



**ESTADO DE SANTA CATARINA
PODER LEGISLATIVO
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA
Gabinete Dep. Marcos Vieira**

PROJETO DE LEI

Dispõe sobre a participação do Estado de Santa Catarina nos consórcios públicos interfederativos de saúde, nos termos da Lei nacional nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e estabelece política de ressarcimento da produção de serviços de saúde ambulatorial, a ser realizada pelos municípios do Estado de Santa Catarina por meio dos referidos consórcios.

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a participação do Estado de Santa Catarina, como ente consorciado, nos consórcios públicos interfederativos de saúde, e estabelece política de ressarcimento da produção de serviços de saúde ambulatorial, a ser realizada pelos municípios do Estado de Santa Catarina por meio dos referidos consórcios, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da Lei nacional nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e do Decreto federal nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007.

Parágrafo único. Os consórcios públicos interfederativos de saúde deverão obedecer ao princípio da publicidade, nos termos da legislação vigente.

Art. 2º Os consórcios públicos de saúde serão constituídos por meio de associação pública, de natureza autárquica e interfederativa, com personalidade jurídica de direito público, sob a denominação de consórcio público interfederativo de saúde.

Art. 3º A finalidade dos consórcios públicos interfederativos de saúde deverá constar no Plano Estadual de Saúde, no Plano Plurianual (PPA), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA), com os seguintes objetivos e metas:

I - planejar, programar e executar as ações e atividades dos serviços na área da saúde;

II - fortalecer as instâncias colegiadas locais e regionais e o processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde;

III - compartilhar recursos financeiros, tecnológicos e de gestão de pessoas, bem como o uso em comum de equipamentos, serviços de manutenção, tecnologia da informação, de procedimentos de licitação, de unidades prestadoras de serviços, instrumentos de gestão, em especial programação assistencial e plano de gerenciamento do consórcio, entre outros, obedecendo às normas da regionalização;

IV - prestar cooperação técnica, realizar treinamento, estudos técnicos e pesquisas, bem como executar ações conjuntas de prestação de serviços assistenciais e de vigilância em saúde;

V - estabelecer vínculo de cooperação e articular esforços com vistas a criar condições de viabilidade, eficiência, eficácia e melhores resultados na gestão da saúde;

VI - promover a capacidade resolutiva e ampliar a oferta e o acesso da população aos serviços de saúde;

VII - aprimorar a destinação e a utilização eficiente dos recursos estaduais e municipais, via consórcios, no fortalecimento da rede pública de saúde;

VIII - implantar uma política de consórcios, de base regional, que assegure uma integração de recursos entre União, Estado e municípios para a organização e gestão das ações de saúde em cada região, com racionalização na utilização dos recursos, melhoria da eficácia/eficiência/efetividade do sistema;

IX - instituir boas práticas de governança entre os entes federativos, por meio do financiamento e da promoção dos consórcios públicos interfederativos de saúde; e

X - fomentar compras públicas sustentáveis, de acordo com políticas e prioridades nacionais, que funcionem com eficiência e permitam a realização, no tempo indicado, dos procedimentos de saúde adequados aos cuidados de cada paciente.

Art. 4º Os consórcios públicos interfederativos de saúde deverão ter prazo indeterminado e, durante sua vigência, ter assegurado, pelos seus signatários, o cumprimento das responsabilidades assumidas em relação aos financiamentos concedidos e dimensionados no Protocolo de Intenções, nos Contratos de Prestação de Serviços e nos Contratos de Rateio.

Art. 5º Os consórcios públicos interfederativos de saúde poderão celebrar:

I - contrato de gestão, nos termos e limites da legislação estadual pertinente;

II - contrato de programa ou termo de parceria, respeitados, no último caso, os critérios e disposições da legislação federal aplicável; e

III - outorga de concessão e permissão.

§ 1º Os instrumentos elencados no *caput* deste artigo devem ser relacionados aos serviços de saúde que venham a ser prestados pelos consórcios.

§ 2º Os consórcios públicos interfederativos de saúde poderão licitar serviços e obras públicas, visando à implementação de políticas públicas de interesse comum dos entes consorciados, desde que haja aprovação em assembleia geral.

