

Secretaria de Estado de Saúde**Resolução nº 76/SES/MS****Campo Grande, 06 de julho de 2022.**

Institui, no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul, o Programa Remédio em Casa, a ser desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde.

O **Secretário de Estado da Saúde**, no uso das atribuições,

Considerando a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes";

Considerando a Lei Federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que "Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública";

Considerando a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que "Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial";

Considerando a Subseção I da Seção V da Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 44, de 17 de agosto de 2009, que "Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências";

RESOLVE:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul, o Programa Remédio em Casa, a ser desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde, como estratégia de entrega de medicamentos aos usuários cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e medicamentos e insumos aos usuários de Ação Judicial, nas residências ou locais estabelecidos, desde que estejam enquadrados nos critérios de inclusão do Programa.

§1º. O Programa Remédio em Casa contempla um elenco específico de medicamentos e insumos, disposto no Anexo I desta Resolução,

§2º. Poderão ser incluídos no elenco específico de medicamentos e insumos a serem entregues em casa, aqueles do CEAF e da Ação Judicial, que estão ou vierem a ser padronizados, mediante prévia autorização da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada (CAFE) e da Coordenadoria de Demandas em Saúde (CDS), de acordo com as suas competências.

§3º. São elegíveis para este Serviço os usuários residentes nos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul

Art. 2º São critérios cumulativos de inclusão no Programa Remédio em Casa:

I - O usuário possuir cadastro ativo no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e na Ação Judicial,

II - Possuir cadastro unicamente de medicamento(s) que consta(m) no Anexo I desta Resolução;

III - Tempo de vigência da APAC;

IV - O usuário e/ou responsável legal estar de pleno acordo com os critérios dispostos no "Termo de Adesão" contido no Anexo II desta Resolução, o qual deverá estar devidamente preenchido e assinado.

§1º. A avaliação quanto ao cumprimento dos critérios e a confirmação de inclusão no Programa Remédio em Casa será realizada pelo farmacêutico responsável. A confirmação ao usuário do início dos serviços será através de contato prévio. Caso não ocorra, o usuário deverá continuar no atendimento presencial.

§2º. A inclusão de usuários no Programa Remédio em Casa cujas condições específicas não estejam previstas nesta Resolução deverá ser avaliada pelo farmacêutico responsável e autorizada pela Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada (CAFE) e pela Coordenadoria de Demandas em Saúde (CDS), de acordo com as suas competências.

Art. 3º São condições necessárias para a manutenção do usuário no Programa Remédio em Casa:

I - Renovação da solicitação de medicamentos de forma presencial pelo usuário, responsável legal ou pessoa autorizada, conforme previsto no regramento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

II - Ação Judicial vigente, quando o ente fornecedor for a Secretaria de Estado de Saúde;

III - Manutenção dos dados cadastrais do usuário devidamente atualizados;

IV - Presença do usuário cadastrado, seu representante legal ou pessoa autorizada no momento da entrega do medicamento e insumo no endereço indicado, conforme previsto no regramento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e da Ação Judicial.

Art. 4º São critérios de desligamento do usuário do Programa Remédio em Casa:

I - Suspensão do tratamento que contempla medicamento e insumo relacionado no elenco específico de

medicamentos e insumos, disposto no Anexo I desta Resolução;

II - Alteração do tratamento, com a inclusão de medicamento(s) e insumo(s) não relacionado(s) no elenco específico de medicamentos e insumos, disposto no Anexo I desta Resolução;

III - Mudança da responsabilidade pela gestão do medicamento e insumo relacionado no elenco específico de medicamentos e insumos, disposto no Anexo I desta Resolução, passando da esfera estadual para a esfera municipal e/ou federal;

IV - Suspensão provisória ou definitiva da determinação judicial;

V - Desincorporação do medicamento e insumo relacionado no elenco específico de medicamentos e insumos, disposto no Anexo I desta Resolução;

VI - O usuário e/ou responsável legal estar de pleno acordo com os critérios dispostos no "Termo de Desistência" contido no Anexo III desta Resolução, o qual deverá estar devidamente preenchido e assinado;

VII - Não comunicação ao Programa Remédio em Casa acerca de alteração do endereço da entrega;

VIII - Três tentativas consecutivas frustradas de entrega;

IX - Falecimento do usuário;

X - Prestação de informações falsas e/ou o descumprimento do estabelecido nesta Resolução.

