2020. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/norma/194241>>. Acesso em: 21 jul. 2022

SARTI, F.; HIRATUKA, C.; FONSECA, C. A crise sanitária da Covid-19 e a vulnerabilidade produtiva e tecnológica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil no contexto da financeirização. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 129–143, 2021.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 47–74, 2001.

SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO. **Portaria CO Nº 09 Governo do Estado de São Paulo**. Disponível em: <www.planejamento.sp.gov.br>. Acesso em: 11 ago. 2021.

SERRA, J. Descentralização e realidade. Em: **Orçamento no Brasil: As raízes da crise**. São Paulo: Atual Editora LTDA, 1994. p. 111–113.

SERRA, J.; AFONSO, J. R. R. El federalismo fiscal en Brasil: una visión panorámica. **Revista de La Cepal**, p. 29–52, abr. 2007.

SILVA, G. DE O.; ANDREOLI, G. L. M.; BARRETO, J. O. M. Políticas públicas para o desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil. **Com. Ciências Saúde**, v. 27, n. 1, p. 9–20, 2016.

SIMÃO, E. Dez empresas contratam 38,5 mil em meio à pandemia | Brasil | Valor Econômico. **Valor Econômico**, 12 ago. 2020.

SOUZA, R. R. DE. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

TAVARES, M. Vinte anos de política fiscal no Brasil: dos fundamentos do novo regime à Lei de Responsabilidade Fiscal. **Revista de Economia & Relações Internacionais**, v. 4, n. 7, p. 79–101, jul. 2005.

TAVARES, M. DA C. Subdesenvolvimento, dominação e luta de classes. Em: TAVARES, M. DA C. (Ed.). **Celso Furtado e o Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000. p. 129–154.

TESOURO NACIONAL. **Portarias sobre Receita Líquida Real (RLR) — Tesouro Transparente**. Disponível em: <<https://www.tesourotransparente.gov.br/consultas/portarias-sobre-receita-liquida-real-rlr>>. Acesso em: 21 dez. 2022.

VARSANO, R. Fazendo e desfazendo a Lei Kandir. **Texto para Debate - Banco Interamericano de Desenvolvimento**, ago. 2013.

VIANNA, S. M. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha dos recursos. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 43–58, 1992.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; PUCCI DE SÁ E BENEVIDES, R. **VINCULAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO GASTO EM SAÚDE NO BRASIL: RESULTADOS E ARGUMENTOS A SEU FAVOR 2516**. Brasília : Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2516.pdf>. Acesso em: 27 maio. 2021.

VIEIRA, S. A. O processo de privatização dos bancos estaduais e o Proes. **Pensar Contábil**, v. 9, n. 37, 2007.

WATANABE, M. Estados dependem mais da União após corte de ICMS | Brasil | Valor Econômico. **Jornal Valor Econômico**, 20 dez. 2022.

ZANATTA, C. L. Dupla porta na saúde: o atendimento a planos de saúde privados em hospitais de ensino públicos e filantrópicos do estado de São Paulo. 7 fev. 2021.

ANEXOS

Quadro Anexo 1. OSS cadastradas em julho de 2022 por situação.

Nome OSS	Endereço	CNPJ	Data de Qualificação	Situação
Associação Beneficente Cisne	Rua Pitanga,38	56.322.696/0001- 2	09/10/2018	Ativa
Associação Beneficente Hospital Universitário - ABHU	Rua Dr. Próspero Cecilio Coimbra, 80	09.528.436/0001-22	07/04/2014	Ativa
Associação Beneficente Hospitalar São Camilo - Peritiba	Rua Frei Bonifácio, 211	78.478.559/0001-19	18/12/2018	Ativa
Associação Casa de Saúde Beneficente de Indaiporã	Rua Coleta Macedo de Oliveira,1000	02.927.389/0001-40	14/08/2015	Ativa
Associação Congregação de Santa Catarina	Av. Paulista, 200	60.922.168/0001-86	26/06/1998	Ativa
Associação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pacaembu	Av. Gentil Walter Ribeiro, 360	53.524.534/0001-83	16/11/2017	Suspensão cautelar da qualificação em 25/11/2021 (DOE - Caderno Executivo I - p.55)
Associação da Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos	Rua Dom Pedro I, 716	53.412.144/0001-11	05/01/2010	Ativa
Associação de Amparo ao Excepcional Ritinha Prates	Rua Wandenkolk, 2606	49.572.688/0001-73	01/03/2016	Ativa

