



PARECER AO PROJETO DE LEI Nº 0275.4/2021

Institui a Política de Regionalização do Atendimento de Saúde em Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Estado de Santa Catarina.

Autor: Deputado Valdir Cobalchini

Relator: Deputado Milton Hobus

I – RELATÓRIO

Trata-se de proposta de autoria do eminente colega, Deputado Valdir Cobalchini propondo que o atendimento da saúde pública de média e alta complexidade de Santa Catarina, seja realizada de forma regionalizada.

A proposição foi estruturada originalmente em 11 artigos, no seguinte formato:

- i. Objeto (art. 1º);
- ii. Diretrizes (art. 2º);
- iii. Objetivos (art. 3º);
- iv. Forma de consecução (4º);
- v. A delimitação das macrorregiões (art. 5º)
- vi. A estrutura e os serviços prestados, por grau de complexidade (arts. 6º, 7º e 8º);
- vii. O advento da telemedicina (art. 9º);
- viii. A forma de custeio (art. 10); e
- ix. O “*vacatio legis*” (art. 11).

Em 16 de agosto esta comissão aprovou Requerimento de Diligencia, solicitando manifestação da Procuradoria-Geral do Estado (PGE),



Secretaria de Estado de Saúde (SES), e da Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado (FEHOESC).

Até a presente data, constam no Processo SEI n. 000029380-0¹, as seguintes manifestações:

1. Parecer n. 380/2022-PGE, apontando **vício por inconstitucionalidade formal** nas seguintes disposições:

§§1º e 2º do art. 4º, e os arts. 6º, 7º e 8º, que tratam respectivamente sobre; a **forma de habilitação dos procedimentos**; e a hipótese de **contratação de serviços complementares** com a rede filantrópica.

Em ambos os casos, entendeu a PGE constituírem disposições impositivas, que invadem a iniciativa do Chefe do Poder Executivo:

2. Informação n. 595/2022 – Gerência de Articulação das Redes de Atenção à Saúde – SES e o Parecer n. 1493/2022 COJUR - SES

Em suma, a COJUR/SC manifesta apoio ao parecer do setor técnico da SES, contrário a intenção da matéria ao alegar que “a proposição conflita com as normas vigentes do SUS e não é executável”.

É o relatório.

II – VOTO

Sob as atribuições conferidas à relatoria no âmbito desta Comissão de Constituição e Justiça, passo à análise da proposta legislativa em apreço, nos termos dos arts. 72, I, e 144, I, ambos do Regimento Interno.

1



Inicialmente, observo que a proposição atende formalmente os requisitos constitucionais, conforme depreende a própria manifestação da PGE:

[...]

O art. 198 da CF/88 estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade. Assim, conclui-se que **os Estados-membros possuem competência legislativa sobre o tema (saúde).**

[...]

Ademais, verifica-se que **a presente proposição legislativa não se enquadra em nenhuma das hipóteses para as quais se exige a iniciativa privativa do Chefe do Poder Executivo,** previstas no §1º do art. 61 da Constituição da República e reproduzidas, em razão do princípio da simetria, pelo §2º art. 50 da Constituição Estadual.

Nos termos da jurisprudência pacífica do Supremo Tribunal Federal: As hipóteses de limitação da iniciativa parlamentar estão previstas, em numerus clausus, no art. 61 da Constituição do Brasil – matérias relativas ao funcionamento da administração pública, notadamente no que se refere a servidores e órgãos do Poder Executivo. Precedentes. (ADI 3.394, rel. min. Eros Grau, j. 2-4-2007, P, DJE de 15-8-2008.)

Ainda sobre a competência privativa do Governador do Estado, também é pacificado o entendimento, conforme segue.

[...]

o Tema 917 do STF fixa a seguinte tese, em repercussão geral: **Não usurpa a competência privativa do chefe do Poder Executivo lei que, embora crie despesa para a administração pública, não**



trata da sua estrutura ou da atribuição de seus órgãos nem do regime jurídico de servidores públicos.

Com relação a hipótese de inconstitucionalidade deflagrada nos termos dos §§1º e 2º do art. 4º e dos arts. 6º ao 8º, diante da imposição de obrigações, **corroboro com os argumentos do órgão jurídico central do Poder Executivo, e proponho ajustes nos respectivos dispositivos de forma a transformar as imposições previstas em diretrizes e metas para consecução da administração pública estadual.**

Também destaco a supressão do comando relacionado ao instituto da **telemedicina para atendimentos de média e alta complexidade**, considerando os limites da competência legislativa suplementar em relação ao grau de atendimento que se pretende abranger, bem como o entendimento mais recente deste colegiado, que ainda nesta sessão legislativa, formou maioria para aprovar voto pela inadmissibilidade do Projeto de Lei n. 0006.7/2021 que pretendia “autorizar” a prática da telemedicina em território Catarinense.