§1º. O desligamento do usuário do Programa Remédio em Casa não implica a suspensão do fornecimento de seu medicamento e insumo diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde do município de sua residência ou local estabelecido pela Gestão Estadual, exceto nos casos de falecimento, cadastro inativo, não renovação da solicitação de medicamentos conforme previsto no regramento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e suspensão da Ação Judicial pelos órgãos competentes.

§2º. O usuário que for desligado do Programa Remédio em Casa pelos motivos dos incisos VI, VII, VIII e X poderão retornar ao Programa após seis meses da data do registro da ocorrência.

§3º. Em caso de eventual interrupção do serviço do Programa Remédio em Casa, o usuário será previamente contatado pela equipe responsável pelo Programa Remédio em Casa para que possa retirar seu medicamento e insumo diretamente na Secretaria Municipal de Saúde do município de sua residência ou local estabelecido pela Gestão Estadual.

Art. 5º O direito à informação sobre a entrega à domicílio será garantido por meio do Serviço de Atendimento do Cliente (SAC), canal de comunicação direta entre o paciente e o Programa Remédio em Casa, além de envio de material orientativo. Quanto às informações sobre o uso do medicamento e insumo, a assistência será prestada por meio das unidades de atendimento presencial.

Art. 6º A entrega em domicílio será realizada por empresa contratada pela Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso do Sul devidamente regularizada conforme a legislação vigente.

Art. 7º A implantação do Programa Remédio em Casa dar-se-á de forma gradativa, considerando as razões técnicas e a conveniência administrativa.

Art. 8º O monitoramento e a avaliação do Programa Remédio em Casa serão executados pela área técnica da Assistência Farmacêutica e Ação Judicial, de acordo com as suas competências.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FLÁVIO DA COSTA BRITTO NETO

Secretário de Estado de Saúde

Anexo I

Elenco Específico dos Medicamentos e Insumos do Programa Remédio em Casa:

MEDICAMENTO	FORMA FARMACÊUTICA
Ácido ursodesoxicólico 150mg	Comprimido
Ambrisentana 5mg e 10mg	Comprimido
Atorvastatina 10, 20 e 40mg	Comprimido
Azatioprina 50mg	Comprimido
Baricitinibe 2mg e 4mg	Comprimido
Bezafibrato 200mg e 400mg	Comprimido
Bimatoprost 0,3%	Solução oftálmica
Brimonidina 2mg/ml, solução oftalmológica	Solução oftálmica
Brinzolamida 10mg/ml, solução oftálmica	Solução oftálmica
Bosentana 62,5g mg e 125 mg	Comprimido
Cabergolina 0,5mg	Comprimido
Calcipotriol 50mcg/g pomada 30g	Bisnaga
Calcitriol 0,25mcg	Cápsula

MEDICAMENTO	FORMA FARMACÊUTICA
Ciclosporina 25mg, 50 e 100mg	Cápsula
Ciclosporina 100mg/mL	Solução oral
Cinacalcete 30 mg e 60mg	Comprimido
Ciprofibrato 100 mg	Comprimido
Citrato de Tofacitinibe 5mg	Comprimido
Clopidogrel 75mg	Comprimido
Cloroquina 150 mg	Comprimido
Deferasirox 125mg, 250mg e 500mg	Comprimido
Deferiprona 500mg	Comprimido
Desmopressina 0,1 mg e 0,2mg	Comprimido
Dorzolamida 20mg/mL	Solução oftálmica
Eltrombopague olamina 25mg e 50mg	Comprimido
Everolimo 0,5 mg e 1mg	Comprimido
Fenofibrato 200 mg e 250mg	Cápsula
Fingolimode 0,5mg	Comprimido
Formoterol 12mcg	Cápsula
Formoterol + Budesonida 6/200 e 12/400mcg	Cápsula/pó para inalação
Fumarato de Dimetila 120mg e 240mg	Comprimido
Genfibrozila 600mg e 900mg	Comprimido
Hidroxicloroquina 200mg e 400 mg	Comprimido
Hidroxiureia 500mg	Cápsula
Mesalazina 400mg, 500mg e 800mg	Comprimido
Mesalazina supositório 500mg e 1g	Supositório
Mesalazina enema 1g e 3g	Enema
Metotrexato 2,5mg	Comprimido
Metotrexato 25 mg/mL 2mL	Solução injetável
Micofenolato de Mofetila 500 mg	Comprimido
Micofenolato Sódio 180 e 360mg	Comprimido
Naproxeno 250 mg e 500mg	Comprimido
Pancreatina 10.000 UI e 25.000 UI	Cápsula
Paricalcitol 5,0 mcg/mL 1mL	Solução injetável
Penicilamina 250mg	Cápsula
Piridostigmina 60 mg	Comprimido
Raloxifeno 60mg	Comprimido
Riluzol 50mg	Comprimido
Risedronato 35mg	Comprimido
Sacarato de hidróxido férrico 100 mg 5mL	Solução injetável
Sacubitril + Valsartana 50mg, 100mg e 200mg	Comprimido
Sevelamer 800 mg	Comprimido
Sildenafil 20 mg, 25mg e 50mg	Comprimido
Sirolimo 1 mg e 2mg	Drágea
Sulfassalazina 500mg	Comprimido
Tacrolimo 1 e 5mg	Cápsula
Timolol 5 mg/ml solução oftálmica	Solução oftálmica
Travoprostá 0,4mg/mL	Solução oftálmica