Associação Fundo De Incentivo à Psicofarmacologia - AFIP	Rua Marselhesa, 500	47.673.793/0004-16	22/06/2010	Ativa
Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB	Av. José Ariano Rodrigues, 303	45.349.461/0001-02	05/06/2017	Desqualificação em 18/03/2022 (DOE - Caderno Executivo I - p.72)
Associação Hospitalar Thereza Perlatti de Jaú	Praça Dr. Adolfo Bezerra de Menezes, S/N	50.756.600/0001-52	24/10/2012	Ativa
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus	Rodovia Vicinal São Joaquim Telles Filho, km 3	53.221.225/0001-40	04/09/2007	Ativa
Associação Mantenedora João Evangelista	Avenida Nova Cantareira, 3050	61.626.958/0001-87	07/11/2011	Ativa
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM	Rua Napoleão de Barros, 715	61.699.597/0001-92	08/10/1998	Ativa
Associação SORRI-BAURU	Av. das Nações Unidas, 53	47.641.907/0001-00	31/03/2010	Ativa
Banco de Olhos de Sorocaba	Rua Nebeck Shiroma, 210	50.795.566/0001-25	03/10/2008	Ativa
Casa de Saúde Santa Marcelina	Rua Santa Marcelina, 177	60.742.616/0001-60	27/06/1998	Ativa
Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" – CEJAM	Rua Humaitá, 349 - Sobreloja	66.518.267/0001-83	15/11/2018	Ativa

Centro Regional para Assistência Integral em Cardiologia - CERAIC	Rua Rocha, 167 - Conjunto 34	06.060.432/0001-74	17/01/2020	Ativa
Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico Social	Rodovia Raposo Tavares, km 30,5	60.598.448/0005-04	02/12/2008	Ativa
Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência HCFMRPUSP - FAEPA	Campus Universitário, s/n	57.722.118/0001-40	23/03/2011	Ativa
Fundação do ABC	Rua Príncipe de Gales, 821	57.571.275/0001-00	08/12/2006	Ativa
Fundação Faculdade de Medicina	Avenida Rebouças, 381	56.577.059/0001-00	12/12/2008	Ativa
Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto	Av. Brigadeiro Faria Lima, 5544	60.003.761/0001-29	06/09/2011	Ativa
Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem - FIDI	Avenida Paulista, 1294 - 21º andar	55.401.178/0001-36	02/09/2009	Ativa
Fundação Luiz Decourt	Av. Senador Lemos, 443	14.700.421/0001-30	16/01/2017	Ativa
Fundação Padre Albino	Rua dos Estudantes, 225	47.074.851/0001-42	28/10/2009	Ativa
Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar - FAMESP	Rua João Butignolli, s/n	46.230.439/0001-01	28/07/2011	Ativa
Fundação PIO XII	Rua Vinte, 221	49.150.352/0001-12	02/06/2009	Ativa

Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca	Praça Dom Pedro II, 1826	47.969.134/0001-89	08/07/2009	Ativa
Hospital Assistencial Maria Cavalotti Neves de Potirendaba	Avenida Anna Josepha Peres Garcia, 430	51.855.534/0001-30	21/06/2016	Ativa
Instituto Biosaude IB	Rua Barao de Jaceguai, 1667	03.170.887/0001-54	07/07/2017	Ativa
Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês	Rua Peixoto Gomide, 316	09.538.688/0001-32	01/12/2009	Ativa
Instituto do Câncer Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho	Rua Dr. Cesário Motta Júnior, 112	60.945.854/0001-72	31/10/2012	Ativa
Instituto Nacional de Pesquisa e Gestao em Saude - INSAUDE	Av CI Guilherme A Castanho, 496	44.563.716/0001-72	25/05/2017	Desqualificação em 31/08/2021 (DOE - Caderno Executivo I - p.08)
Instituto Paulista de Estudos e Pesquisas em Oftalmologia - IPEPO	Rua Botucatu, 979	67187.070/0001-71	12/04/2011	Ativa
Instituto Sócrates Guanaes - ISG	Av. Brigadeiro Luis Antônio, 3421	03.969.808/0001-70	27/12/2016	Ativa
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Lorena	Rua Dom Bosco, 562	51.779.304/0001-30	27/02/2009	Ativa
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília	Av. Vicente Ferreira, 828	52.049.244/0001-62	01/12/2011	Ativa
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Rua Cesário Mota Junior, 112	62.779.145/0001-90	14/12/1999	Ativa

Organização Santamarense de Educação e Cultura - OSEC	Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340	62.277.207/0001-65	01/01/0001	Ativa
Santa Casa de Andradina	Av. Guanabara, 730	43.535.210/0001-97	12/02/2009	Ativa
Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba	Rua Floriano Peixoto, 896	43.751.502/0001-67	31/12/2008	Ativa
Santa Casa de Misericórdia de Assis	Praça Dr Simphronio A Santos, 166	44.364.826/0001-05	04/01/2012	Ativa
Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis	Av. Afonso Cáfaró, 2630	47.844.287/0001-08	17/04/2009	Ativa
Santa Casa de Misericórdia de Itapeva	Rua Santo Dumont, 433	49.797.293/0001-79	07/11/2008	Ativa
Santa Casa de Misericórdia de Ituverava	Praça Monsenhor João Rulli, 729	50.304.377/0001-02	30/12/2008	Ativa
Santa Casa de Misericórdia de Tupã	Rua Manoel Ferreira Damião, 426	72.547.623/0001-90	27/09/2010	Ativa
Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga	Rua Minas Gerais, 3051	72.957.814/0001-20	31/08/2007	Ativa
Santa Casa de Misericórdia e Maternidade Dracena	Rua Virgilio Pagnozzi, 833	47.617.584/0001-02	24/06/2008	Ativa
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo - SECONCI	Av. Francisco Matarazzo, 74	61.687.356/0001-30	19/10/1998	Ativa
Sociedade Assistencial Bandeirantes	Rua Galvão Bueno, 257	46.543.781/0005-95	12/09/2003	Ativa

