



## ПРАВИТЕЛЬСТВО ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ

11.06.2026

№ 343-пп

г. Тверь

#### **О внесении изменений в постановление Правительства Тверской области от 29.12.2023 № 666-пп**

В соответствии с пунктом 14 части 1 статьи 3 закона Тверской области от 05.07.2012 № 54-ЗО «О регулировании отдельных вопросов охраны здоровья граждан в Тверской области» Правительство Тверской области постановляет:

1. Внести в Порядок обеспечения граждан, страдающих сахарным диабетом, медицинскими изделиями для проведения мониторинга уровня глюкозы, утвержденный постановлением Правительства Тверской области от 29.12.2023 № 666-пп «О дополнительной мере социальной поддержки граждан, страдающих сахарным диабетом» (далее – Порядок), следующие изменения:

1) абзац первый пункта 2.1 Порядка изложить в следующей редакции:

«2.1. Получателями медицинских изделий являются граждане Российской Федерации, зарегистрированные по месту жительства на территории Тверской области:»;

2) пункт 4 Порядка изложить в следующей редакции:

«4. Назначение медицинских изделий получателям осуществляется медицинской организацией, подведомственной Министерству, выбранной получателем и (или) его законным представителем в соответствии с частью 2 статьи 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», по медицинским показаниям на основании решения врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (далее соответственно – решение врачебной комиссии, медицинские организации, осуществляющие назначение медицинских изделий).

Назначение медицинских изделий осуществляется на срок до трех месяцев с учетом периодичности выдачи медицинского изделия, указанной в решении врачебной комиссии (с учетом срока годности медицинского изделия, указанного в инструкции по применению медицинского изделия).

Форма назначения медицинского изделия устанавливается правовым актом Министерства.»;

3) абзац первый пункта 5 Порядка после слов «углеводного обмена получателя» дополнить словами «, периодичность выдачи медицинского изделия»;

4) пункт 6 Порядка дополнить абзацем вторым следующего содержания: «Выдача медицинского изделия получателю и (или) его законному представителю осуществляется не позднее десяти рабочих дней со дня его назначения в соответствии с пунктом 4 настоящего Порядка.»;

5) пункт 10 Порядка изложить в следующей редакции:

«10. Медицинские организации, осуществляющие выдачу медицинских изделий:

1) ведут учет получателей медицинских изделий для проведения мониторинга уровня глюкозы в журнале учета получателей медицинских изделий для проведения мониторинга уровня глюкозы по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку;

2) представляют:

ежемесячно в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, главным внештатным специалистам Министерства по эндокринологии отчет об обеспечении получателей медицинскими изделиями для проведения мониторинга уровня глюкозы по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку за отчетный месяц;

ежеквартально нарастающим итогом в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, в Министерство информацию об остатках медицинских изделий для проведения мониторинга уровня глюкозы по форме согласно приложению 4 к настоящему Порядку;

ежемесячно в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, главным внештатным специалистам Министерства по эндокринологии списки получателей, обеспеченных медицинскими изделиями в отчетном месяце, а также копии отказов от использования медицинского изделия.»;

б) пункт 19 Порядка дополнить подпунктом 4 следующего содержания:

«4) информирование медицинских организаций, осуществляющих назначение медицинских изделий, и медицинских организаций, осуществляющих выдачу медицинских изделий, о закупленных медицинских изделиях не позднее трех рабочих дней после дня заключения соответствующего государственного контракта.»;

7) приложения 1 – 4 к Порядку изложить в новой редакции (соответственно приложения 1 – 4 к настоящему постановлению).

2. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

**Временно исполняющий обязанности  
Губернатора Тверской области**



**В.Г. Королев**

Приложение 1  
к постановлению Правительства  
Тверской области  
от 11.06.2026 № 343-пп

«Приложение 1  
к Порядку обеспечения граждан,  
страдающих сахарным диабетом,  
медицинскими изделиями для  
проведения мониторинга уровня  
глюкозы

Информированное  
добровольное согласие пациента  
и (или) его законного представителя на использование  
медицинских изделий для проведения диагностических  
исследований в домашних условиях

Я, \_\_\_\_\_, «\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
в отношении

\_\_\_\_\_, «\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) при подписании согласия законным  
представителем)

даю добровольное согласие:

1. На использование медицинских изделий для исследования уровня глюкозы методом непрерывного мониторингования в домашних условиях с использованием мониторинга глюкозы/на использование медицинских изделий для исследования уровня глюкозы методом непрерывного мониторингования в домашних условиях без использования мониторинга глюкозы (нужное подчеркнуть).

2. На установку на смартфон мобильного приложения для контроля данных мониторинга глюкозы с целью регулярной передачи показателей мониторинга лечащему врачу в течение 2 календарных дней после получения медицинских изделий.

3. На предоставление доступа к личному кабинету в приложении для контроля данных мониторинга глюкозы лечащему врачу.

4. На предоставление распечатанных отчетов (графиков и/или данных статистики и/или фото с экранов инсулиновых помп с показателями мониторинга глюкозы), данных дневника самоконтроля и данных глюкометра лечащему врачу 1 раз в месяц.

Я информирован о том, что для работы с системой исследования уровня глюкозы методом непрерывного мониторингования необходимо иметь смартфон с функцией беспроводной передачи данных малого радиуса действия.

Я предупрежден и осознаю, что:

1) отказ и несоблюдение рекомендаций лечащего врача приведет к нецелесообразности использования исследования уровня глюкозы методом непрерывного мониторирования в реальном времени или мониторинга глюкозы;

2) использовать медицинское изделие необходимо в строгом соответствии с инструкцией по его применению;

3) применение медицинского изделия с нарушением инструкции по применению медицинского изделия, которое привело к его отказу, не является основанием для получения нового медицинского изделия.

