

Постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2019 г. N 1844-ПП
"О расширении возможностей реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми по категории заболевания "муковисцидоз"

в редакции Постановления Правительства Москвы от 8 декабря 2023 г. N 2418-ПП
в редакции Постановления Правительства Москвы от 27 октября 2022 г. N 2344-ПП
в редакции Постановления Правительства Москвы от 3 августа 2021 г. N 1177-ПП
в редакции Постановления Правительства Москвы от 3 ноября 2020 г. N 1872-ПП

В целях расширения возможностей реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми по категории заболевания "муковисцидоз", Правительство Москвы постановляет:

1. Признать успешным проведение в городе Москве эксперимента по расширению возможностей реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми по категории заболевания "муковисцидоз", осуществляемого с 2020 года, и продолжить на постоянной основе предоставление права реализации получения установленных правовыми актами города Москвы мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами по категории заболевания "муковисцидоз" в денежной форме в виде компенсационной выплаты, осуществляемой за счет средств бюджета города Москвы.

2. Утвердить Порядок и условия расширения возможностей реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми по категории заболевания "муковисцидоз" (приложение).

3. Финансовое обеспечение осуществления компенсационной выплаты, производимой в соответствии с настоящим постановлением для приобретения лекарственных препаратов, назначаемых по категории заболевания "муковисцидоз", осуществляется за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных Департаменту здравоохранения города Москвы законом города Москвы о бюджете города Москвы на соответствующий финансовый год и плановый период на указанные цели.

4. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на заместителя Мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития Ракову А.В.

Мэр Москвы

С.С. Собянин

Приложение
к постановлению Правительства Москвы
от 26 декабря 2019 г. N 1844-ПП

Порядок
и условия расширения возможностей реализации права на получение мер социальной
поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми по категории
заболевания "муковисцидоз"

1. Порядок и условия расширения возможностей реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми по категории заболевания "муковисцидоз" (далее - Порядок), определяют правила и условия реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми по категории заболевания "муковисцидоз" (далее также - лекарственные препараты), в денежной форме в виде осуществляемой за счет средств бюджета города Москвы компенсационной выплаты на приобретение назначенных в установленном порядке лекарственных препаратов по категории заболевания "муковисцидоз" взамен получения бесплатно лекарственного препарата, а также порядок осуществления указанной компенсационной выплаты.

2. Право на получение компенсационной выплаты на приобретение лекарственных препаратов по категории заболевания "муковисцидоз" предоставляется гражданам, имеющим место жительства в городе Москве, имеющим в соответствии с нормативными правовыми актами города Москвы право на меры социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами по категории заболевания "муковисцидоз" и не выбравшим их получение в денежном выражении.

3. Настоящий Порядок не распространяется на граждан, признанных недееспособными в установленном законом порядке.

4. Граждане вправе обратиться за получением компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата взамен получения бесплатного лекарственного препарата по категории заболевания "муковисцидоз", обеспечение которым осуществляется за счет средств бюджета города Москвы.

5. Компенсационная выплата на приобретение лекарственных препаратов по категории заболевания "муковисцидоз" предоставляется при условии наличия у обратившегося гражданина заболевания "муковисцидоз", отнесения гражданина к категории граждан, имеющих право на меры социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами по категории заболевания "муковисцидоз" в соответствии с правовыми актами города Москвы, и наличия медицинских показаний для назначения лечащим врачом медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях (далее - медицинская организация), лекарственных препаратов по категории заболевания "муковисцидоз".

При этом в соответствии с настоящим Порядком компенсационная выплата на приобретение лекарственного препарата не осуществляется в случае обращения за получением компенсационной выплаты на приобретение лекарственных препаратов, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных муковисцидозом, если для обеспечения указанных лиц этими лекарственными препаратами в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации закупка и поставка лекарственных препаратов за счет средств федерального бюджета осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации или подведомственной ему организацией.

6. Компенсационная выплата на приобретение лекарственного препарата, за которой обратился гражданин, осуществляется по каждому выписываемому лечащим врачом

лекарственному препарату по категории заболевания "муковисцидоз" и на курс лечения, указанный в рецепте на этот лекарственный препарат.

7. Обращение за компенсационной выплатой на приобретение лекарственного препарата осуществляется к лечащему врачу медицинской организации.

8. При обращении гражданина либо законного представителя ребенка к лечащему врачу за получением рецепта на лекарственный препарат лечащий врач информирует гражданина либо законного представителя ребенка:

8.1. О наличии либо отсутствии лекарственного препарата в структурном подразделении Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Центр лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы" (далее - Центр лекарственного обеспечения).

8.2. О невозможности получения бесплатного лекарственного препарата (в том числе по иному торговому наименованию) в связи с подачей заявления с просьбой о предоставлении компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата.