Sociedade Beneficente Caminho de Damasco - SBCD	Rua Doutor Jesuíno Maciel, 1956	48.211.585/0001-15	09/11/2021	Ativa
---	---------------------------------	--------------------	------------	-------

Fonte: Portal da Transparência da Saúde do estado de São Paulo (Tabulação Própria)

Tabela Anexa 1. Orçamento para Elementos de Despesa selecionados. 2010-2021. R\$ mi a preços de 2021.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10 - SAUDE	27.866	28.067	28.829	29.504	30.143	29.153	28.078	28.888	28.989	28.806	31.118	29.675
CONTRATOS	18.257	18.648	19.103	19.496	19.690	19.264	19.202	19.762	20.246	20.723	23.182	21.719
39 - OUTROS SERV. DE TERCEIROS-P.JURÍDICA	6.663	6.834	7.877	8.406	7.885	8.587	8.805	9.388	9.716	9.835	10.340	9.576
43 - SUBVENÇÕES SOCIAIS	6.148	6.570	6.349	6.487	7.038	6.277	6.455	5.932	6.030	6.089	7.725	7.018
30 - MATERIAL DE CONSUMO	4.575	4.290	3.909	3.815	3.967	3.549	3.125	3.346	3.374	3.450	3.917	3.845
37 - SERV.LIMPEZA, VIGILÂNCIA E OUTROS-P.JURÍDICA	369	393	404	420	409	482	521	551	535	494	497	500
36 - OUTROS SERV.DE TERCEIROS-PESSOA FÍSICA	288	325	312	80	122	143	66	319	296	276	253	227
DEMAIS	215	236	253	288	270	226	230	225	296	579	451	552
SERVIDORES E CLT	7.302	7.104	7.655	7.853	8.366	8.271	7.443	7.151	6.866	6.622	6.228	5.668
11 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS-PESSOAL	6.110	6.222	6.512	6.758	7.327	7.164	6.380	6.073	5.801	5.510	5.176	4.561
13 - OBRIGAÇÕES PATRONAIS	1.072	757	1.029	999	955	1.006	951	971	964	906	861	924
DEMAIS	120	125	114	96	84	101	111	107	101	206	191	184
OUTROS	2.307	2.315	2.070	2.156	2.088	1.617	1.433	1.975	1.876	1.462	1.707	2.288

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 2. Orçamento ação de governo 4852 - Atendimento Ambulatorial e Hospitalar em unidades gerenciadas por OSS. R\$ mi a preços de 2021.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ação de governo 4852 - Atendimento Ambulatorial / Hospitalar por OSS	5.761,9	6.501,5	6.597,5	7.016,1	7.251,2	6.361,2

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 3. Organizações Sociais com contrato ativo em 2021. R\$ mi correntes.

	2021
ASSOC.PAULISTA DESENV. MEDICINA -SPDM	1.321,9
SECONCI- HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA	921,7
FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	516,6
FUNDAÇÃO DO ABC	445,6
FAMESP - HOSPITAL DE BAURU	372,4
INSTITUTO SOCRATES GUANAES	355,4
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA "DR.JOAO AMORIM"	347,1
LAR S.FRANCISCO ASSIS NA PROVIDENCIA DEUS	308,6
CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	281,6
UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	260,8
INSTITUTO SIRIO LIBANES	222,3
FUND APOIO ENS PESQ E ASSIST-FAC.MED.R.PTO. (FAEPA)	182,2
FUNDAÇÃO INST.PESQ. EST.DE DIAG.P/IMAGEM-FIDI	128,6
CRUZADA BAND. S. CAMILO	125,6
ASSOC.FUNDO INCENTIVO A PESQUISA - AFIP	110,0
CONSAUDE	89,7
IRM. STA. C. DE ANDRADINA - AME ARAÇATUBA	83,7
FUNDAÇÃO SANTA CASA MISERICORDIA FRANCA	78,7
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	64,4
IRM.STA.CASA MIS.VOTUPORANGA	40,4
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ASSIS	26,0
FUNDAÇÃO PIO XII	20,8
STA. CASA MIS. MAT. DRACENA - AME DRACENA	15,7
ASSOC. SANTA CATARINA - CRI ZONA NORTE	15,2
FUNDAÇÃO PADRE ALBINO	9,1
IRM.STA.CASA MIS.DE MARILIA-AME SAO CARLOS	8,9
STA. CASA MIS. DE ITUVERAVA - AME ITUVERAVA	8,3
TOTAL AÇÃO DE GOVERNO 4852	6.361,2

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 4. Fundações auditadas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. 2022.