§ 3º Na celebração dos contratos de concessão, permissão, prestação de serviços públicos, licitações, contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, compras, alienações e locações pelos consórcios públicos interfederativos de saúde, deverão ser observadas as disposições contidas na Lei nacional nº 8.666, de 21 de junho de 1993, dentro da sua vigência, e na Lei nacional nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

Art. 6º As transferências de recursos financeiros dos entes consorciados para os consórcios públicos interfederativos de saúde, previstas nesta Lei, serão definidas nos respectivos contratos de prestação de serviços, programa e rateio dos referidos consórcios, observado o disposto na Lei nacional nº 11.107, de 6 de abril de 2005, regulamentada pelo Decreto federal nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007.

Art. 7º É facultada a cessão de servidores dos entes consorciados, observada a legislação de cada um, com ou sem ônus para origem e com a manutenção do regime originário, ainda que em estágio probatório, mediante decreto do Chefe do Poder Executivo, para os consórcios públicos interfederativos de saúde indicados no art. 15 desta Lei, observado o quantitativo estabelecido nos respectivos contratos de programa e/ou rateio.

§ 1º Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela associação pública.

§ 2º Se o ente consorciado assumir o ônus da cessão do servidor, os pagamentos a ele devidos deverão ser contabilizados como créditos hábeis

para operar compensação com obrigações previstas no contrato de rateio.

Art. 8º Fica autorizada a destinação de bens móveis e imóveis aos consórcios públicos interfederativos de saúde mencionados no art. 15 desta Lei, sob a forma de cessão de uso, desde que vinculados aos interesses e atribuições do consórcio.

Art. 9º O Poder Executivo de cada ente consorciado deverá incluir, nas propostas orçamentárias anuais, dotações suficientes à cobertura das responsabilidades financeiras decorrentes dos consórcios públicos interfederativos de saúde inseridas nos contratos de rateio e prestação de serviços a serem aprovados em assembleia geral de cada consórcio.

Art. 10. Não será admitido consorciamento parcial ou condicional.

Art. 11. O contrato de rateio será formalizado em cada exercício financeiro e seu prazo de vigência não será superior ao das dotações que o suportam, com exceção dos contratos que tenham por objeto, exclusivamente, projetos consistentes em programas e ações contemplados em plano plurianual.

§ 1º As cláusulas do contrato de rateio não poderão conter disposição tendente a afastar ou dificultar a fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo ou pela sociedade civil de quaisquer dos entes da Federação consorciados.

§ 2º Os entes consorciados, isolados ou em conjunto, bem como o consórcio público, são partes legítimas para exigir o cumprimento das obrigações previstas no contrato de rateio.

Art. 12. A retirada do ente da Federação do consórcio público dependerá de ato formal de seu representante na assembleia geral, na forma previamente disciplinada por lei.

§ 1º Os bens destinados ao consórcio público pelo consorciado que se retira somente serão revertidos ou retrocedidos no caso de expressa previsão do contrato de consórcio público ou do instrumento de transferência ou de alienação.

§ 2º A retirada ou a extinção do consórcio público não prejudicará as obrigações já constituídas, inclusive os contratos de programa, cuja extinção dependerá do prévio pagamento das indenizações eventualmente devidas.

§ 3º Nenhum ente federado poderá ser obrigado a se consorciar ou a permanecer consorciado.

Art. 13. As despesas decorrentes da execução desta Lei serão atendidas à conta de dotações orçamentárias próprias da Secretaria de Estado da Saúde, estando desde já autorizadas a abertura de crédito especial e a suplementação orçamentária.

Art. 14. O Estado de Santa Catarina, por meio do Fundo Estadual de Saúde, realizará o ressarcimento, com base nos valores equivalentes à Tabela SUS, da totalidade da produção ambulatorial de cada consórcio público interfederativo de saúde do qual é ente partícipe.