8.3. О размере компенсационной выплаты в части денежной суммы, которая будет предоставлена на приобретение одной упаковки лекарственного препарата, количестве упаковок лекарственного препарата, перечислении компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата на счет, открытый в российской кредитной организации, или банковский счет социальной карты и сроке ее перечисления, а также о правилах формирования цены на одну упаковку лекарственного препарата.

9. При принятии обратившимся гражданином либо законным представителем ребенка на приеме у лечащего врача решения о получении компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата гражданин либо законный представитель ребенка заполняет в двух экземплярах заявление с просьбой о предоставлении компенсационной выплаты (далее - заявление) по форме согласно приложению к настоящему Порядку.

10. В заявление лечащим врачом вносятся сведения о размере компенсационной выплаты в части денежной суммы, которая будет предоставлена на приобретение одной упаковки лекарственного препарата, и количестве упаковок лекарственного препарата.

Размер компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата рассчитывается исходя из размещенных на сайте Центра лекарственного обеспечения в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (www.cloikk.ru) (далее - сайт www.cloikk.ru) данных о цене на одну упаковку лекарственного препарата, сформированной Центром лекарственного обеспечения для осуществления компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата в соответствии с правилами, утвержденными Департаментом здравоохранения города Москвы по согласованию с Департаментом экономической политики и развития города Москвы.

11. Для перечисления компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата обратившийся гражданин либо законный представитель ребенка указывает сведения о реквизитах российской кредитной организации и счета, открытого в российской кредитной организации, или банковского счета социальной карты либо представляет выписку из российской кредитной организации о реквизитах счета.

Представляемая выписка из российской кредитной организации о реквизитах счета заверяется подписью гражданина либо законного представителя ребенка.

В случае незаполнения обратившимся гражданином либо законным представителем ребенка в заявлении указанных сведений и непредставления выписки из российской кредитной организации о реквизитах счета лечащий врач разъясняет гражданину либо законному представителю ребенка о необходимости обращения в медицинскую организацию на стойку информации или в структурное подразделение, осуществляющее организацию оказания медицинских услуг на платной основе, с документом, удостоверяющим его личность, экземпляром заявления, выдаваемого ему на руки, и сведениями о реквизитах российской кредитной организации и счета, открытого в российской

кредитной организации, или банковского счета социальной карты.

12. Два экземпляра заявления подписываются обратившимся гражданином либо законным представителем ребенка и лечащим врачом. Один экземпляр заявления выдается на руки обратившемуся гражданину либо законному представителю ребенка, а второй экземпляр заявления передается в структурное подразделение медицинской организации, осуществляющее организацию оказания медицинских услуг на платной основе.

13. Право на получение компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата предоставляется с даты подписания гражданином либо законным представителем ребенка заявления и действует на курс лечения, указанный в рецепте на этот лекарственный препарат.

14. Гражданин либо законный представитель ребенка, подавший на приеме у лечащего врача заявление и не заполнивший в нем сведения о реквизитах банковского счета и российской кредитной организации, и не представивший выписку из российской кредитной организации о реквизитах счета, должен обратиться в медицинскую организацию с экземпляром заявления, выданного ему на руки, и представить указанные сведения либо выписку из российской кредитной организации о реквизитах счета. Данная информация представляется гражданином либо законным представителем ребенка на стойку информации медицинской организации либо в структурное подразделение, осуществляющее организацию оказания медицинских услуг на платной основе, с предъявлением документа, удостоверяющего его личность.

При обращении гражданином либо законным представителем ребенка заполняется приложение к ранее подписанному заявлению, оформляемое по форме согласно приложению к настоящему Порядку. Сведения о реквизитах банковского счета и российской кредитной организации указываются в заполняемом приложении к ранее подписанному заявлению либо представляются в виде выписки из российской кредитной организации о реквизитах счета, заверенной подписью гражданина.

Заполненное приложение к заявлению подписывается обратившимся гражданином либо законным представителем ребенка и работником медицинской организации, и в нем проставляется дата его заполнения.

15. Компенсационная выплата на приобретение лекарственного препарата перечисляется в срок не позднее 5 рабочих дней:

15.1. С даты подписания гражданином либо законным представителем ребенка заявления на приеме у лечащего врача при заполнении в нем сведений о реквизитах банковского счета и российской кредитной организации либо представлении на приеме у лечащего врача выписки из российской кредитной организации о реквизитах счета.

15.2. С даты подписания гражданином либо законным представителем ребенка приложения к ранее подписанному им заявлению при заполнении в этом приложении сведений о реквизитах банковского счета и российской кредитной организации либо представлении выписки из российской кредитной организации о реквизитах счета.

16. Размещение данных о ценах на упаковки лекарственных препаратов на сайте www.cloikk.ru и поддержание их в актуальном состоянии осуществляется Центром лекарственного обеспечения в соответствии с правилами, утвержденными Департаментом здравоохранения города Москвы по согласованию с Департаментом экономической политики и развития города Москвы.