<u>Órgão</u>	<u>Âmbito</u>	<u>Tipo do Órgão</u>	<u>DF/UR Fiscalizadora</u>
FUNDACAO DE APOIO A UNIVERSIDADE DE SAO PAULO	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDACAO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-14 UNIDADE REGIONAL DE GUARATINGUETÁ
FUNDACAO ARARAQUARENSE DE ENSINO E PESQUISA ODONTOLOGICA	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-13 UNIDADE REGIONAL DE ARARAQUARA
FUNDACAO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS CIENCIAS FARMACEUTICAS	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-13 UNIDADE REGIONAL DE ARARAQUARA
FUNDACAO JOSEENSE DE ENSINO E PESQUISA EM ODONTOLOGIA	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-7 UNIDADE REGIONAL DE SÃO JOSE DOS CAMPOS
FUNDACAO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONOMICAS	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDACAO DESENVOLVIMENTO TECNOLOGICO DE ENGENHARIA	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDACAO CENTRO TECNOLOGICO DE HIDRAULICA	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDACAO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDACAO DE APOIO A PESQUISA ENSINO E EXTENSAO - JABOTICABAL	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-6 UNIDADE REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO
FUNDACAO EST. PESQUISAS AGRICOLAS FLORESTAIS	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-2 UNIDADE REGIONAL DE BAURU
FUNDACAO INSTITUTO DE ADMINISTRACAO - USP	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDACAO BAURUENSE DE ESTUDOS ODONTOLOGICOS	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-2 UNIDADE REGIONAL DE BAURU
FUNDACAO INST.DE PESQUISAS CONTABEIS ATUARIAIS E FINANCEIRAS	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDACAO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENT E TEC ODONTOLOGIA	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDACAO MEDICINA VETERINARIA FUMVET	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

FUNDACAO PARA O INCREMENTO DA PESQ.E APERFEICOAM.INDUSTRIAL	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-13 UNIDADE REGIONAL DE ARARAQUARA
FUNDACAO DE APOIO A FISICA E A QUIMICA	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-13 UNIDADE REGIONAL DE ARARAQUARA
FUNDACAO INSTITUTO DE ENFERMAGEM DE RIBEIRAO PRETO	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-6 UNIDADE REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO
FUNDACAO PESQUISA E DESENV.ADM.CONTABILIDADE E ECONOMIA	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-6 UNIDADE REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO
FUNDACAO ODONTOLOGICA DE RIBEIRAO PRETO FUNORP	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-6 UNIDADE REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO
FUNDACAO DE APOIO A CIENCIAS HUMANAS EXATAS E NATURAIS	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-6 UNIDADE REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO
FUNDACAO DE ESTUDOS AGRARIOS LUIZ DE QUEIROZ	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-10 UNIDADE REGIONAL DE ARARAS
FUNDACAO ARCADAS	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDACAO DE APOIO A FACULDADE DE EDUCACAO DA USP FAFE	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDACAO PARA O DESENVOLV.DO ENSINO E DA PESQUISA DO DIREITO	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-6 UNIDADE REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO
FUNDACAO INSTITUTO DE PESQUISAS FARMACEUTICAS FIPFARMA	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDACAO PARA A PESQUISA EM ARQUITEURA E AMBIENTE FUPAM	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDACAO DA AREA DA SAUDE DE CAMPINAS FASCAMP	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-3 UNIDADE REGIONAL DE CAMPINAS
FUNDACAO DE APOIO A CIENCIA TECNOLOGIA E EDUCACAO-FACTE	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-13 UNIDADE REGIONAL DE ARARAQUARA
FUND.LUCENTIS DE APOIO A CULTURA,ENSINO PESQUISA E EXTENSAO	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-2 UNIDADE REGIONAL DE BAURU
FUNDACAO DE ENSINO PESQUISA E EXTENSAO DE ILHA SOLTEIRA	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-15 UNIDADE REGIONAL DE ANDRADINA
FUNDACAO DE CIENCIA TECNOLOGIA E ENSINO-FUNDACTE	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-5 UNIDADE REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

FUNDAÇÃO DE APOIO A PESQUISA E EXTENSÃO- FAPERP	Estadual	Fundação Estadual Conveniada	UR-8 UNIDADE REGIONAL DE SÃO JOSE DO RIO PRETO
FUNDAÇÃO DE APOIO A TECNOLOGIA - FAT	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	6ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDAÇÃO DO INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS DE BOTUCATU	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-2 UNIDADE REGIONAL DE BAURU
FUNDAÇÃO DE APOIO A PESQUISA E ENSINO	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-14 UNIDADE REGIONAL DE GUARATINGUETÁ
FUNDAÇÃO BUTANTAN	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	8ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA DA USP	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDAÇÃO ZERBINI	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	7ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDAÇÃO PARA O VESTIBULAR DA UNESP	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	3ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA UNESP	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	3ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDAÇÃO ADIB JATENE	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	8ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA UNICAMP FUNCAMP	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-3 UNIDADE REGIONAL DE CAMPINAS
FUNDAÇÃO DE APOIO AOS HOSP VETERINÁRIOS DA UNESP	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-2 UNIDADE REGIONAL DE BAURU
FUNDAÇÃO APOIO ENSINO PESQ HOSP CLÍNICAS RIB PRETO	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-6 UNIDADE REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO
FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE RIBEIRÃO PRETO	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-6 UNIDADE REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO
FUNDAÇÃO DESENVOLVIMENTO MÉDICO HOSPITALAR BOTUCATU	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-2 UNIDADE REGIONAL DE BAURU
FUNDAÇÃO EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	3ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