Ademais, é fato público e notório que em Santa Catarina a regionalização da saúde pública é alicerce indispensável e insubstituível para garantia a plenitude do direito fundamental de acesso universal à saúde.

O contraste desse cenário é comum para a sociedade Catarinense que observa cotidianamente os casos de prejuízo ao cidadão, em função da reconhecida prática da “ambulância terapia” em decorrência da centralização dos atendimentos de média e alta complexidade, prática esta que aqui se propõe superar, na hipótese de consecução do atendimento ambulatorial e hospitalar de forma regionalizada.

As particularidades geográficas, econômicas e culturas do Estado de Santa Catarina, impõem como dever da Administração Pública a aplicação do atendimento da saúde pública no formato sugerido, sendo este instrumento processual apenas a formalização do dever *nato* do Poder Executivo, afastando assim, mais uma vez, a hipótese de invasão de competência ou de atribuição.



Ademais, no âmbito material e legal, não observo impedimentos de ordem técnica que impeçam a continuidade da tramitação em relação a temática relacionada a este colegiado. No entanto, destaco que os apontamentos colhidos na diligência com menção a impedimentos de ordem técnica, merecem a adequada atenção para eventual compatibilização durante a análise da comissão temática.

Diante do exposto, com base nos regimentais arts. 72, I, e art. 144, parágrafo único, voto pela **APROVAÇÃO** do PL/0275.4/2022, nos termos da Emenda Substitutiva Global que ora apresento.

Sala da Comissão,

Milton Hobus, Deputado Estadual

Relator



EMENDA SUBSTITUTIVA GLOBAL AO PROJETO DE LEI N. 0275.4/2022

O Projeto de Lei n. 0275.4/2022 passa a tramitar com a seguinte redação:

“Institui a Política de Regionalização do Atendimento de Saúde em Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, do Estado de Santa Catarina.

Art. 1º Fica instituída a Política de Regionalização do Atendimento de Saúde de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, do Estado de Santa Catarina.

Art. 2º São diretrizes da Política de Regionalização do Atendimento de Saúde de Média e Alta Complexidade Hospitalar Ambulatorial e Hospitalar:

I – ampliar a regionalização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade;

II – garantir o acesso do cidadão aos serviços de saúde especializados em média e alta complexidade, próximos a sua residência;

III – fomentar a interiorização de serviços de saúde de média e alta complexidade;

IV – otimizar a distribuição de equipamentos de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no Estado;

V – otimizar a alocação de recursos, possibilitando o atendimento de saúde de alta complexidade em cada uma das Macrorregiões do Estado; e

VI - reduzir gastos com deslocamento de paciente para garantir o acesso a saúde pública.

Art. 3º A Política de Regionalização do Atendimento de Saúde de Média e Alta Complexidade Hospitalar Ambulatorial e Hospitalar tem por objetivo:

I – garantir a prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, em todas as Macrorregiões do Estado;



II – disponibilizar os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade em cada uma das Macrorregiões do Estado;

III – promover a redução da fila de espera em atendimento e exame de média e alta complexidade, por meio da otimização da alocação de recursos;

IV – fortalecer a atuação conjunta dos prestadores de serviço em saúde da rede pública, filantrópica e privada; e

V – adoção de mecanismos de monitoramento e avaliação de resultados e impactos na atenção especializada em alta complexidade no Estado.

Art. 4º A ampliação da regionalização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, dar-se-á por meio da habilitação dos prestadores de serviço em saúde da rede pública e mediante a celebração de contrato, convênio ou instrumento congênere com as redes de saúde filantrópicas, públicas e/ou privadas, em todas as Macrorregiões de Saúde do Estado.

§1º A habilitação das unidades e estruturas da rede pública estadual para atendimento no formato previsto no caput, abrangendo a totalidade dos procedimentos previstos na Portaria SAS/MS n. 968, de 11 de dezembro de 2022 e suas sucessoras, serão fixadas como meta da saúde pública Catarinense, com avaliação e adequação periódica dos projetos e processos para consecução do seu objetivo.

