



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

«08» 05. 2024

№ 249-Р

**О реализации постановления
Правительства Санкт-Петербурга
от 22.04.2024 № 260 «О внесении изменений
в постановление Правительства
Санкт-Петербурга от 09.07.2015 № 563»**

Во исполнение подпункта 2.2 пункта 2 постановления Правительства Санкт-Петербурга от 22.04.2024 № 260 «О внесении изменений в постановление Правительства Санкт-Петербурга от 09.07.2015 № 563» (далее – Постановление):

1. Утвердить:

1.1. Порядок и сроки принятия решения об обеспечении ребенка-инвалида специализированными продуктами лечебного питания или решение об отказе в обеспечении ребенка-инвалида специализированными продуктами лечебного питания согласно приложению № 1.

1.2. Форму заявления о предоставлении меры социальной поддержки согласно приложению № 2.

1.3. Форму заключения врачебной комиссии, содержащую информацию о нуждаемости ребенка-инвалида по жизненным показаниям в специализированных продуктах лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, находящегося на диспансерном учете в медицинских организациях согласно приложению № 3.

1.4. Порядок отпуска специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, выдаваемого медицинской организацией согласно приложению № 4.

1.5. Форму направления на отпуск специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, выдаваемого медицинской организацией, согласно приложению № 5.

2. Контроль за исполнением распоряжения возложить на заместителя председателя Комитета по здравоохранению Терешина А.Е.

**Председатель
Комитета по здравоохранению**

Д.Г. Лисовец

Порядок и сроки принятия решения об обеспечении ребенка-инвалида по жизненным показаниям в специализированных продуктах лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, находящегося на диспансерном учете

Настоящий Порядок в соответствии с постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 22.04.2024 № 260 «О внесении изменений в постановление Правительства Санкт-Петербурга от 09.07.2015 № 563» (далее – постановление) определяет порядок и сроки принятия решения об обеспечении ребенка-инвалида по жизненным показаниям в специализированных продуктах лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, находящегося на диспансерном учете (далее – мера социальной поддержки).

1. Мера социальной поддержки предоставляется на основании заявления заявителя (законного представителя) или его представителя для предоставления ребенку-инвалиду, нуждающемуся в специализированных продуктах лечебного питания (далее – заявление), поданного в медицинское учреждение согласно приложению № 2 к настоящему распоряжению и приложенными к нему документами, указанными в пункте 2.3 Приложения № 1 к постановлению.

2. Решение об обеспечении ребенка-инвалида специализированными продуктами лечебного питания или решение об отказе в обеспечении ребенка-инвалида специализированными продуктами лечебного питания принимается медицинскими организациями в течение 5-ти рабочих дней со дня подачи заявления в форме приказа руководителя медицинской организации.

3. При принятии решения о предоставлении меры социальной поддержки медицинской организацией в течение 3-х рабочих дней направляется в Комитет по здравоохранению приказ руководителя медицинской организации и заключение врачебной комиссии, содержащее информацию о нуждаемости ребенка-инвалида по жизненным показаниям в специализированных продуктах лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, находящегося на диспансерном учете в медицинских организациях форме согласно приложению № 3 к настоящему распоряжению.

**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ**

В Государственное учреждение здравоохранения,
находящегося в ведении администрации района
от _____

Ф. _____

И. _____

О. _____

адрес места жительства (пребывания), индекс

адрес фактического места проживания _____

тип документа, удостоверяющего личность

серия и номер документа: _____ № _____

кем выдан _____

дата выдачи _____

дата рождения _____

номер телефона _____

адрес электронной почты заявителя (при наличии)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении мер социальной поддержки по обеспечению специализированным продуктом лечебного питания, не входящего в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренный соответствующей клинической рекомендацией

В соответствии с частью 15 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», назначение и применение специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Прошу предоставить _____

(указывается Ф.И.О. ребенка-инвалида, имеющего право на предоставление мер социальной поддержки по обеспечению специализированным продуктом лечебного питания, не входящего в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренный соответствующей клинической рекомендацией в соответствии с главой 17 Закона Санкт-Петербурга от 09.11.2011 № 728-132 «Социальный кодекс Санкт-Петербурга» (далее – Закон Санкт-Петербурга) и постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 22.04.2024 № 260 «О внесении изменений в постановление Правительства Санкт-Петербурга от 09.07.2015 № 563» (далее - постановление Правительства Санкт-Петербурга)

(перечень специализированных продуктов лечебного питания, не входящий в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренный соответствующей клинической рекомендацией)

При подаче заявления представлены следующие документы, подтверждающие право на дополнительные меры социальной поддержки:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Представленные документы после копирования возвращены.