FUNDAÇÃO DE PESQUISA E ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BAURU	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-2 UNIDADE REGIONAL DE BAURU
FUNDAÇÃO PARA O ESTUDO E TRATAM.DAS DEFORMID.CRANIO-FACIAIS	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-2 UNIDADE REGIONAL DE BAURU
FUNDAÇÃO UNI	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-2 UNIDADE REGIONAL DE BAURU
FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE BAURU	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-2 UNIDADE REGIONAL DE BAURU
FUNDAÇÃO DE APOIO AO INSTITUTO DE PESQUISAS TECNOLÓGICAS	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	6ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUND.AGENC.DAS BACIAS HIDR.DOS RIOS PIRAC,CAPIVARI E JUNDIAI	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-10 UNIDADE REGIONAL DE ARARAS
FUNDAÇÃO AG.DA BACIA HIDROGR.DO RIO SOROCABA E MEDIO TIETE	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-9 UNIDADE REGIONAL DE SOROCABA
AGENCIA PAULISTA DE PROM.INVEST.COMPETITIVIDADE-INVESTE S.P.	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	4ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDAÇÃO PADRE ANCHIETA-CENTRO PAULISTA RADIO TV EDUCATIVAS	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	2ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUNDAÇÃO AGENCIA DA BACIA HIDROGRAFICA DO ALTO TIETE	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	9ª DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
FUND.APOIO A FAC.MEDICINA E AO H.C.DA FAC.MEDICINA DMARILIA	Estadual	Fundação Estadual de Apoio	UR-4 UNIDADE REGIONAL DE MARÍLIA

Fonte: Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

Tabela Anexa 5. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. SPDM. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
ASSOC.PAULISTA DESENV. MEDICINA -SPDM	1.722	1.790	1.867	1.724	7.103
61699567000192 - ASSOC.PAULISTA DESENV. MEDICINA -SPDM	362	355	414	393	1.524
61699567000435 - SPDM - HOSPITAL GERAL DE PIRAJUSSARA	163	168	166	144	642
61699567000516 - SPDM - HOSP. DE DIADEMA	144	143	141	125	552
61699567000869 - SPDM - HOSP. CLINICAS LUZIA DE PINHO MELO	214	212	212	187	824
61699567001083 - SPDM - AME MARIA ZELIA	49	47	59	51	206
61699567001598 - SPDM - CEAC ZONA LESTE	43	44	38	38	162
61699567002217 - SPDM - AME SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	9				9
61699567002489 - SPDM - HOSPITAL BRIGADEIRO	193	194	185	152	723
61699567002560 - SPDM - AME PSIQUIATRIA V. MARIA	15	12	15	12	55
61699567002993 - SPDM - AME TABOÃO DA SERRA	13	13	14	13	53
61699567003612 - SPDM - LUCY MONTORO SAO J. CAMPOS	10	9	10	8	37
61699567003701 - SPDM - AME MOGI DAS CRUZES	13	13	13	11	50
61699567004775 - SPDM - UNIDADE RECOMEÇO HELVETIA	11	12	15	12	50
61699567005232 - SPDM - HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS	218	220	218	190	846
61699567005585 - SPDM - AME IDOSO OESTE	12	12	12	9	45
61699567006204 - SPDM - HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA	173	172	174	152	671
61699567007103 - SPDM - AME IDOSO SUDESTE	11	10	11	10	41
61699567007790 - SPDM - PAI ZONA NORTE	12	16	15	13	57
61699567007871 - SPDM-HOSPITAL REG. DE SOROCABA- BATA BRANCA	59	137	139	125	460
61699567008258 - SPDM - CROSS				61	61
61699567009653 - SPDM - JARDIM DOS PRADOS			17	17	34
61699567012018 - HOSPITAL AMPARO MATERNAL - SPDM				0	0

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 6. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. Fundação Faculdade de Medicina. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1.113	1.163	1.728	1.125	5.129
56577059000100 - FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1.067	1.116	1.689	1.087	4.959
56577059001092 - FUNDAÇÃO F. MEDICINA - INST.R. LUCY MONTORO	46	47	40	38	170