§ 1º Até o final do primeiro semestre de cada ano, a Secretaria de Estado da Saúde e os consórcios públicos interfederativos de saúde convalidarão a produção ambulatorial do ano anterior, descrita no *caput* deste artigo, realizada através dos referidos consórcios.

§ 2º Até o final do segundo semestre de cada ano, o Estado de Santa Catarina, por meio do Fundo Estadual de Saúde, realizará o pagamento do valor da produção ambulatorial realizada pelos consórcios públicos interfederativos de saúde, convalidada conforme o § 1º.

Art. 15. O Estado de Santa Catarina, para ingresso como ente consorciado, ratifica os Protocolos de Intenções e os Contratos de Consórcios dos seguintes consórcios públicos de saúde:

I - CISAMARP □ Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe (Videira);

II - CISAMAUC □ Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto Uruguaí Catarinense (Concórdia);

III - CISAMEOSC □ Consórcio Intermunicipal de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina (São Miguel do Oeste);

IV - CISAMERIOS □ Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMERIOS (Maravilha);

V - CISAMFRI □ Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região da Foz do Rio Itajaí (Itajaí);

VI - CISAMOSC □ Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina (Chapecó);

VII - CISAMREC □ Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMREC (Criciúma);

VIII - CISAMURC □ Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Contestado (Canoinhas);

IX - CISAMUREL □ Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMUREL (Tubarão);

X - CISAMURES □ Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região da AMURES (Lages);

XI - APIS □ Agência Pública Intermunicipal de Serviços do Vale Europeu □ APIS (Blumenau);

XII - CISNORDESTE □ Consórcio Intermunicipal de Saúde do Nordeste de Santa Catarina (Joinville);

XIII - CISGRANFPOLIS □ Consórcio Intermunicipal de Saúde da Grande Florianópolis (Florianópolis); e

XIV - CISAMAVI □ Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Itajaí (Rio do Sul).

Art. 16. Os consórcios intermunicipais de saúde descritos no art. 15, com o ingresso do Estado de Santa Catarina como ente consorciado, deverão alterar seu(s) contrato(s) de consórcio(s) para incluir Santa Catarina como ente consorciado, alterar sua descrição para □Consórcio Público Interfederativo de Saúde□, e, caso necessário, sua personalidade jurídica para Consórcio Público de Direito Público, em até 180 (cento e oitenta) dias a contar da data de publicação desta Lei.

Art. 17. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Comissões,

Marcos Vieira

Deputado Estadual

JUSTIFICAÇÃO

Visando à boa compreensão do tema em escopo, permito-me pontuar que os consórcios intermunicipais de saúde surgiram no ordenamento jurídico brasileiro com a edição da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990^[1], conhecida como a Lei Orgânica do SUS, com a figura dos consórcios administrativos intermunicipais:

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

[...]

A precitada Lei nº 8.080/1990 estabeleceu, no inciso VII do art. 18, a competência à autoridade municipal de saúde no seguinte sentido:

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

[...]

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

[...]

Por intermédio dessa previsão na Lei Orgânica da Saúde, surgiram os primeiros consórcios intermunicipais do Brasil, que figuravam como uma espécie de associação de Secretarias Municipais de Saúde.

Com o advento da Emenda Constitucional nº 19, de 04/06/1998, houve a alteração do art. 241 da Constituição Federal, que passou a ter a seguinte redação:

Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

Tal alteração na Constituição Federal trouxe a possibilidade da implementação prática do princípio constitucional que baliza os consórcios públicos, qual seja, o princípio da cooperação interfederativa, que se assemelha com o próprio conceito de consórcio público: concentrar e coordenar esforços de diversos entes federativos no atingimento de interesses comuns.

Com esse escopo, e com uma diferença de 15 anos da previsão inicial da instituição de consórcios administrativos pela Lei nº 8.080/1990, houve a edição da Lei nº 11.107, em 06/04/2005. À beira de completar 18 anos de existência, esta última dispôs sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos, conferindo-lhes personalidade jurídica própria.

No que se diz respeito aos consórcios de saúde, sendo eles monofinalitários ou multifinalitários, o § 3º do art. 1º da Lei nº 11.107/2005^[2] determina que:

Art. 1º.....

[...]