**Приложение
к Порядку**

Главному врачу

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии))

_____ (наименование медицинской организации)

о
т

_____ (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии))

Номер медицинской карты: _____

Телефон домашний: _____

Телефон мобильный: _____

Заявление N _____

с просьбой о предоставлении компенсации для приобретения лекарственных препаратов, назначаемых по категории заболевания "муковисцидоз", взамен обеспечения ими

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) гражданина)

проживающий по адресу: _____

_____ ,
являюсь законным представителем (родителем, опекуном, попечителем) ребенка

_____ (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) ребенка)

Прошу перечислить мне компенсационную выплату на приобретение лекарственного препарата в рамках расширения возможностей реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами взамен получения назначенного бесплатно лекарственного препарата по категории заболевания "муковисцидоз".

Я проинформирован(а) о факте наличия либо отсутствия в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы "Центр лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы" назначенного мне лекарственного препарата на день обращения к лечащему врачу за получением рецепта на лекарственный препарат.

Я проинформирован(а) о правилах и условиях реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми по категории заболевания "муковисцидоз", денежной сумме, которая будет предоставлена на приобретение одной упаковки лекарственного препарата, количестве упаковок лекарственного препарата, правилах формирования цены на одну упаковку лекарственного препарата, сроках перечисления мне компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата.

Я понимаю, что в случае подписания мной данного Заявления на период курса лечения лекарственный препарат (в том числе по иному торговому наименованию) бесплатно мне предоставляться не будет.

Мне разъяснено, что в случае незаполнения мной в настоящем Заявлении сведений о реквизитах российской кредитной организации, счета, открытого в российской кредитной организации, или банковского счета социальной карты либо непредставления выписки из российской кредитной организации о реквизитах счета я обязан(а) обратиться в медицинскую организацию на стойку регистрации либо в структурное подразделение, осуществляющее организацию оказания медицинских услуг на платной основе, с документом, удостоверяющим мою личность, экземпляром настоящего Заявления и представить сведения о реквизитах российской кредитной организации, счета, открытого в российской кредитной организации, или банковского счета социальной карты либо выписку из российской кредитной организации о реквизитах счета.

Мне разъяснено, что настоящее Заявление действует на курс лечения, указанный в рецепте на лекарственный препарат.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Дата "___" _____ 20__ г.

Подпись _____
(Ф.И.О. гражданина, расшифровка подписи)

Заполняется лечащим врачом:

(наименование лекарственного препарата, лекарственная форма, дозировка, фасовка)

(руб.)
(цена одной упаковки лекарственного препарата, цифрами и прописью)

(уп.)
(количество упаковок лекарственного препарата)

(дней)
(период проведения курса лечения)

Дата "___" _____ 20__ г.

Подпись _____
(Ф.И.О. лечащего врача)

Заполняется гражданином (отметить нужно):

я ознакомлен(а) с информацией о цене одной упаковки лекарственного препарата и количестве упаковок лекарственного препарата

Дата "___" _____ 20__ г.

Подпись _____
(Ф.И.О. гражданина, расшифровка подписи)

Заполняется гражданином:

сведения для перечисления компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата (отметить нужно):

сообщаю сведения о реквизитах счета:

Наименование российской кредитной организации	
БИК российской кредитной организации	
ИНН российской кредитной организации	
КПП российской кредитной организации	
Номер счета, открытый в российской кредитной организации	

Дата "___" _____ 20__ г.

Подпись _____
(Ф.И.О. гражданина, расшифровка подписи)

сведения о реквизитах счета представляю в выписке из российской кредитной организации о реквизитах счета

Дата "___" _____ 20__ г.

Подпись _____
(Ф.И.О. гражданина, расшифровка подписи)

Заявление принято:

Дата "___" _____ 20__ г.

Подпись _____
(Ф.И.О. лечащего врача)

М.П.

Приложение
к Заявлению N _____¹

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии))

Телефон домашний: _____

Телефон мобильный: _____

Адрес проживания: _____

Сведения для перечисления компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата (отметить нужное):

сообщаю сведения о реквизитах счета:

Наименование российской кредитной организации	
БИК российской кредитной организации	
ИНН российской кредитной организации	
КПП российской кредитной организации	
Номер счета, открытый в российской кредитной организации	

Дата "___" _____ 20__ г.

Подпись _____
(Ф.И.О. гражданина, расшифровка подписи)

сведения о реквизитах счета представляю в выписке из российской кредитной организации о реквизитах счета

Дата "___" _____ 20__ г.

Подпись _____
(Ф.И.О. гражданина, расшифровка подписи)

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с

законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Дата "___" _____ 20__ г.

Подпись _____
(Ф.И.О. гражданина, расшифровка подписи)

Заявление принято:

Дата "___" _____ 20__ г.

Подпись _____
(Ф.И.О. работника медицинской организации)

¹ Заполняется в случае незаполнения на приеме у лечащего врача в Заявлении сведений о реквизитах российской кредитной организации, счета, открытого в российской кредитной организации, или банковского счета социальной карты либо непредставления на приеме у лечащего врача выписки из российской кредитной организации о реквизитах счета.