

**SECRETARIA DA SAÚDE
COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE**

Deliberação CIB - 21, de 27-5-2014

Considerando a Portaria GM/MS - 1.555, de 31-07-2013.

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo, em reunião realizada em 21-05-2015, aprova a pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica/2015, no âmbito do Estado de São Paulo conforme Anexo I e Anexo II.

Anexo I

Pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Estado de São Paulo/2015.

Termos da pactuação 1. Recursos Financeiros

Dos Recursos Financeiros destinados à aquisição de medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da Rename vigente (2013):

1.1 Municípios com mais de 250 mil habitantes e municípios que optarem por não receberem ao Programa Dose Certa:

1.1.1 Receberão nos Fundos Municipais de Saúde em financeiro:

O total da contrapartida do Ministério da Saúde (que corresponde a R\$ 5,10 hab/ano, em periodicidade informada na Portaria GM/MS - 1.555/2013, para aquisição de medicamentos e insumos constantes dos anexos I e IV da Rename vigente (2013);

O total da contrapartida da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo/SES-SP, que corresponde a R\$ 2,36 hab/ano, destinados à aquisição de medicamentos e insumos constantes dos anexos I e IV da Rename vigente (2013). Destes, no mínimo, R\$ 0,50/ habitante/ano destinados à aquisição de insumos para insulino-dependentes. O repasse será realizado com a seguinte periodicidade:

Dezembro/Janeiro/Fevereiro/Março – pagamento será realizado em Abril;

Abril/Maio/Junho – pagamento será realizado em Julho;

Julho/Agosto/Setembro – pagamento será realizado em Outubro;

Outubro/Novembro – pagamento será realizado em Dezembro.

1.1.2 O Município deverá aplicar no mínimo, R\$ 2,36/habitante/ano no Fundo Municipal de Saúde, para aquisição de medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da Rename vigente (2013). Destes, no mínimo R\$ 0,50/habitante/ano serão destinados à aquisição de insumos para insulino-dependentes;

1.2 Municípios com menos de 250 mil habitantes que optarem por receber o Programa Dose Certa:

1.1.2 Receberão nos Fundos Municipais de Saúde, em financeiro:

Parte da contrapartida do MS, R\$ 3,05 hab/ano, do total de R\$ 5,10 hab/ano, para aquisição de medicamentos e insumos constantes dos anexos I e IV da Rename vigente (2013);

parte da contrapartida estadual, R\$ 0,50/habitante/ano, para aquisição de insumos para insulino-dependentes. O repasse será realizado com a seguinte periodicidade:

Dezembro/Janeiro/Fevereiro/Março – pagamento será realizado em Abril;

Abril/Maio/Junho – pagamento será realizado em Julho;

Julho/Agosto/Setembro – pagamento será realizado em Outubro;

Outubro/Novembro – pagamento será realizado em Dezembro.

1.2.2 Receberão em medicamentos, pelo Programa Dose Certa (medicamentos produzidos pela Fundação para o Remédio Popular “Chopin Tavares de Lima” - Furp e os adquiridos no mercado pela SES/SP), parte da contrapartida federal, correspondente a R\$ 2,05/habitante/ano, e parte da contrapartida da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/ SES – SP, R\$ 2,53/habitante/ano, sendo:

R\$ 0,67/habitante/ano destinados à programação de medicamentos não constantes na Rename vigente (2013);

R\$ 1,86/habitante/ano, acrescidos do saldo (quando se aplicar) do recurso destinado à programação de medicamentos não constantes na Rename vigente (2013).

1.3 Para fins de alocação dos recursos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais, utilizar-se-á a população estimada nos referidos entes federativos pelo Censo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 01-07-2011, enviada ao Tribunal de Contas da União em 9 de novembro de 2011. Para evitar a redução no custeio deste Componente, os Municípios que tiveram a população reduzida nos termos do Censo IBGE 2011 em relação à população estimada nos termos do Censo IBGE 2009 terão os recursos federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a estimativa do Censo IBGE 2009.