§2º Na hipótese de indisponibilidade de cobertura assistencial de média e alta complexidade à população, o atendimento será garantido de forma subsidiária sob contratação dos serviços ofertados pela rede de saúde filantrópica, conforme previstos nos termos do art. 199, §1º da Constituição Federal e art. 24 da Lei nacional nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 5º A configuração das Macrorregiões da Saúde do Estado e respectivamente Regiões e Municípios que as compõem seguirá o disposto no Plano Diretor de Regionalização (PRD) da Secretaria de Estado da Saúde, por meio de deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 6º As Macrorregiões de Saúde terão, no mínimo, unidades de assistência de alta complexidade com as seguintes especialidades:

I – cardiologia, cardiovascular e cardiologia intervencionista;

II – neurologia e neurocirurgia;



III – oncologia;

IV – saúde auditiva;

V – traúmato-ortopedia, com serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica e realização pós-operatória;

VI – nefrologia, com serviços de terapia renal substitutiva;

VII – assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave;

VIII – assistência de alta complexidade a queimados; e

IX – oftalmologia.

Art. 7º As Macrorregiões de Saúde contarão com unidades de saúde que disponibilizem atendimento e procedimentos de média complexidade nas seguintes áreas, sem prejuízos de outras:

I – cardiologia;

II – traúmato-ortopedia;

III – nefrologia;

IV – otorrinolaringologia;

V – oftalmologia;

VI – urologia;

VII – ginecologia;

VIII – angiologia;

IX – Proctologia;

X – mastologia;

XI – gastroenterologia;

XII – assistência me média complexidade e queimados; e



XIII – cirurgia geral.

Art. 8º As regiões de saúde do Estado contarão com:

I – referência hospitalar regional, referencias ambulatoriais e clínicas contratadas especializadas em assistência ambulatorial, para a realização de consultas especializadas e exames;

II – Centro de Atendimento de Urgência Tipo III, aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC);

III – Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise para pacientes crônicos;

IV – leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

V – centro obstétrico e maternidade UTI neonatal;

VI – Centro de Atenção Psicossocial destinado a crianças e jovens de até 16 (dezesesseis) anos de idade (CAPS AD).

Parágrafo Único. Os Centros de Atendimento de Urgência tipo III dedicados aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) devem contar com equipe médica especializada em neurologia endovascular.

Art. 9º A rede de saúde público do Estado priorizará o uso de ferramentas de tecnologia da informação na atenção primária especializada e, quando for possível, na atenção em média e alta complexidade.

Art. 10 As despesas decorrentes da aplicação da presente Lei correrão por conta das dotações orçamentárias da Secretaria de Estado da Saúde.

Art. 11. Esta Lei entre em vigor na data de sua publicação.”

Sala das Comissões

Milton Hobus, Deputado Estadual



QUADRO COMPARATIVO

PL 0275/20220 / Emenda Substitutiva Global

PL 0275/ 2022	EMENDA SUBSTITUTIVA GLOBAL AO PL 0275/ 2022
<p>Institui a Política de Regionalização do Atendimento de Saúde em Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Estado de Santa Catarina.</p> <p>Art. 1º Fica instituída a Política de Regionalização do Atendimento de Saúde de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito de Santa Catarina.</p> <p>Art. 2º São diretrizes da Política de Regionalização do Atendimento de Saúde de Média e Alta Complexidade Hospitalar Ambulatorial e Hospitalar:</p> <p>I – ampliar a regionalização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);</p> <p>II – garantir o acesso do cidadão aos serviços de saúde especializados em média e alta complexidade, próximos a sua residência;</p> <p>III – fomentar a interiorização de serviços de saúde de média e alta complexidade;</p> <p>IV – otimizar a distribuição de equipamentos de saúde de média e alta</p>	<p>Institui a Política de Regionalização do Atendimento de Saúde em Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, do Estado de Santa Catarina.</p> <p>Art. 1º Fica instituída a Política de Regionalização do Atendimento de Saúde de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, do Estado de Santa Catarina.</p> <p>Art. 2º São diretrizes da Política de Regionalização do Atendimento de Saúde de Média e Alta Complexidade Hospitalar Ambulatorial e Hospitalar:</p> <p>I – ampliar a regionalização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade;</p> <p>II – garantir o acesso do cidadão aos serviços de saúde especializados em média e alta complexidade, próximos a sua residência;</p> <p>III – fomentar a interiorização de serviços de saúde de média e alta complexidade;</p> <p>IV – otimizar a distribuição de equipamentos de saúde de média e alta</p>



complexidade ambulatorial e hospitalar no Estado; e

V – otimizar a alocação de recursos, possibilitando o atendimento de saúde de alta complexidade em cada uma das Macrorregiões do Estado, **reduzindo gastos com serviços de ambulancioterapia.**