Я информирован о том, что в случае возникновения технических неполадок в работе медицинского изделия (при запуске медицинского изделия или считывания результатов с него) возможно обращение на телефоны: \_\_\_\_\_ для его тестирования и/или замены.

Сведения о выбранном(-ых) мною лице(-ах), которому(-ым) может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я имел возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне лечащим врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

---

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

Врач: \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ года  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата оформления)

».

Приложение 2  
к постановлению Правительства  
Тверской области  
от 11.06.2026 № 343-пп

«Приложение 2  
к Порядку обеспечения граждан,  
страдающих сахарным диабетом,  
медицинскими изделиями для  
проведения мониторинга уровня  
глюкозы

Журнал учета  
получателей медицинских изделий для проведения  
мониторинга уровня глюкозы

№ п/п	Ф.И.О. получателя медицинского изделия	Дата рождения	Полное количество лет	Адрес места жительства	Реквизиты решения врачебной комиссии	Дата назначения медицинского изделия	Количество назначенных медицинских изделий, шт.	Количество полученных медицинских изделий, шт.	Наименование медицинского изделия	Дата получения медицинского изделия	Ф.И.О. получателя (законного представителя)	Подпись получателя (законного представителя)	Подпись лица, выдавшего медицинское изделие
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

».

Приложение 3  
к постановлению Правительства  
Тверской области  
от 11.06.2026 № 343-пп

«Приложение 3  
к Порядку обеспечения граждан,  
страдающих сахарным диабетом,  
медицинскими изделиями для  
проведения мониторинга уровня  
глюкозы

Главному внештатному  
специалисту  
Министерства здравоохранения  
Тверской области по  
эндокринологии\*

Министерство здравоохранения  
Тверской области\*\*

Отчет  
об обеспечении получателей медицинскими изделиями для проведения  
мониторинга уровня глюкозы  
за \_\_\_ (месяц) 20\_\_ года

(наименование медицинской организации)

№ п/п	Получатели медицинских изделий	Количество получателей медицинских изделий, чел.	Количество получателей, обеспеченных медицинскими изделиями, чел.	Количество получателей, не обеспеченных медицинскими изделиями, чел.	Наименование медицинского изделия	Количество отпущенных медицинских изделий, шт.	Стоимость отпущенных медицинских изделий, тыс. руб.
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Дети с сахарным диабетом 1 типа в возрасте от 2 до 17 лет включительно						
2	Взрослые с сахарным диабетом 1 типа						
3	Беременные женщины с сахарным диабетом 1 типа, сахарным диабетом 2 типа, с моногенными формами сахарного диабета и гестационным сахарным диабетом, состоящие на диспансерном учете по беременности в медицинских						

№ п/п	Получатели медицинских изделий	Количество получателей медицинских изделий, чел.	Количество получателей, обеспеченных медицинскими изделиями, чел.	Количество получателей, не обеспеченных медицинскими изделиями, чел.	Наименование медицинского изделия	Количество отпущенных медицинских изделий, шт.	Стоимость отпущенных медицинских изделий, тыс. руб.
1	2	3	4	5	6	7	8
	организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Тверской области						
	Итого						

Главный врач медицинской организации\*/

Главный внештатный специалист

Министерства здравоохранения

Тверской области по эндокринологии\*\* \_\_\_\_\_

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

\* Заполняется в случае, предусмотренном абзацем вторым подпункта 2 пункта 10 Порядка обеспечения граждан, страдающих сахарным диабетом, медицинскими изделиями для проведения мониторинга уровня глюкозы, утвержденного постановлением Правительства Тверской области от 29.12.2023 № 666-пп «О дополнительной мере социальной поддержки граждан, страдающих сахарным диабетом» (далее – Порядок).

\*\* Заполняется в случае, предусмотренном подпунктом 2 пункта 11 Порядка.

ПОЛУЧЕНО:

Начальник отдела охраны  
здоровья матери и ребенка  
Министерства здравоохранения  
Тверской области \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

« \_\_ » \_\_\_\_\_ года

или

Начальник отдела организации  
медицинской помощи населению  
Министерства здравоохранения  
Тверской области \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

« \_\_ » \_\_\_\_\_ года

».

Приложение 4  
к постановлению Правительства  
Тверской области  
от 11.06.2026 № 343-пп

«Приложение 4  
к Порядку обеспечения граждан,  
страдающих сахарным диабетом,  
медицинскими изделиями для  
проведения мониторинга уровня  
глюкозы

Министерство здравоохранения  
Тверской области

Информация  
об остатках медицинских изделий  
для проведения мониторинга уровня глюкозы  
за \_\_\_ квартал 20\_\_ года

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

№ п/п	Наименование медицинского изделия	Остаток на начало отчетного периода, шт.	Поступило в отчетный период, шт.	Выдано в отчетный период, шт.	Остаток на конец отчетного периода, шт.	Количество медицинских изделий с истекшим сроком годности, шт.	Количество медицинских изделий, до окончания срока годности которых осталось 3 месяца, шт.
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
Итого							

Главный врач медицинской  
организации \_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

«\_\_» \_\_\_\_\_ года

ПОЛУЧЕНО:

Начальник отдела охраны  
здоровья матери и ребенка  
Министерства здравоохранения  
Тверской области

\_\_\_\_\_  
(подпись)\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

«\_\_» \_\_\_\_\_ года

или

Начальник отдела организации  
медицинской помощи населению  
Министерства здравоохранения  
Тверской области

\_\_\_\_\_  
(подпись)\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

«\_\_» \_\_\_\_\_ года

».