2. Adesão Os municípios que optarem por receberem ao Programa Dose Certa ou, quando aderentes, optarem por deixá-lo, deverão manifestar-se de 22-05-2015 a 22-06-2015 ao Grupo de Assistência Farmacêutica (GAF), que apresentará à CIB-SP para conhecimento e encaminhamento ao MS, a fim de que sejam tomadas as providências no que se refere aos recursos financeiros da contrapartida do MS, bem como à Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira (CGOF), da SES/SP, no que se refere aos recursos financeiros da contrapartida da SES/SP.

3. Elenco

3.1 Elenco de Referência Estadual do Componente Básico de Assistência Farmacêutica de São Paulo fica definido conforme Anexo I e IV da Rename vigente (2013);

3.2 Elenco do Programa Dose Certa fica definido conforme Anexo II desta Deliberação;

3.3 Elenco de Referência Municipal – Cabe a cada município definir o seu Elenco de Referência, com base nos Anexos I e IV da Rename vigente (2013).

4. Programação de Medicamentos e Insumos 2015 – Programa Dose Certa:

O Sistema Farmanet estará disponível aos municípios cadastrados no Programa Dose Certa, para elaborar a Programação 2015, no período de 23 de julho a 23-08-2015.

Os critérios para programação e reposição dos medicamentos do Programa Dose Certa ficam definidos abaixo:

4.1 A programação será anual e terá como critério, o teto financeiro. Sendo:

R\$ 0,67/habitante/ano para programação de itens não constantes da Rename vigente (2013);

R\$ 3,91/habitante/ano, acrescidos do saldo do recurso destinado à aquisição de itens não constantes na Rename vigente, para itens constantes na Rename vigente (2013);

Os medicamentos serão dispostos em uma planilha única e poderão ser programados livremente, de acordo com o limite financeiro de cada município;

4.2 As reposições serão trimestrais, obedecendo ao quantitativo programado: o limite para o pedido de reposição trimestral será físico e financeiro. O limite físico será dado pelo quantitativo proporcional ao trimestre (a quarta parte do quantitativo programado), com possibilidade de ajuste de 25%. No entanto, os ajustes não poderão ultrapassar o teto financeiro destinado àquele município;

4.3 Será realizado um período de transição de quatro meses, a fim de que sejam viabilizadas as alterações propostas.

5. Contraceptivos (Art. 6º - Portaria - 1.555/2013)

5.1 Os municípios com população maior de 500 mil habitantes receberão diretamente do Ministério da Saúde os quantitativos programados;

5.2 Os municípios com população menor de 500 mil habitantes deverão encaminhar os quantitativos programados a este GAF.

A distribuição ocorrerá conforme distribuição do Ministério da Saúde;

5.3 Durante os quatro meses que compõem o período de transição, os pedidos de reposição serão atendidos regularmente independente da distribuição do Ministério da Saúde.

6. Controle e Monitoramento:

As ações, os serviços e os recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constarão nos instrumentos de planejamento do SUS, quais sejam Planos de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão (RAG).

Anexo II
Elenco do Programa Dose Certa

MEDICAMENTO	UNIDADE FORNECIMENTO
ACICLOVIR 200MG	CÁPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
ACIDO VALPROICO 250MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
ALBENDAZOL 400MG COMPRIMIDO	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
AMOXICILINA 500MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
AMOXICILINA 50MG/ML - PO PARA SUSPENSAO ORAL	FRASCO
ANLODIPINO, BESILATO 5MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI - PO LIOFILO/SUSPENSAO INJETAVEL	AMPOLA/FRASCO-AMPOLA/SERINGA PREENCHIDA
BENZILPENICILINA PROCAINA 300.000 UI, BENZILP POTASSICA 100.000 UI - PO LIOFILO/SUSP INJ	AMPOLA/FRASCO-AMPOLA/SERINGA PREENCHIDA
BIPERIDENO, CLORIDRATO 2MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
BIPERIDENO, LACTATO 5MG/ML - SOLUCAO INJETAVEL	AMPOLA 1ML
CAPTOPRIL 25MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
CARBAMAZEPINA 200MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
CARBONATO DE LITIO, 300MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
CEFALEXINA MONOIDRATADA 50 MG/ML (250 MG/5 ML) PO/SUSPENSÃO ORAL	FRASCO
CEFALEXINA MONOIDRATADA 500MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO 25MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
CLONAZEPAM 2MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 25MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
DEXAMETASONA, ACETATO 1MG/G (0,1%), CREME DERMATOLOGICO	BISNAGA
DIAZEPAM 10MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
DIGOXINA 0,25MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
DIPIRONA 500MG/ML - SOLUCAO ORAL - FRASCO CONTA-GOTAS	FRASCO
DIPIRONA SÓDICA 500 MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
ENALAPRIL, MALEATO 10MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
FENITOINA 100MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO