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 7. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. SECONCI. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
SECONCI- HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA	963	1.070	1.194	924	4.152
61687356000130 - SECONCI - SERV SOCIAL IND CONST MOBIL. EST SP	19	0	68	1	88
61687356000300 - SECONCI- HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA	158	158	159	135	610
61687356001454 - SECONCI - HOSPITAL ITAPECERICA DA SERRA	148	147	146	127	570
61687356002183 - SECONCI - HOSPITAL DE COTIA	110	113	115	105	443
61687356002426 - SECONCI - AME HELIOPOLIS	59	60	93	62	275
61687356002507 - SECONCI - HOSPITAL DE SAPOPEMBA	161	148	149	127	586
61687356002698 - SECONCI - CEADIS	29	31	31	40	131
61687356003074 - SECONCI - SEDI II	103	104	91	76	374
61687356003236 - SECONCI - CROSS	88	88	93	15	284
61687356003317 - SECONCI - AME SOROCABA	17				17
61687356003406 - SECONCI - AME CARAGUATATUBA	24	23	22	19	88
61687356003589 - SECONCI - AME GERALDO DE PAULO BOURROUL	24	23	25	20	93
61687356003821 - SECONCI - AME LORENA	14	16	18	14	62

61687356004208 - SECONCI - AME SAO VICENTE	8	21	18	17	64
61687356004399 - SECONCI - CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA		137	167	165	468

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 8. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. Casa Santa Marcelina. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	588	587	687	632	2.493
60742616000160 - CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	246	248	379	350	1.223
60742616000674 - CASA S. STA. MARCELINA-HOSP. ITAIM PAULISTA	155	154	155	142	607
60742616000755 - CASA S. STA. MARCELINA - HOSP ITAQUAQUECETUBA	151	150	153	140	594
60742616001301 - O.S.S. SANTA MARCELINA HOSP.CID. TIRADENTES		1	-		1
60742616001484 - CASA S. STA. MARCELINA - AME ZONA LESTE	35	34			69

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 9. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. FAMESP. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
FAMESP - HOSPITAL DE BAURU	589	574	619	557	2.339
46230439000101 - FUNDAÇÃO P/O DESENVOLV. MEDICO E HOSPITALAR	160	154	180	166	659
46230439000373 - FAMESP - HOSPITAL DE BAURU	207	205	205	180	797
46230439000616 - FAMESP -HOSPITAL MANOEL DE ABREU	0				0
46230439000888 - FAMESP - AME BAURU	16	16	16	13	62
46230439000969 - FAMESP - AME TUPA	16	14	16	14	61

46230439001000 - FAMESP - AME ITAPETININGA	16	15	16	14	60
46230439001183 - FAMESP - MATERNIDADE SANTA ISABEL	40	40	42	41	164
46230439001345 - FAMESP - HOSPITAL DE BASE DE BAURU	132	127	129	111	500
46230439001426 - FAMESP-SERV.REAB.LUCY MONTORO DE BOTUCATU	2	2	2	2	8
46230439001698 - FAMESP - HOSPITAL DAS CLINICAS DE BAURU			13	15	28

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 10. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. Lar São Francisco Assis na Providência Deus. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
LAR S.FRANCISCO ASSIS NA PROVIDENCIA DEUS	594	602	571	467	2.234
53221255000140 - LAR S.FRANCISCO ASSIS NA PROVIDENCIA DEUS	14	14	14	13	55
53221255000221 - LAR S.FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DEUS	17	17	20	19	73
53221255000493 - LAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVID DE DEUS	2	2	2	2	7
53221255000817 - LAR SAGRADO CORACAO DE JESUS NA PROV. DE DEUS	1	1	1	1	4
53221255001201 - LAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVID DE DEUS	16	16	16	15	63
53221255001546 - HOSPITAL SAO DOMINGOS NA PROVID. DE DEUS	3	3	4	3	13
53221255001627 - LAR SAO VICENTE DE PAULA NA PROVID. DE DEUS	1	1	1	1	4
53221255001970 - LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVID. DE DEUS	0	0	0	0	1
53221255002003 - LAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE	1	1	1	1	4
53221255002275 - ASS.LAR S.FRANCISCO ASSIS PROV.DEUS-LAR MARIA	1	1	1	0	2
53221255002356 - LAR SAO FRANCISCO-AME S.JOSE RIO PRETO	32	32	31	26	121
53221255002518 - ASSOC. LAR SÃO FRANC. ASSIS NA PROV DE DEUS	1	1	1	1	3
53221255002860 - LAR SAO FRANCISCO - HOSP. PORTO PRIMAVERA	25	24	26	22	97
53221255002941 - ALSF - LAR NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	0	-			0
53221255003166 - LAR SÃO FRANCISCO - HOSP. JOÃO PAULO II	37	35	36	31	139