§ 3º Os consórcios públicos, na área de saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS.

[...]

Ao se estabelecer como modelo de gestão sistematizado no ordenamento jurídico, o consórcio público ganhou legitimidade para ser praticado solenemente pelo gerenciamento dos serviços públicos dirigidos associativamente, sendo regulamentado pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007.

Todas essas previsões legais trazem à baila as normas gerais de contratação de consórcios públicos, estabelecendo os mecanismos básicos para que a administração pública se valha de instrumentais melhor adaptáveis às necessidades da conjugação de ações que, se realizadas isoladamente, poderiam limitar ou mesmo impedir a realização de determinados serviços públicos. Assim, a Lei nº 11.107/2005 confere força obrigacional às ações compartilhadas, basicamente, por intermédio de alguns instrumentos jurídicos: o contrato de rateio e a contratação do consórcio por ente consorciado, nos termos no art. 18 do Decreto federal nº 6.017/2007:

Art. 18. O consórcio público poderá ser contratado por ente consorciado, ou por entidade que integra a administração indireta deste último, sendo dispensada a licitação nos termos do art. 2º, inciso III, da Lei nº 11.107, de 2005.

Quanto à sua constituição e área de atuação, o art. 2º do Decreto federal nº 6.017/2007 [\[3\]](#) prevê:

Art. 2º. Para os fins deste Decreto, consideram-se:

I - consórcio público: pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei no 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos;

II - área de atuação do consórcio público: área correspondente à soma dos seguintes territórios, independentemente de figurar a União como consorciada:

1. dos Municípios, quando o consórcio público for constituído somente por Municípios ou por um Estado e Municípios com territórios nele contidos;

[...]

Assim, os consórcios públicos são constituídos por entes da federação para realização de objetivos de interesse comum, tendo como área de atuação a soma dos territórios dos municípios que os compõem.

Para que um ente da federação ingresse em um consórcio público se faz necessário que o ente que queira integrar o consórcio, ratificando o Contrato de Consórcio e o seu Protocolo de Intenções, conforme previsto nos incisos III e IV do art. 2º do Decreto federal nº 6.017/2007:

Art. 2º.....

[...]

III - protocolo de intenções: contrato preliminar que, ratificado pelos entes da Federação interessados, converte-se em contrato de consórcio público;

IV - ratificação: aprovação pelo ente da Federação, mediante lei, do protocolo de intenções ou do ato de retirada do consórcio público;

[...]

Ademais, o § 7º do art. 6º do Decreto federal nº 6.017/2007 ainda possibilita:

Art. 6º O contrato de consórcio público será celebrado com a ratificação, mediante lei, do protocolo de intenções.

[...]

§ 7º É dispensável a ratificação prevista no *caput* deste artigo para o ente da Federação que, antes de subscrever o protocolo de intenções, disciplinar por lei a sua participação no consórcio público, de forma a poder assumir todas as obrigações previstas no protocolo de intenções.

No âmbito da saúde pública, a Lei Complementar federal nº 141, de 13/01/2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, em seu artigo 21 prevê:

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

A atuação dos consórcios de saúde no SUS se deu, como já dito, a partir da Lei nº 8.080/90, tendo a recém editada Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 2.905, de 13 de julho de 2022, disposto sobre as diretrizes e os aspectos operacionais aplicáveis aos consórcios públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Constata-se, assim, que os consórcios públicos têm em sua natureza o objetivo de instrumentalizar cooperação interfederativa, e, em especial na área da saúde, consistem no instrumento de gestão disponível aos entes da federação para realizar a governança compartilhada e regionalizada do SUS e, no Estado de Santa Catarina, no âmbito da atenção de média e alta complexidade dos serviços especializados em nível ambulatorial.

A Constituição Federal de 1988 (art. 196, §§ 1º e 2º) determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor – sobretudo a falta de recursos nos municípios – e a necessidade premente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, Estados e União no SUS são definidos, atualmente, pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012^[4], resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta Lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos Estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da Lei Orçamentária Anual.