FENOBARBITAL 100MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
FLUOXETINA, CLORIDRATO 20MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
FUROSEMIDA 40MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
GLIBENCLAMIDA 5MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
HALOPERIDOL 2MG/ML - SOLUCAO ORAL - FRASCO CONTA-GOTAS	FRASCO
HALOPERIDOL 5MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
HALOPERIDOL 5MG/ML - SOLUCAO INJETAVEL	FRASCO-AMPOLA/SERINGA PREENCHIDA/AMPOLA
HALOPERIDOL, DECANOATO 70,52MG/ML (EQUIV 50MG/ML DE HALOPERIDOL) -SOLUCAO INJETAVEL	FRASCO-AMPOLA/SERINGA PREENCHIDA/AMPOLA
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	APSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 60 MG/ML SUSP ORAL	FRASCO
IBUPROFENO 300MG	APSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
LORATADINA 10MG	APSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
LORATADINA 1MG/ML XAROPE	FRASCO
METFORMINA 850MG	APSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
METILDOPA 250MG	APSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
METOCLOPRAMIDA 10MG	APSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
METRONIDAZOL (BENZOILMETRONIDAZOL) 40MG/ML (4%) - SUSPENSAO ORAL	FRASCO
METRONIDAZOL 100MG/G - CREME VAGINAL	BISNAGA
METRONIDAZOL 250MG CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
MICONAZOL 20 MG/G (2%)-CREME VAGINAL	BISNAGA
NITROFURANTOÍNA 100MG	CÂPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 25MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
OMEPRAZOL 20MG	CÂPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
PARACETAMOL 200MG/ML - SOLUCAO ORAL - FRASCO CONTA-GOTAS	FRASCO
PROMETAZINA, CLORIDRATO 25MG/ML - SOLUCAO INJETAVEL	FRASCO-AMPOLA/SERINGA PREENCHIDA/AMPOLA
PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL - PÓ ORAL	SACHÊ/ENVELOPE
SALBUTAMOL,SULF 120 MCG/DOSE (EQ. A 100MCG/DOSE DE SALBUTAMOL) - SOLUCAO AEROS.BUCAL	FRASCO COM 200 DOSES
SERTRALINA, CLORIDRATO 50 MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
SULFAMETOXAZOL 400MG+TRIMETOPRIMA 80MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
SULFAMETOXAZOL 40MG/ML, TRIMETOPRIMA 8MG/ML - SUSPENSÃO ORAL	FRASCO

SULFATO FERROSO 40 MG	CÁPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO
SULFATO FERROSO 68MG/ML(EQUIV 25MG/ML FERRO ELEM) - SOLUÇÃO ORAL - 30ML	FRASCO
TIAMINA, CLORIDRATO 300MG	CAPSULA/COMPRIMIDO/COMPRIMIDO REVESTIDO

Observação: os medicamentos estão com formas de apresentação possíveis de serem cotadas no pregão, Ex: capsula/comprimido/comprimido revestido e ampola/frasco-ampola/seringa preenchida. (Republicação da Deliberação CIB - 21, de 27-05-2014, publicada em 28/05/15, por não conter o Anexo II.)