53221255003247 - LAR SAO FRANCISCO- HOSP. PRESIDENTE PRUDENTE	202	200	210	193	805
53221255003328 - LAR SAO FRANCISCO- AME PRESIDENTE PRUDENTE	27	26	25	21	98
53221255003409 - ASSOC.LAR SAO FRANCISCO ASSIS PROVIDE	12	12	15	18	58
53221255003913 - LAR SAO MIGUEL ARCANJO NA PROV. DEUS	1	1	1	1	5
53221255004057 - LAR NOSSA SENHORA DO CARMO NA PROV.DEUS	1	1	1	1	5
53221255004138 - LAR STA TEREZINHA DO MENINO JESUS NA PROV.	1	1	1	1	4
53221255005100 - ASSOCIACAO LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROV	77	79	87	79	321
53221255005290 - LAR SAO FRANCISCO - AME ATIBAIA	21	21	21	18	80
53221255005703 - LAR SÃO FRANCISCO - CAISM FRANCO ROCHA	16	17	8		41
53221255005886 - LAR SAO FRANCISCO - HOSP. FRANCO DA ROCHA	86	95	51		232

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 11. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. UNICAMP. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	550	556	578	526	2.209
46068425000133 - UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	550	556	578	526	2.209

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 12. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. Fundação Pio XII. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
FUNDAÇÃO PIO XII	388	492	509	521	1.910
49150352000112 - FUNDAÇÃO PIO XII	316	429	415	445	1.605
49150352000201 - FUNDAÇÃO PIO XII			0		0
49150352000899 - FUNDAÇÃO PIO XII	48	43	71	55	218
49150352000970 - FUNDAÇÃO PIO XII - AME BARRETOS	10	9	10	10	39
49150352001003 - FUNDAÇÃO PIO XII - AME GERAL DE BARRETOS	14	11	13	11	49
49150352002247 - FUNDAÇÃO PIO XII - FILIAL			0	-	0

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 13. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. FUNFARME. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
FUNDAÇÃO FAC.REG.MED.SJ.RIO PRETO-FUNFARME	401	407	552	466	1.825
60003761000129 - FUNDAÇÃO FAC.REG.MED.SJ.RIO PRETO-FUNFARME	383	390	534	451	1.758
60003761000200 - HEMOCENTRO - FUND. FAC. REG. DE MEDICINA	7	6	5	5	23
60003761000552 - FUNFARME - LUCY M. SAO JOSE DO RIO PRETO	11	11	12	10	45

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 14. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. Fundação do ABC. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
FUNDAÇÃO DO ABC	470	467	411	466	1.814
57571275000100 - FUNDAÇÃO DO ABC	4	9	22	77	112
57571275000607 - FUNDAÇÃO DO ABC - HOSP. DE SANTO ANDRE	244	241	237	204	927
57571275000798 - FUNDAÇÃO DO ABC	2	1	1		4
57571275001093 - FUNDAÇÃO DO ABC - AME PRAIA GRANDE	23	22	21	18	84
57571275001506 - FUNDAÇÃO DO ABC - AME SANTO ANDRE	19	20	20	19	78
57571275001689 - FUNDAÇÃO DO ABC - AME MAUA	13	13	12	12	50
57571275001840 - FUNDAÇÃO DO ABC - INST. INFEC EMILIO RIBAS II	22	25	24	19	90
57571275001921 - FUNDAÇÃO DO ABC - HOSP. PENITENCIARIO	60	59	58	49	226
57571275002065 - FUNDAÇÃO DO ABC - HOSP. FRANCISCO MORATO	83	73			156
57571275002812 - FUNDAÇÃO DO ABC - AME ITAPEVI		3	17	14	34
57571275002901 - FUNDAÇÃO DO ABC - LUCY M. DIADEMA				1	1
57571275003037 - FUNDAÇÃO DO ABC - AME SOROCABA				15	15
57571275003207 - FUNDAÇÃO DO ABC - PAI BAIXADA SANTISTA				4	4
57571275003380 - FUNDAÇÃO DO ABC - AME SANTOS				9	9
57571275003460 - FUNDAÇÃO DO ABC - HOSP. CAMPANHA STA. CECILIA				24	24

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 15. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. Santa Casa de São Paulo. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
IRMANDADE STA CASA MISERICORDIA SAO PAULO	374	412	452	417	1.654
62779145000190 - IRMANDADE STA CASA MISERICORDIA SAO PAULO	374	412	452	417	1.654
62779145000602 - IRMANDADE DA STA. CASA DE MISERICORDIA S.P			0		0

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 16. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. FUNCAMP. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
FUNDACAO DE DESENVOLV. DA UNICAMP - FUNCAMP	395	406	394	377	1.572
49607336000106 - FUNDACAO DE DESENVOLV. DA UNICAMP - FUNCAMP	395	406	394	377	1.572

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 17. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. FAEPA. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
FUND APOIO ENS PESQ E ASSIST-FAC.MED.R.PTO. (FAEPA)	296	331	394	364	1.385
57722118000140 - FUND APOIO ENS PESQ E ASSIST-FAC.MED.R.PTO.	152	163	188	181	684
57722118000221 - FAEPA - HOSPITAL RIBEIRAO PRETO	34	40	40	36	149
57722118000302 - FAEPA - CRSM DE RIBEIRAO PRETO	35	36	35	31	137
57722118000493 - FAEPA - HOSP. AMERICO BRASILIENSE	76	76	75	73	300
57722118000736 - FAEPA - HOSPITAL DE SERRANA		17	56	43	115