Art. 3º A Política de Regionalização do Atendimento de Saúde de Média e Alta Complexidade Hospitalar Ambulatorial e Hospitalar tem por objetivo:

I – garantir a prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, **por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)**, em todas as Macrorregiões do Estado;

II – disponibilizar os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade em cada uma das Macrorregiões do Estado;

III – promover a redução da fila de espera em atendimento e exame de média e alta complexidade, por meio da otimização da alocação de recursos e **o uso da telemedicina;**

IV – fortalecer a atuação conjunta dos prestadores de serviço em saúde da rede pública, filantrópica e privada; e

V – adoção de mecanismos de monitoramento e avaliação de resultados e impactos na atenção especializada em alta complexidade no Estado.

complexidade ambulatorial e hospitalar no Estado;

V – otimizar a alocação de recursos, possibilitando o atendimento de saúde de alta complexidade em cada uma das Macrorregiões do Estado; e

VI - reduzir gastos com deslocamento de paciente para garantir o acesso a saúde pública.

Art. 3º A Política de Regionalização do Atendimento de Saúde de Média e Alta Complexidade Hospitalar Ambulatorial e Hospitalar tem por objetivo:

I – garantir a prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, em todas as Macrorregiões do Estado;

II – disponibilizar os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade em cada uma das Macrorregiões do Estado;

III – promover a redução da fila de espera em atendimento e exame de média e alta complexidade, por meio da otimização da alocação de recursos;

IV – fortalecer a atuação conjunta dos prestadores de serviço em saúde da rede pública, filantrópica e privada; e

V – adoção de mecanismos de monitoramento e avaliação de resultados e impactos na atenção especializada em alta complexidade no Estado.



Art. 4º A ampliação da regionalização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, ~~no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)~~, dar-se-á por meio da habilitação dos prestadores de serviço em saúde da rede pública e mediante a celebração de contrato, convênio ou instrumento congênere com as redes de saúde filantrópicas, públicas e/ou privadas, em todas as Macrorregiões de Saúde do Estado.

§1º O Poder Executivo providenciará a habilitação, no Ministério da Saúde, da rede de saúde pública de que trata o *caput* abrangendo a totalidade dos procedimentos constantes da Portaria SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2022, em cada uma das Macrorregiões de Saúde, requerendo reiteradamente no caso de indeferimento.

§2º Na hipótese de indisponibilidade de cobertura assistencial de média e alta complexidade à população, o Estado ~~comprará~~ os serviços da rede de saúde filantrópica do art. 199, §1º da Constituição Federal e art. 24 da Lei nacional nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 5º A configuração das Macrorregiões da Saúde do Estado e respectivamente Regiões e Municípios que as compõem seguirá o disposto no Plano Diretor de Regionalização (PRD) da Secretaria de Estado da Saúde, por meio de deliberação da Comissão Intergestores Bipartite.

Art. 6º As Macrorregiões de Saúde terão, no mínimo, unidades de assistência de

Art. 4º A ampliação da regionalização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, dar-se-á por meio da habilitação dos prestadores de serviço em saúde da rede pública e mediante a celebração de contrato, convênio ou instrumento congênere com as redes de saúde filantrópicas, públicas e/ou privadas, em todas as Macrorregiões de Saúde do Estado.

§1º A habilitação das unidades e estruturas da rede pública estadual para atendimento no formato previsto no *caput*, abrangendo a totalidade dos procedimentos previstos na Portaria SAS/MS n. 968, de 11 de dezembro de 2022 e suas sucessoras, serão fixadas como meta da saúde pública Catarinense, com avaliação e adequação periódica dos projetos e processos para consecução do seu objetivo.

§2º Na hipótese de indisponibilidade de cobertura assistencial de média e alta complexidade à população, ~~o atendimento será garantido de forma subsidiária sob contratação dos serviços ofertados pela rede de saúde filantrópica, conforme previstos nos termos do~~ art. 199, §1º da Constituição Federal e art. 24 da Lei nacional nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 5º A configuração das Macrorregiões da Saúde do Estado e respectivamente Regiões e Municípios que as compõem seguirá o disposto no Plano Diretor de Regionalização (PRD) da Secretaria de Estado da Saúde, por meio de deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 6º As Macrorregiões de Saúde terão, no mínimo, unidades de assistência de



alta complexidade com as seguintes especialidades:

I – cardiologia, cardiovascular e cardiologia intervencionista;

II – neurologia e neurocirurgia;

III – oncologia;

IV – saúde auditiva;

V – traumatologia-ortopedia, com serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica e realização pós-operatória;

VI – nefrologia, com serviços de terapia renal substitutiva;

VII – assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave;

VIII – assistência de alta complexidade a queimados; e

IX – oftalmologia.

