



БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ

# ПРАВИТЕЛЬСТВО БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

Белгород

06 » ИЮНЯ 20 22 г.

№ 328-ПП

### Об утверждении Порядка обеспечения детей Белгородской области, страдающих заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», ингаляционными приборами и небулайзерами

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», законом Белгородской области от 24 декабря 2012 года № 166 «Об охране здоровья населения Белгородской области» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2021 года № 835н «Об утверждении стандарта медицинской помощи детям при кистозном фиброзе (муковисцидозе) (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)» Правительство Белгородской области **постановляет**:

1. Утвердить Порядок обеспечения детей Белгородской области, страдающих заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», ингаляционными приборами и небулайзерами (далее – Порядок) (прилагается).

2. Министерству финансов и бюджетной политики Белгородской области (Боровик В.Ф.) обеспечить финансирование расходов, необходимых для реализации настоящего постановления, в пределах ассигнований, утвержденных законом Белгородской области об областном бюджете на соответствующий финансовый год по отрасли «Здравоохранение».

3. Контроль за исполнением постановления возложить на заместителя Губернатора Белгородской области – министра образования Белгородской области Милёхина А.В.

Информацию об исполнении постановления представлять ежегодно к 1 февраля года, следующего за отчетным, начиная с 2023 года.

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

Губернатор  
Белгородской области



В.В. Гладков

**Приложение****УТВЕРЖДЕН**  
**постановлением Правительства**  
**Белгородской области**  
от « 06 » ИЮНЯ 2022 г.  
№ 328-ПП**Порядок**  
**обеспечения детей Белгородской области, страдающих**  
**заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)»,**  
**ингаляционными приборами и небулайзерами**

1. Порядок обеспечения детей Белгородской области, страдающих заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», ингаляционными приборами и небулайзерами (далее – Порядок) устанавливает правила бесплатного обеспечения детского населения Белгородской области, страдающего заболеванием «кистозный фиброз» («муковисцидоз»), ингаляционными приборами и небулайзерами.

2. К лицам, имеющим право на бесплатное обеспечение ингаляционными приборами и небулайзерами, относятся дети в возрасте от 0 до 17 лет включительно, проживающие на территории Белгородской области и состоящие на учете в медицинских организациях Белгородской области.

3. Гражданам, указанным в пункте 2 Порядка, на основании заключения врачебной комиссии ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» (далее – ВК) предоставляются ингаляционный прибор (далее – ИП) для терапии верхних и/или нижних дыхательных путей, включающий в себя ингалятор и небулайзер к нему, и сменные небулайзеры с учетом установленного срока эксплуатации.

4. Организация закупок ИП и небулайзеров осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации о закупках товаров, работ, услуг.

5. Закупка ИП и небулайзеров осуществляется централизованно министерством здравоохранения Белгородской области.

6. ИП и небулайзеры должны соответствовать требованиям к медицинскому оборудованию, установленным действующим законодательством Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Белгородской области.

7. Ответственность за своевременность и качество закупаемых ИП и небулайзеров возлагается на министерство здравоохранения Белгородской области, за адресность их предоставления – на главного врача ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница».

8. Для получения ИП и небулайзеров законный представитель ребенка обращается в ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» с заявлением об обеспечении несовершеннолетнего, страдающего заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», ИП и небулайзерами.

К заявлению прилагаются следующие документы:

- копия документа, удостоверяющего личность ребенка, страдающего заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», нуждающегося в обеспечении ИП и небулайзерами;

- копия документа, удостоверяющего личность законного представителя ребенка;

- выписка из медицинской карты ребенка, подтверждающая необходимость проведения по жизненным показаниям ингаляционной терапии.

9. На основании решения ВК оформляется рецепт на получение соответствующего ИП и небулайзера со штампом «Бесплатно».

10. Выдача ИП и небулайзеров осуществляется законному представителю ребенка по акту приема-передачи в течение 30 (тридцати) рабочих дней после их поступления в ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» по рецептам со штампом «Бесплатно», выписанным на основании решения ВК.

11. Законные представители детей самостоятельно несут расходы, связанные с ремонтом, повреждением ИП и (или) небулайзеров.

12. Компенсация стоимости ИП и (или) небулайзеров, приобретенных законным представителем ребенка самостоятельно, не осуществляется.

13. ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» ежегодно в срок до 1 октября представляет в отдел организации медицинской помощи департамента организации медицинской помощи министерства здравоохранения Белгородской области сведения о потребности в ИП и небулайзерах детей, страдающих заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», по форме согласно приложению к Порядку.

14. Сводная заявка для осуществления закупки формируется министерством здравоохранения Белгородской области до 30 октября на основании сведений о потребности в ИП и небулайзерах детей, страдающих заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», представленных ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница».

15. Контроль за исполнением Порядка осуществляет министр здравоохранения Белгородской области.



**Приложение  
к Порядку обеспечения детей  
Белгородской области,  
страдающих заболеванием  
«кистозный фиброз  
(муковисцидоз)»,  
ингаляционными приборами  
и небулайзерами**

**Расчет потребности в ингаляционных приборах и небулайзерах детей,  
страдающих заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)»,  
на \_\_\_\_ год**

<b>Потребность в ингаляторах</b>		<b>Потребность в небулайзерах</b>	
<b>Тип ингалятора</b>	<b>Количество штук</b>	<b>Тип небулайзера, насадки</b>	<b>Количество штук</b>