



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

19.06.2025г.

№ 32

г. Омск

О мерах по реализации постановления Правительства Омской области
от 23 мая 2025 года № 267-п

В соответствии с пунктами 5, 10 Порядка предоставления меры социальной поддержки по компенсации расходов, понесенных гражданином на самостоятельное приобретение лекарственного препарата, медицинского изделия и специализированного продукта лечебного питания за свой счет (далее – мера социальной поддержки), утвержденного постановлением Правительства Омской области от 23 мая 2025 года № 267-п, приказываю:

1. Создать комиссию Министерства здравоохранения Омской области по предоставлению меры социальной поддержки (далее – комиссия).

2. Утвердить:

1) Порядок работы комиссии (приложение № 1);

2) состав комиссии (приложение № 2);

3) форму заявления на предоставление меры социальной поддержки (приложение № 3).

Министр здравоохранения
Омской области

Д.А. Маркелов

ПОРЯДОК

работы комиссии Министерства здравоохранения Омской области
по предоставлению меры социальной поддержки по компенсации
расходов, понесенных гражданином на самостоятельное
приобретение лекарственного препарата, медицинского
изделия и специализированного продукта
лечебного питания за свой счет

1. Настоящий Порядок регламентирует работу комиссии Министерства здравоохранения Омской области (далее – Министерство) по предоставлению меры социальной поддержки по компенсации расходов, понесенных гражданином на самостоятельное приобретение лекарственного препарата, медицинского изделия и специализированного продукта лечебного питания за свой счет (далее соответственно – комиссия, мера социальной поддержки).

2. Комиссия осуществляет свою деятельность в соответствии с постановлением Правительства Омской области от 23 мая 2025 года № 267-п «О мере социальной поддержки по компенсации расходов, понесенных гражданином на самостоятельное приобретение лекарственного препарата, медицинского изделия и специализированного продукта лечебного питания за свой счет» (далее – постановление) и настоящим Порядком.

3. Основными функциями комиссии являются:

1) рассмотрение документов граждан, предусмотренных Порядком предоставления меры социальной поддержки, утвержденным постановлением, поступивших в Министерство (в том числе в форме электронных документов, подписанных электронной подписью);

2) принятие решения о предоставлении меры социальной поддержки или об отказе в ее предоставлении.

4. В состав комиссии входят председатель комиссии, заместитель председателя комиссии, секретарь комиссии и иные члены комиссии.

5. Председатель комиссии:

1) осуществляет общее руководство работой комиссии;

2) определяет дату и время проведения заседания комиссии и проводит заседание комиссии;

3) распределяет обязанности между членами комиссии.

В период отсутствия председателя комиссии либо по его поручению заместитель председателя комиссии исполняет обязанности председателя комиссии.

6. Секретарь комиссии осуществляет подготовку материалов для очередного заседания комиссии, ведет протоколы заседания комиссии.

7. Комиссия собирается по мере необходимости. Заседание комиссии считается правомочным, если на нем присутствует не менее половины утвержденного состава ее членов.

8. Решение комиссии принимается путем открытого голосования простым большинством голосов членов комиссии, присутствующих на заседании. При голосовании каждый член комиссии имеет один голос. При равенстве голосов решающим является голос председательствующего на заседании комиссии.

9. Решение комиссии оформляется протоколом, который подписывается председательствующим на заседании комиссии, секретарем комиссии и всеми членами комиссии, принимавшими участие в заседании комиссии.

10. Организационно-техническое обеспечение деятельности комиссии осуществляет управление по организации лекарственного обеспечения департамента лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, организации лекарственного обеспечения и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности Министерства.

СОСТАВ

комиссии Министерства здравоохранения Омской области по предоставлению
меры социальной поддержки по компенсации расходов, понесенных
гражданином на самостоятельное приобретение лекарственного
препарата, медицинского изделия и специализированного
продукта лечебного питания за свой счет

- | | |
|---------------------------------|---|
| Мальцев
Сергей Николаевич | - заместитель Министра здравоохранения Омской области, председатель комиссии |
| Великодный
Сергей Николаевич | - заместитель руководителя департамента лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, организации лекарственного обеспечения и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности Министерства здравоохранения Омской области – начальник управления лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, заместитель председателя комиссии |
| Савченко
Маргарита Юрьевна | - начальник управления по организации лекарственного обеспечения департамента лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, организации лекарственного обеспечения и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности Министерства здравоохранения Омской области, секретарь комиссии |
| Кизик
Евгения Владимировна | - начальник управления финансового обеспечения и контроля департамента экономики и финансов Министерства здравоохранения Омской области |
| Эглит
Андрей Владимирович | - начальник отдела нормотворческой деятельности правового управления Министерства здравоохранения Омской области |
-

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения Омской области
от 19.06.2025г. № 32

ФОРМА

заявления на предоставление меры социальной поддержки по компенсации
расходов, понесенных гражданином на самостоятельное приобретение
лекарственного препарата, медицинского изделия и
специализированного продукта лечебного питания
за свой счет

Министру здравоохранения
Омской области
Д.А. Маркелову

от _____

зарегистрирован(а) по адресу:

номер телефона _____

Заявление

Прошу компенсировать расходы, понесенные на самостоятельное приобретение лекарственного препарата (медицинского изделия, специализированного продукта лечебного питания) (нужное подчеркнуть) за свой счет:

№ п/п	Наименование лекарственного препарата (медицинского изделия, специализированного продукта лечебного питания)	Лекарственная форма, дозировка, фасовка	Количество упаковок	Сумма, заявленная к возмещению
1				
2				
3				
4				
5				

Наименование медицинской организации, выписавшей рецепт:

Наименование аптечной организации, в которую рецепт был предъявлен для обеспечения и не обеспечившей рецепт:

К заявлению прилагаю следующие документы:

№ п/п	Наименование документа	Количество экземпляров
1		
2		
3		
4		
5		

Информация, необходимая для перечисления расходов, понесенных на самостоятельное приобретение лекарственного препарата (медицинского изделия, специализированного продукта лечебного питания) (нужное подчеркнуть):

Фамилия, имя, отчество (полностью)	
Дата рождения (дд.мм.гггг)	
ИНН	
СНИЛС	
Паспортные данные (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)	
Адрес места регистрации с индексом	
Реквизиты банковского счета: Расчетный счет Наименование банка БИК банка Корреспондентский счет банка ИНН банка КПП банка	

Я, _____
предупрежден(а) об ответственности за представление недостоверной (ложной) информации, недостоверных (поддельных) документов, сокрытие данных, влияющих на принятие решения о компенсации указанных расходов.

Даю свое согласие на обработку моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, в целях проверки достоверности представленной мной информации.

(Ф.И.О. заявителя)

(подпись заявителя)

«__» _____ 20__ года
