



**Российская Федерация**  
**Республика Карелия**  
**Министерство здравоохранения Республики Карелия**

**ПРИКАЗ**

№702/МЗ-П

от 20.05.2024

**Об утверждении Порядка обеспечения детей – инвалидов, 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 Республики Карелия от 06 июня 2005 года № 876-ЗРК «О некоторых вопросах охраны здоровья граждан в Республике Карелия», постановлением Правительства Республики Карелия от 18.07.2016 № 260-П «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Карелия», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06 августа 2021 года № 835н «Об утверждении стандарта медицинской помощи детям при кистозном фиброзе (муковисцидозе) (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)»,

**п р и к а з ы в а ю:**

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

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Республики Карелия Г.Ю. Матвееву.

И.о. Министра

О.В. Руотцелайнен

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 00B56BB0D808F846114E80A498D7858C9F  
Владелец **Руотцелайнен Ольга Викторовна**  
Действителен с 20.02.2024 по 15.05.2025

Утвержден  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Республики Карелия  
от 20.05.2024 года №702/МЗ-П

**Порядок обеспечения детей – инвалидов, страдающих заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», ингаляционными приборами и небулайзерами**

1. Порядок обеспечения детей – инвалидов, страдающих заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», ингаляционными приборами и небулайзерами (далее – Порядок) устанавливает правила бесплатного обеспечения детей – инвалидов Республики Карелия, страдающих заболеванием «кистозный фиброз» («муковисцидоз»), ингаляционными приборами и небулайзерами.

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

3. Гражданам, указанным в пункте 2 Порядка, на основании заключения врачебной комиссии государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Карелия «Детская республиканская больница им. И.Н. Григовича» (далее – ГБУЗ «ДРБ») 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. Закупка ИП и небулайзеров осуществляется государственным казенным учреждением Республики Карелия «Центр бухгалтерского учета и организации закупок при Министерстве здравоохранения Республики Карелия» в соответствии с законодательством Российской Федерации о закупках товаров, работ, услуг.

5. ИП и небулайзеры должны соответствовать требованиям к медицинскому оборудованию, установленным действующим законодательством Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Республики Карелия.

6. Ответственность за своевременность и качество закупаемых ИП и небулайзеров возлагается на государственное казенное учреждение Республики Карелия «Центр бухгалтерского учета и организации закупок при Министерстве здравоохранения Республики Карелия».

7. Ответственность за адресность предоставления ИП и небулайзеров возлагается на ГБУЗ «ДРБ».

8. Центральные районные больницы Республики Карелия и городские поликлиники информируют ГБУЗ «ДРБ» о детях, страдающих заболеванием

«кистозный фиброз» («муковисцидоз»), выявленных впервые.

9. Для получения ИП и небулайзеров законный представитель ребенка – инвалида обращается в ГБУЗ «ДРБ» с заявлением об обеспечении несовершеннолетнего, страдающего заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», ИП и небулайзерами.

К заявлению прилагаются следующие документы:

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

- копия документа, удостоверяющая личность законного представителя ребенка;

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

10. Выдача ИП и небулайзеров осуществляется законному представителю ребенка, по месту прикрепления к медицинской организации, по акту приема – передачи (приложение № 2) в течение 5 (пяти) рабочих дней после их поступления в ГБУЗ «ДРБ», на основании решения врачебной комиссии. Выдачу ИП и небулайзеров законному представителю ребенка, проживающего в г. Петрозаводске, осуществляет ГБУЗ «ДРБ».

11. ГБУЗ «ДРБ» ежегодно в срок до 1 июля представляет в отдел организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения Министерства здравоохранения Республики Карелия сведения о потребности в ИП и небулайзерах детей – инвалидов, страдающих заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», по форме согласно приложению № 1 к Порядку.

12. Сводная заявка для осуществления закупки формируется Министерством здравоохранения Республики Карелия до 1 августа на основании сведений о потребности в ИП и небулайзерах детей – инвалидов, страдающих заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», представленных ГБУЗ «ДРБ» и направляется в государственное казенное учреждение Республики Карелия «Центр бухгалтерского учета и организации закупок при Министерстве здравоохранения Республики Карелия».

13. В случае дополнительной потребности ГБУЗ «ДРБ» направляет дополнительную заявку в Министерство здравоохранения Республики Карелия.

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

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

16. ГБУЗ «ДРБ» осуществляет учет детей, обеспеченных ИП и небулайзерами по акту приема - передачи ИП и небулайзеров.

Приложение № 1  
к Порядку обеспечения  
детей – инвалидов,  
страдающих заболеванием  
«кистозный фиброз (муковисцидоз)»,  
ингаляционными приборами  
и небулайзерами

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

Потребность в ингаляторах		Потребность в небулайзерах (комплектующих)			
Тип ингалятора	Количество штук	Небулайзер, насадки	Количество штук	Небулайзер, насадки	Количество штук
		Тип небулайзера, насадки с возможностью пульсирующей подачи для верхних дыхательных путей		Тип небулайзера, насадки с возможностью пульсирующей подачи для нижних дыхательных путей	

Приложение № 2  
к Порядку обеспечения  
детей – инвалидов,  
страдающих заболеванием  
«кистозный фиброз (муковисцидоз)»,  
ингаляционными приборами  
и небулайзерами

**Акт  
приема-передачи товара**

г. \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Карелия «\_\_\_\_\_», именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице \_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О.), действующего на основании \_\_\_\_\_ (Устава, доверенности), с одной стороны и \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), именуем\_\_ далее «Получатель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Республики Карелия от \_\_\_ №\_\_\_ «Об утверждении Порядка обеспечения детей – инвалидов, страдающих заболеванием «кистозный фиброз (муковисцидоз)», ингаляционными приборами и небулайзерами» Медицинская организация передала, а Получатель принял \_\_\_\_\_ (далее - «Медицинские изделия»), в следующих ассортименте и количестве:

№ п/п	Наименование медицинского изделия	Единица измерения	Количество (объем) товара
1			
2			
	Итого		

2. Медицинские изделия переданы в соответствующем количестве и ассортименте. Качество медицинских изделий соответствует предъявляемым требованиям.

3. Стороны взаимных претензий не имеют.

4. Настоящий Акт составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

Подписи Сторон

Медицинская организация:

\_\_\_\_\_  
(подпись/Ф.И.О.)

Получатель:

\_\_\_\_\_  
(подпись/Ф.И.О.)