Anexo II



TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA REMÉDIO EM CASA

Eu, _____, por meio deste termo, manifesto interesse em participar do **Programa Remédio em Casa** e estou ciente que existem critérios de avaliação para a inclusão e permanência no programa. Caso sejam atendidos os critérios, autorizo a entrega mensal a domicílio do referido paciente:

Nome: _____ CPF: _____

Estou ciente de que não poderei fazer retiradas nas unidades de atendimento presencial e que é de minha total responsabilidade a retirada da documentação e renovação em tempo hábil, para não prejudicar o tratamento. Estou ciente de que ao desistir do programa, terei que assinar o termo de desistência e só poderei retornar ao Remédio em Casa após seis meses.

Endereço para entrega do medicamento:

Rua: _____ Nº: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Complemento: _____

Ponto de referência (se necessário): _____

Cidade / Estado: _____

Endereço residencial

Endereço comercial

Telefones para contato:

_____/_____/_____

_____/_____/_____

Município /data: _____, ____ de _____ de 20____.

Paciente

Responsável legal

Assinatura: _____

Aprovado para o programa em: ____/____/_____.

Técnico Responsável: _____

Link: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2022/04/Termo-de-adesao-PRC.pdf>

Anexo III



SES
Secretaria de Estado
de Saúde



GOVERNO
DO ESTADO
Mato Grosso do Sul



TERMO DE DESISTÊNCIA DO PROGRAMA REMÉDIO EM CASA

Eu, _____, por meio deste termo, solicito ser transferido do Programa Remédio em Casa para o atendimento presencial na Secretaria Municipal de Saúde do município de minha residência ou local estabelecido pela Gestão Estadual. Afirmando que desisti da participação no Programa e voltarei a retirar, na Secretaria Municipal de Saúde do município de minha residência ou local estabelecido pela Gestão Estadual, os medicamentos autorizados para o paciente:

Nome: _____

CPF: _____

() Estou ciente de que só poderei retornar ao Programa Remédio em Casa após seis meses da assinatura deste termo.

Telefones para contato:

_____/_____
_____/_____

Município /data: _____, _____ de _____ de 20_____.

() Paciente

() Responsável legal

Assinatura: _____

Confirmação da desistência do programa em: ____/____/_____.

Técnico Responsável: _____

Extrato do Contrato nº. 028/2022 – Hemosul.

Processo nº: 27/006489/2022

Contratada: Estado de Mato Grosso do Sul - CNPJ nº 15.412.257/0001-28, através da Secretaria de Estado de Saúde - CNPJ nº 02.955.271/0001-26, Fundo Especial de Saúde - CNPJ nº 03.517.102/0001-77;

Contratante: Município de Ivinhema – Hospital Municipal – CNPJ nº 03.575.875/0001-00 - Ivinhema/MS.

Objeto: Este Contrato tem por objeto o ressarcimento dos custos operacionais referentes à prestação de serviços especializados para **Agência Transfusional** aos pacientes da Contratante, na forma do que dispõem as normas técnicas vigentes.

Dos Valores e do Ressarcimento dos Serviços: Os valores para ressarcimento serão os constantes da tabela de referência de preços vigente na Portaria de Consolidação MS-GM nº 5 de 28/09/2017 (D.O. União nº 190 de 03/10/2017) e serão automaticamente modificados, caso haja reajuste na tabela de preço composta pelos custos da Contratada.

Vigência: Esse contrato vigorará pelo prazo de 36 (trinta e seis) meses, contados a partir da data de assinatura, de acordo com o inciso II, art. 57, da Lei nº. 8.666/93. Podendo, ao final deste prazo e segundo os interesses das partes, ser prorrogado após o acordo, através de Termo Aditivo.

Data ass. 05/07/2022.

Ass: Flávio da Costa Britto Neto - CPF/MF nº 596.253.687-87