



РЕСПУБЛИКА КРЫМ

СОВЕТ МИНИСТРОВ

РАДА МІНІСТРІВ
НАЗИРЛЕР ШУРАСЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 25 декабря 2024 г. № 808

г. Симферополь

*О внесении изменений в постановление
Совета министров Республики Крым
от 7 марта 2024 года № 128*

В соответствии со статьёй 84 Конституции Республики Крым, статьёй 20 Закона Республики Крым от 19 июля 2022 года № 307-ЗРК/2022 «Об исполнительных органах Республики Крым»

Совет министров Республики Крым постановляет:

Внести в постановление Совета министров Республики Крым от 7 марта 2024 года № 128 «Об утверждении Порядка предоставления в 2024 году меры социальной поддержки гражданам в виде компенсации расходов, связанных с обеспечением детей с сахарным диабетом 1 типа лекарственными препаратами, назначаемыми по жизненным показаниям и при индивидуальной непереносимости, и лекарственными препаратами и (или) медицинскими изделиями, назначаемыми по категории заболевания «диабет» следующие изменения:

в названии постановления слова «в 2024 году» исключить;

в пункте 1 постановления слова «в 2024 году» исключить;

в приложении к постановлению:

в названии приложения слова «в 2024 году» исключить;

в пункте 1 приложения слова «в 2024 году» исключить;

в пункте 2:

подпункт 2.2 изложить в следующей редакции:

«2.2. Получение заявителем справки медицинской организации Республики Крым об отсутствии возможности обеспечения медицинскими препаратами и изделиями в течение 10 рабочих дней со дня обращения одного из родителей, усыновителей (законных представителей) ребенка (далее –

заявитель) в медицинскую организацию по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку (далее – Справка).

Справка выдается медицинской организацией заявителю на 11 рабочий день со дня обращения заявителя в медицинскую организацию.»;

в пункте 8:

часть первую дополнить абзацем следующего содержания:

«- сведения об индивидуальном налоговом номере заявителя.»;

в пункте 15:

слова «пунктом 15» заменить словами «пунктом 14»;

приложение 1 к Порядку предоставления меры социальной поддержки гражданам в виде компенсации расходов, связанных с обеспечением детей с сахарным диабетом 1 типа лекарственными препаратами, назначаемыми по жизненным показаниям и при индивидуальной непереносимости, и лекарственными препаратами и (или) медицинскими изделиями, назначаемыми по категории заболевания «диабет», изложить в новой редакции (прилагается);

приложение 2 к Порядку предоставления меры социальной поддержки гражданам в виде компенсации расходов, связанных с обеспечением детей с сахарным диабетом 1 типа лекарственными препаратами, назначаемыми по жизненным показаниям и при индивидуальной непереносимости, и лекарственными препаратами и (или) медицинскими изделиями, назначаемыми по категории заболевания «диабет», изложить в новой редакции (прилагается).

**Председатель Совета министров
Республики Крым**



Ю. ГОЦАНЮК

Приложение 1
к Порядку предоставления меры
социальной поддержки гражданам
в виде компенсации расходов,
связанных с обеспечением детей
с сахарным диабетом 1 типа
лекарственными препаратами,
назначаемыми по жизненным
показаниям и при индивидуальной
непереносимости,
и лекарственными препаратами и (или)
медицинскими изделиями,
назначаемыми по категории
заболевания «диабет»

(в редакции постановления
Совета министров Республики Крым
от «15 января» 2024 года № 808)

Справка
медицинской организации Республики Крым об отсутствии возможности
обеспечения медицинскими препаратами и изделиями в течение 10
рабочих дней со дня обращения заявителя в медицинскую организацию

_____ (наименование медицинской организации)
Выдана _____

_____ (ФИО родителя, усыновителя, законного представителя ребенка)

о том, что ребенок _____

_____ (ФИО ребенка, дата рождения)

нуждается в обеспечении следующими медицинскими препаратами
и изделиями:

_____,
(указываются международное непатентованное и торговое наименование
медицинского препарата и изделия, страна производства, количество из
расчета месячной потребности)

которые на дату обращения заявителя _____ отсутствовали
(дата обращения)

в медицинской/фармацевтической организации для своевременного обеспечения ими ребенка и в течение 10 рабочих дней с даты обращения заявителя осуществить указанное обеспечение не представляется возможным.

Период необеспечения пациента составил: _____
(указать период необеспечения для каждой позиции)

Лечащий врач: _____ М.П.
(подпись, фамилия, инициалы)

Главный врач _____ М.П.
(подпись, фамилия, инициалы)

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение 2
к Порядку предоставления меры
социальной поддержки гражданам
в виде компенсации расходов,
связанных с обеспечением детей
с сахарным диабетом 1 типа
лекарственными препаратами,
назначаемыми по жизненным
показаниям и при индивидуальной
непереносимости,
и лекарственными препаратами и (или)
медицинскими изделиями,
назначаемыми по категории
заболевания «диабет»

(в редакции постановления
Совета министров Республики Крым
от «25 января» 2024 года № 808)

Министерство здравоохранения
Республики Крым

от _____

(фамилия, имя, отчество родителя,
усыновителя, законного представителя
ребенка)

Полис обязательного медицинского
страхования ребенка

№ _____

Контактный телефон: _____

Заявление

о предоставлении меры социальной поддержки в виде компенсации
расходов, связанных с обеспечением детей с сахарным диабетом 1 типа
лекарственными препаратами, назначаемыми по жизненным показаниям
и при индивидуальной непереносимости, и лекарственными препаратами
и (или) медицинскими изделиями, назначаемыми по категории
заболевания «диабет»

Я, _____,
(ФИО родителя, усыновителя, законного представителя ребенка)

проживающий(ая) по адресу: _____

паспортные данные: _____

(серия, номер паспорта, дата выдачи, кем выдан)

являюсь законным представителем (родителем, опекуном, попечителем)

(ФИО ребенка, дата рождения)

прикрепленного к медицинской организации _____

(указывается наименование медицинской организации)

прошу предоставить меру социальной поддержки в виде компенсации расходов, связанных с обеспечением детей с сахарным диабетом 1 типа лекарственными препаратами, назначаемыми по жизненным показаниям и при индивидуальной непереносимости, и лекарственными препаратами и (или) медицинскими изделиями, назначаемыми по категории заболевания «диабет», в сумме _____

(указывается сумма понесенных затрат)

за приобретенные медицинские препараты и изделия:

(указывается наименование приобретенных медицинских препаратов и изделий, количество)

Реквизиты для перечисления компенсационной выплаты:

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

Я проинформирован(а):

- о порядке, условиях и правилах предоставления компенсационной выплаты;
- о правилах формирования размера компенсационной выплаты;

- о сроках перечисления компенсационной выплаты.

Даю согласие на то, что при подаче мной данного заявления на период курса лечения, указанного в рецепте, бесплатное обеспечение медицинскими препаратами и изделиями (в том числе по иному торговому наименованию) ребенку, законным представителем которого я являюсь, предоставляться не будет.

Мне разъяснено, что настоящее заявление действует на курс лечения, указанный в рецепте на медицинские препараты и изделия.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись заявителя)

(фамилия, инициалы заявителя)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление принято.

Документы, приложенные к заявлению:

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись сотрудника
Министерства
здравоохранения
Республики Крым,
принявшего заявление)

(ФИО сотрудника Министерства
здравоохранения Республики Крым,
принявшего заявление)

М.П.