O Decreto nº 7.508/2011 e a Lei Complementar nº 141/2012 são grandes avanços para as propostas e os pleitos, porém, até hoje, quase nada implementadas. Na Lei Complementar nº 141/2012, além do rateio equitativo e importantes avanços dispostos nos arts. 17, 18, 19 e 21, está destacado o compromisso sistêmico disposto no art. 30, que define o planejamento/orçamentação ascendentes a partir das pactuações intermunicipais, definindo as necessidades de saúde na região de saúde com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, que por sua vez definirão a metas anuais e seus custos na região.

Os planos e metas regionais serão a base para formulação dos planos e metas estaduais, com responsabilidade de promover a equidade inter-regional. Os planos e metas estaduais serão a base para a formulação do plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual. E mais: os conselhos de saúde deliberam as diretrizes para o estabelecimento de prioridades nas três esferas. Vale lembrar que o Decreto nº 7.508/2011 e a LC nº 141/2012 vieram resgatar as Leis nºs 8.080 e 8.142/1990, que já eram consistentes, para implementar o avançado referencial constitucional.

Em relação às competências e responsabilidades de cada esfera de governo, a Lei federal nº 8.080/90, em especial o seu art. 17, delinea a responsabilidade do Estado:

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

[...]

No Estado de Santa Catarina, os primeiros consórcios intermunicipais de saúde datam de 1996, sendo que, atualmente, totalizam 14, contemplando 98% dos municípios catarinenses - apenas 5 não são consorciados -, além de atingir 89% da população catarinense, num total de

6.502.251 habitantes. Os consórcios estão em todas as macrorregiões de saúde de Santa Catarina. São eles:

1. CISAMARP - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe (Videira);

2. CISAMAUC - Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto Uruguai Catarinense (Concórdia);

3. CISAMEOSC - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina (São Miguel do Oeste)

4. CISAMERIOS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMERIOS (Maravilha)

5. CISAMFRI - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região da Foz do Rio Itajaí (Itajaí);

6. CISAMOSC - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina (Chapecó);

7. CISAMREC - Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMREC (Criciúma);

8. CISAMURC - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Contestado (Canoinhas);

9. CISAMUREL - Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMUREL (Tubarão);

10. CISAMURES - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região da AMURES (Lages);

11. APIS - Agência Pública Intermunicipal de Serviços do Vale Europeu
□ APIS (Blumenau);

12. CISNORDESTE - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Nordeste de Santa Catarina (Joinville);

13. CISGRANFPOLIS □ Consórcio Intermunicipal de Saúde da Grande Florianópolis (Florianópolis); e

14. CISMAVI □ Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Itajaí (Rio do Sul).

Historicamente, em Santa Catarina os consórcios são financiados 100% com recursos municipais, à exceção do convênio estadual no ano de 2020, no

valor de R\$ 20 milhões (vinte milhões de reais), distribuídos entre os 13 consórcios ativos.

No ano de 2021, os municípios investiram, por meio dos consórcios, R\$108.898.293,28 (cento e oito milhões, oitocentos e noventa e oito mil, duzentos e noventa e três reais e vinte e oito centavos), o que representa R\$ 18,01 per capita/ano e R\$ 1,50 per capita/mês em ações especializadas de média e alta complexidade ambulatorial.

Assim, diante do financiamento realizado pelos municípios de Santa Catarina por meio dos seus consórcios públicos de saúde, no montante de R\$ 108.898.293,28 (2021) de custeio de responsabilidade do Estado, visto que a atenção especializada é de sua responsabilidade, e, diante de sua eficiência, regionalização e capilaridade, deve o Estado de Santa Catarina promover uma política de saúde pública ambulatorial através dos referidos consórcios, de forma a fazer parte como ente consorciado.

Ante todo o exposto, submeto à apreciação dos meus Pares o presente Projeto de Lei.

Sala da Sessões,

Deputado MARCOS VIEIRA

[1] Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

[2] Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

[3] Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.

[4] Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19

de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências..



ELEGIS
Sistema de
Processo
Legislativo
Eletrônico

Documento assinado eletronicamente por **Marcos
Luiz Vieira**, em 01/03/2023, às 13:43.