Достоверность и полноту сообщенных сведений подтверждаю.

Предупрежден(а) об ответственности за предоставление недостоверных и неполных сведений. Против проверки представленных сведений, содержащихся в представленных мною документах, не возражаю.

С порядком и условиями предоставления дополнительных мер социальной поддержки по обеспечению специализированным продуктом лечебного питания, не входящего в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренный соответствующей клинической рекомендацией в соответствии с Законом Санкт-Петербурга и постановлением Правительства Санкт-Петербурга ознакомлен(а).

Согласен(согласна) на обработку моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах, в целях предоставления мер социальной поддержки в соответствии с Законом Санкт-Петербурга и постановлением Правительства Санкт-Петербурга.

«__» _____ 20____ (подпись) (расшифровка подписи)

линия отреза

Расписка-уведомление о принятии заявления о предоставлении социальной поддержки по обеспечению специализированным продуктом лечебного питания, не входящего в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренный соответствующей клинической рекомендацией

Заявление и документы _____ приняты
(фамилия, имя, отчество)

_____ «__» _____ 20____
должность лица, дата зарегистрировано подпись расшифровка подписи
принявшего документы под №

ФОРМА

**Заключение врачебной комиссии,
содержащее информацию о нуждаемости ребенка-инвалида по жизненным
показаниям в специализированных продуктах лечебного питания,
не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи
или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией,
находящегося на диспансерном учете в медицинских организациях**

_____ (наименование медицинской организации)

от « ____ » _____ 20__ № _____

Заключение выдано

_____ (ФИО ребенка-инвалида)

_____ (дата рождения)

проживающему(й) по адресу: _____

нуждающемуся/не нуждающемуся (*нужное подчеркнуть*) в предоставлении специализированных продуктов лечебного питания, не входящий в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренный соответствующей клинической рекомендацией при наличии/отсутствии (*нужное подчеркнуть*) медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) и в соответствии с постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 22.04.2024 № 260 «О внесении изменений в постановление Правительства Санкт-Петербурга от 09.07.2015 № 563»

_____ (перечень специализированных продуктов лечебного питания, не входящий в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренный соответствующей клинической рекомендацией)

Потребность (с указанием потребности на 1 месяц и год) _____

Председатель врачебной комиссии

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Член врачебной комиссии

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Член врачебной комиссии

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Член врачебной комиссии

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Член врачебной комиссии

М.П.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Порядок отпуска специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, выдаваемого медицинской организацией

1. Руководитель медицинской организации определяет ответственного за оформление направления на отпуск специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, выдаваемого медицинской организацией.
2. Ответственный оформляет направление на отпуск специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, выдаваемого медицинской организацией в бумажном виде согласно приложению № 5 к настоящему распоряжению.
3. Отпуск специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, выдаваемого медицинской организацией осуществляется в пунктах выдачи при предъявлении гражданином или его представителем направления.

ФОРМА

**Направление на отпуск специализированных продуктов лечебного питания,
не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или
не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией**

Направление № _____

Выдано медицинской организацией

(название медицинской организации)

(Фамилия Имя Отчество (полностью) ребенка-инвалида)

(адрес места проживания/регистрации, телефон)

Направляется для получения специализированных продуктов лечебного питания,
не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных
соответствующей клинической рекомендацией

(наименование продукта)

в количестве _____
(прописью)

в пункт хранения и выдачи специализированных продуктов лечебного питания, не входящих
в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных
соответствующей клинической рекомендацией

(наименование, адрес)

«__» _____ 20__

Подпись врача, личная печать врача

Подпись руководителя медицинской организации

М.П.

«__» _____ 20__

Подпись специалиста исполнительного
органа государственной власти

Направление получил: _____

Подпись (Ф.И.О)