

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 26 декабря 2019 г. N 1844-ПП

О ПРОВЕДЕНИИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ ЭКСПЕРИМЕНТА ПО РАСШИРЕНИЮ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, НАЗНАЧАЕМЫМИ ПО КАТЕГОРИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ "МУКОВИСЦИДОЗ"

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

1. Провести в городе Москве с 1 января по 31 декабря 2020 г. эксперимент по расширению возможностей реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми по категории заболевания "муковисцидоз", направленный на предоставление права на получение мер социальной поддержки по обеспечению назначаемых лекарственных препаратов по категории заболевания "муковисцидоз" в денежной форме в виде компенсационной выплаты, осуществляемой за счет средств бюджета города Москвы.

2. Утвердить [Порядок](#) и условия проведения эксперимента по расширению 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 рамках эксперимента по расширению возможностей реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми по категории заболевания "муковисцидоз", осуществляется за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных Департаменту здравоохранения города Москвы [Законом](#) города Москвы от 27 ноября 2019 г. N 33 "О бюджете города Москвы на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов" на реализацию соответствующего мероприятия Государственной [программы](#) города Москвы "Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)".

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

**ПОРЯДОК
И УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТА ПО РАСШИРЕНИЮ ВОЗМОЖНОСТЕЙ
РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ
ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, НАЗНАЧАЕМЫМИ
ПО КАТЕГОРИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ "МУКОВИСЦИДОЗ"**

1. Порядок и условия проведения эксперимента по расширению возможностей реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми по категории заболевания "муковисцидоз" (далее - Порядок), определяют правила и условия проведения эксперимента по расширению возможностей реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми по категории заболевания "муковисцидоз" (далее - эксперимент), в том числе порядок включения в эксперимент, осуществления компенсационной выплаты на приобретение назначенных в установленном порядке лекарственных препаратов по категории заболевания "муковисцидоз" (далее - лекарственные препараты).

2. Эксперимент распространяется на граждан, имеющих место жительства в городе Москве, имеющих в соответствии с нормативными правовыми актами города Москвы право на меры социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами по категории заболевания "муковисцидоз" и не выбравших их получение в денежном выражении.

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

4. В эксперименте участвуют граждане, на которых распространяется действие эксперимента и которым при наличии медицинских показаний лечащим врачом медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях (далее - медицинская организация), назначены лекарственные препараты по категории заболевания "муковисцидоз".

5. В период проведения эксперимента граждане вправе обратиться за получением компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата взамен получения бесплатного лекарственного препарата по категории заболевания "муковисцидоз".

Условием осуществления компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата является наличие у обратившегося гражданина заболевания "муковисцидоз" и отнесение 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.

6. В рамках эксперимента 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 об 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 включении в эксперимент.

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 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 получить компенсационную выплату на приобретение лекарственного препарата гражданин либо законный представитель ребенка заполняет в двух экземплярах **заявление** с просьбой о включении его в эксперимент (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 должен указать сведения о реквизитах кредитной организации и счета, открытого в кредитной организации, или банковского счета социальной карты либо представить выписку из кредитной организации о реквизитах счета.

Представляемая выписка из 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 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 кредитной организации и счета, открытого в 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. Гражданин либо законный представитель ребенка включается в эксперимент с даты подписания заявления и признается включенным в эксперимент 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 кредитной организации, и не представивший выписку из кредитной организации о реквизитах счета, должен обратиться в медицинскую организацию с экземпляром заявления, выданного ему на руки, и представить указанные сведения либо выписку из 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 кредитной организации указываются в заполняемом приложении к ранее подписанному заявлению либо представляются в виде выписки из 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 кредитной организации либо представлении на приеме у лечащего врача выписки из 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 кредитной организации либо представлении выписки из 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.

Главному врачу

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

(наименование медицинской организации)

От _____

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

Номер медицинской карты _____

Телефон домашний: _____

Телефон мобильный: _____

Заявление N _____

с просьбой о включении гражданина в эксперимент по расширению
возможностей реализации права на получение мер социальной
поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми
по категории заболевания "муковисцидоз"

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 проведения эксперимента по расширению возможностей реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, назначаемыми 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 порядке включения в эксперимент, правилах и условиях проведения эксперимента, 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 в период моего участия в эксперименте 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 кредитной организации, счета, открытого в кредитной организации, или банковского счета социальной карты либо непредставления выписки из 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 кредитной организации, счета, открытого в кредитной организации, или банковского счета социальной карты либо с выпиской из 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 _____
(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии))

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

Заполняется гражданином:

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

Дата "___" _____ 20__ г.

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

Заполняется гражданином:

Сведения для перечисления компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата:

Сообщаю сведения о реквизитах счета:

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

Дата "___" _____ 20__ г.

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

Сведения о реквизитах счета представляю в выписке из кредитной организации о реквизитах счета.

Дата "___" _____ 20__ г.

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

Заявление принято:

Дата "___" _____ 20__ г.

Подпись _____
(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)
лечащего врача)

М.П.

Приложение к Заявлению N _____ *

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

Телефон домашний: _____

Телефон мобильный: _____

Адрес проживания: _____

Сведения для перечисления компенсационной выплаты на приобретение лекарственного препарата:

Сообщаю сведения о реквизитах счета:

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

Дата "___" _____ 20__ г.

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

Сведения о реквизитах счета представляю в выписке из кредитной организации о реквизитах счета.

Дата "___" _____ 20__ г.

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

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

Заявление принято:

Дата "___" _____ 20__ г.

Подпись _____
(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)
работника медицинской организации)

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