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 18. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. Instituto Socrates Guanaes. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
INSTITUTO SOCRATES GUANAES	185	335	434	356	1.311
03969808000170 - INST.SOCRATES GUANAES-HOSP.REG.S.J.CAMPOS	25				25
03969808000170 - INSTITUTO SOCRATES GUANAES			6		6
03969808000765 - INSTITUTO SOCRATES GUANAES	50	9	10		68
03969808000927 - INST. SOCRATES GUANAES - HOSP. ITANHAEM	62	114	113	100	388
03969808001060 - INST. SOCRATES GUANAES-HOSP. SÃO J DOS CAMPOS	41	117	125	102	384
03969808001141 - INST.SOCRATES GUANAES- AME SAO JOSE CAMPOS	8	23	22	17	69
03969808001222 - INST. SóCRATES GUANAES - HOSP. REG. REGISTRO		72	90	79	241

03969808001494 - INST. SOCRATES GUANAES -AME PARIQUERA-ACU			11	14	25
03969808001575 - INST. SOCRATES GUANAES - HOSP. LITORAL NORTE			59	45	104

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 19. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. Instituto Sírio Libanês. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
INSTITUTO SIRIO LIBANES	264	269	267	229	1.030
09538688000566 - INSTITUTO SIRIO LIBANES - HOSP. DO GRAJAU	177	176	175	150	678
09538688000647 - INSTITUTO SIRIO LIBANES - AME INTERLAGOS	16	16	17	14	63
09538688000809 - INSTITUTO SIRIO LIBANES - LUCY M. MOGI MIRIM	7	7	8	6	29
09538688000990 - INSTITUTO SIRIO LIBANES - HOSP. DE JUNDIAÍ	63	70	69	58	260

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 20. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. Hospital Cruz Azul. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
HOSPITAL CRUZ AZUL DE SAO PAULO	258	214	226	224	922
62106505000192 - HOSPITAL CRUZ AZUL DE SAO PAULO	258	214	226	224	922

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 21. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. Sociedade Beneficente São Camilo. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	310	253	213	143	919
60975737005706 - SOC.BENEF.SAO CAMILO-HOSP.LEONOR M. BARROS	7	7	8	6	29
60975737006869 - SOC.BENEF.SAO CAMILO SANTA CASA ITU	58	59	54	0	171
60975737007245 - SOC. BENEF. S. CAMILO - HOSP. VALE DO PARAIBA	155	151	151	137	593
60975737007598 - SOCIEDADE BENEFICENTE São CAMILO -	2	1			3
60975737008055 - SOC. BENEF. S. CAMILO - HOSP. UNIV. TAUBATE	89	34			123
60975737009450 - SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO				0	0

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 22. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. Cruzada Bandeirante São Camilo. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
CRUZADA BAND. S. CAMILO	401	222	159	126	907
60598448000180 - CRUZADA BANDEIRANTE SAO CAMILO ASSIST.MEDICO	7	2			8
60598448000423 - CRUZADA BAND. S. CAMILO - HOSP. CARAPICUIBA	139				139
60598448000504 - CRUZADA BAND. S. CAMILO - AME SANTOS	22				22
60598448000695 - CRUZADA BAND. S. CAMILO - AME CARAPICUIBA	18	8			26
60598448000776 - CRUZADA BAND. S. CAMILO -PAI BAIXADA SANTISTA	9	4			13
60598448000857 - CRUZADA BAND. S. CAMILO - AME ITU	12	11	1		24
60598448001071 - CRUZADA BAND. S. CAMILO - HOSP. ITAPEVI	130	140	142	112	525

60598448001233 - CRUZADA BAND. S. CAMILO - AME JUNDIAI	16	16	16	13	61
60598448001586 - CRUZADA BAND. S. CAMILO - AME PARIQUERA AÇU	17	16			33
60598448001667 - CRUZADA BAND. S. CAMILO - LUCY M. SANTOS	7	2			9
60598448001748 - CRUZADA BAND. S. CAMILO LUCY M. PARIQUERA ACU	4	2			6
60598448001829 - CRUZADA BAND. S. CAMILO - AME JDM. PRADOS	21	20			41

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 23. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. Fundação Zerbini. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
FUNDACAO ZERBINI	192	191	264	225	872
50644053000113 - FUNDACAO ZERBINI	192	191	264	225	872

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)

Tabela Anexa 24. Detalhamento das Instituições Contratadas por CNPJ filiais encontrados nas bases de Dados. SODEXO. R\$ mi de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2018-2021
SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS E COMERCIO SA	217	215	182	153	766
69034668000156 - SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS E COMERCIO SA	217	215	182	153	766

Fonte: Portal da Transparência (Elaboração Própria)