

в министерство здравоохранения Рязанской области
Адрес: 390006, Рязанская область, город Рязань, ул. Свободы, д.32
От: _____ (ФИО родителя),
действующей(его) в интересах несовершеннолетней(его)
_____ (ФИО), ____ года рождения
адрес: _____
телефон: _____
e-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Моя дочь (мой сын), _____ (ФИО), ____ года рождения, является ребенком-инвалидом. У нее (него) диагностировано _____ (краткий анамнез заболевания).

В связи с редкостью заболевания, она нуждается в приеме редких, специализированных лекарственных препаратов.

Решением консилиума _____ (название медицинской организации), отраженном в Протоколе от ____ года № _____ моей дочери (моему сыну) по жизненным показаниям был назначен препарат _____ по торговому наименованию « _____ ».

Данный препарат не зарегистрирован на территории РФ. Аналогов этого лекарства в нашей стране не производится. Кроме того, с учетом тяжести заболевания и высокого риска учащения эпилептических приступов категорически противопоказана замена принимаемых противосудорожных препаратов на препараты с другими коммерческими названиями.

Как указано в протоколе консилиума, препарат назначен в связи с абсолютными показаниями и отсутствием альтернативных препаратов для лечения данной формы заболевания.

В соответствии со ст. 18 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», каждый имеет право на охрану здоровья. Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощи.

Пунктом 2 ст. 19 указанного Закона предусмотрено, что каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Согласно п. 12 ст. 14 закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», организация обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также обеспечения лекарственными препаратами является полномочием федеральных органов государственной власти.

Постановлением Правительства РФ от 8 декабря 2023 г. N 2353 утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, которая в разделе

пятом устанавливает, что за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с законодательством Российской Федерации отпускаются по рецептам врачей бесплатно.

Указанный выше Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, утвержден Постановлением Правительства РФ от 30 июля 1994 года № 890 в редакции от 14.02.2002 года «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения». В соответствии с данным Перечнем, дети-инвалиды в бесплатном порядке по рецептам врачей обеспечиваются, в том числе, всеми лекарственными средствами и средствами медицинской реабилитации по медицинским показаниям. Кроме того, право на бесплатное обеспечение всеми лекарственными препаратами имеют граждане с эпилепсией.

Таким образом, указанным Постановлением Правительства Российской Федерации закреплено право детей-инвалидов и лиц, страдающих эпилепсией, на обеспечение всеми необходимыми лекарственными средствами бесплатно.

Вместе с тем, в соответствии с пунктом 3 Положения о порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 августа 2005 г. № 494), в случае необходимости индивидуального применения по жизненным показаниям лекарственного средства, незарегистрированного на территории Российской Федерации, решение о назначении указанного препарата принимается консилиумом федеральной специализированной медицинской организации, оформляется протоколом и подписывается главным врачом или директором федеральной специализированной медицинской организации.

При этом действует правило, предусмотренное пунктом 2 части 3 статьи 80 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с которым при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежит оплате за счет личных средств граждан назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям.

В связи с изложенными обстоятельствами прошу обеспечить _____ (ФИО), _____ года рождения лекарственным препаратом _____ в количестве, указанном в заключении врачебной консилиума от _____ года № ____.

Письменный, мотивированный ответ, содержащий, в том числе, конкретные сроки и порядок обеспечения моего ребенка лекарственным препаратом прошу выслать по указанному адресу в установленный законом срок.

В случае отсутствия ответа, его абстрактности, либо в случае неуказания конкретных сроков и порядка выдачи лекарства, я буду вынуждена обратиться в суд.

К заявлению прилагаю документы:

1. Копия 2,3 страниц паспорта _____ (ФИО родителя);
2. Копия свидетельства о рождении _____ (ФИО ребенка);
3. Копия справки об установлении инвалидности;
4. копия заключения консилиума от _____ года № _____

(дата)

(ФИО и подпись заявителя)