Art. 7º As Macrorregiões de Saúde contarão com unidades de saúde que disponibilizem atendimento e procedimentos de média complexidade nas seguintes áreas, sem prejuízos de outras:

I – cardiologia;

alta complexidade com as seguintes especialidades:

I – cardiologia, cardiovascular e cardiologia intervencionista;

II – neurologia e neurocirurgia;

III – oncologia;

IV – saúde auditiva;

V – traumatologia-ortopedia, com serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica e realização pós-operatória;

VI – nefrologia, com serviços de terapia renal substitutiva;

VII – assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave;

VIII – assistência de alta complexidade a queimados; e

IX – oftalmologia.

Art. 7º As Macrorregiões de Saúde contarão com unidades de saúde que disponibilizem atendimento e procedimentos de média complexidade nas seguintes áreas, sem prejuízos de outras:

I – cardiologia;



II – traumatologia-ortopedia;

III – nefrologia;

IV – otorrinolaringologia;

V – oftalmologia;

VI – urologia;

VII – ginecologia;

VIII – angiologia;

IX – Proctologia;

X – mastologia;

XI – gastroenterologia;

XII – assistência de média complexidade e queimados; e

XIII – cirurgia geral.

Art. 8º As regiões de saúde do Estado contarão com:

II – traumatologia-ortopedia;

III – nefrologia;

IV – otorrinolaringologia;

V – oftalmologia;

VI – urologia;

VII – ginecologia;

VIII – angiologia;

IX – Proctologia;

X – mastologia;

XI – gastroenterologia;

XII – assistência de média complexidade e queimados; e

XIII – cirurgia geral.

Art. 8º As regiões de saúde do Estado contarão com:



I – uma referência hospitalar regional, referencias ambulatoriais e clínicas contratadas especializadas em assistência ambulatorial, para a realização de consultas especializadas e exames;

II – Centro de Atendimento de Urgência Tipo III, aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC);

III – Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise para pacientes crônicos;

IV – leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

V – centro obstétrico e maternidade UTI neonatal;

VI – Centro de Atenção Psicossocial destinado a crianças e jovens de até 16 (dezesesseis) anos de idade (CAPS AD).

Parágrafo Único. Os Centros de Atendimento de Urgência tipo III aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) possuirão equipe médica especializada em neurologia endovascular.

~~Art. 9º Para os fins desta Lei, os serviços de saúde poderão ser prestados a distância, com uso de tecnologia de telemedicina, consoante o disposto na Resolução CFM n. 2.314, de 20 de abril de 2022.~~

I – uma referência hospitalar regional, referencias ambulatoriais e clínicas contratadas especializadas em assistência ambulatorial, para a realização de consultas especializadas e exames;

II – Centro de Atendimento de Urgência Tipo III, aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC);

III – Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise para pacientes crônicos;

IV – leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

V – centro obstétrico e maternidade UTI neonatal;

VI – Centro de Atenção Psicossocial destinado a crianças e jovens de até 16 (dezesesseis) anos de idade (CAPS AD).

Parágrafo Único. Os Centros de Atendimento de Urgência tipo III **dedicados aos** pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) **devem contar com** equipe médica especializada em neurologia endovascular.

Art. 9º A rede de saúde público do Estado priorizará o uso de ferramentas de tecnologia da informação na atenção primária especializada e, quando for possível, na atenção em média e alta complexidade.



Parágrafo Único. A rede de saúde público do Estado priorizará o uso de ferramentas de tecnologia da informação na atenção primária especializada e, quando for possível, na atenção em média e alta complexidade.

Art. 10 As despesas decorrentes da aplicação da presente Lei correrão por conta das dotações orçamentárias da Secretaria de Estado da Saúde.

Art. 11. Esta Lei entre em vigor na data de sua publicação.

Art. 10 As despesas decorrentes da aplicação da presente Lei correrão por conta das dotações orçamentárias da Secretaria de Estado da Saúde.

Art. 11. Esta Lei entre em vigor na data de sua publicação.



ANEXO
(PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE – PDR 2018)²



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



MACROREGIÃO

GRANDE OESTE

MEIO OESTE

VALE DO ITAJAÍ

GRANDE FLORIANÓPOLIS

FOZ DO RIO ITAJAÍ

SUL

NORDESTE

PLANALTO NORTE

SERRA

² <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-diretor-de-regionalizacao/14617-plano-diretor-de-regionalizacao-2018/file>