

Распоряжение Комитета по здравоохранению  
Правительства Санкт-Петербурга от 08.05.2024  
N 249-р

"О реализации постановления Правительства  
Санкт-Петербурга от 22.04.2024 N 260 "О  
внесении изменений в постановление  
Правительства Санкт-Петербурга от 09.07.2015  
N 563"

**ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ**

**РАСПОРЯЖЕНИЕ**  
от 8 мая 2024 г. N 249-р

**О РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
ОТ 22.04.2024 N 260 "О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ  
ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ОТ 09.07.2015 N 563"**

Во исполнение [подпункта 2.2 пункта 2](#) постановления Правительства Санкт-Петербурга от 22.04.2024 N 260 "О внесении изменений в [постановление](#) Правительства Санкт-Петербурга от 09.07.2015 N 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 N 1.

1.2. Форму [заявления](#) о предоставлении меры социальной поддержки согласно приложению N 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 N 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 N 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 N 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 СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ПРОДУКТАМИ  
ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ, НЕ ВХОДЯЩИМИ В СООТВЕТСТВУЮЩИЙ СТАНДАРТ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИЛИ НЕ ПРЕДУСМОТРЕННЫМИ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ  
КЛИНИЧЕСКОЙ РЕКОМЕНДАЦИЕЙ, НАХОДЯЩЕГОСЯ  
НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ**

Настоящий Порядок в соответствии с [постановлением](#) Правительства Санкт-Петербурга от 22.04.2024 N 260 "О внесении изменений в [постановление](#) Правительства Санкт-Петербурга от 09.07.2015 N 563" (далее - постановление) определяет порядок и сроки принятия решения об обеспечении ребенка-инвалида по жизненным показаниям специализированными продуктами лечебного питания, не входящими в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренными 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 N 2 к настоящему распоряжению, и приложений к нему документов, указанных в [пункте 2.3](#) Приложения N 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 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 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, по форме согласно приложению N 3 к настоящему распоряжению.

**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ  
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ**

В Государственное учреждение  
здравоохранения, находящееся 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: \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
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 входящим в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренным соответствующей клинической рекомендацией

В соответствии с [частью 15 статьи 37](#) Федерального закона от 21.11.2011 N 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 входящим в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренным соответствующей клинической рекомендацией в соответствии с [главой 17](#) Закона Санкт-Петербурга от 09.11.2011 N 728-132 "Социальный кодекс Санкт-Петербурга" (далее - Закон Санкт-Петербурга) и [постановлением](#) Правительства Санкт-Петербурга от 22.04.2024 N 260 "О внесении изменений в постановление Правительства Санкт-Петербурга от 09.07.2015 N 563" (далее - постановление Правительства Санкт-Петербурга)

---

(перечень специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных 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 входящим в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренным 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 входящим в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренным соответствующей клинической рекомендацией

Заявление и документы \_\_\_\_\_ приняты

(фамилия, имя, отчество)

"\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_

_____	_____	_____	_____	_____
должность лица, принявшего документы	дата	зарегистрир овано под N	подпись	расшифровка подписи

ПРИЛОЖЕНИЕ N 3  
к распоряжению Комитета  
по здравоохранению  
от 08.05.2024 N 249-р

### 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\_\_ N \_\_\_\_\_

**Заключение выдано**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка-инвалида)

\_\_\_\_\_,  
(дата рождения)

проживающему(й) по адресу: \_\_\_\_\_ ,

нуждающемуся/не нуждающемуся (*нужное подчеркнуть*) в предоставлении специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных 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 N 260 "О внесении изменений в постановление Правительства Санкт-Петербурга от 09.07.2015 N 563"

---

(перечень специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных 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	_____	_____
	(подпись)	(расшифровка подписи)
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 N 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 N \_\_\_\_\_

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

М.П.

---

Подпись руководителя медицинской  
организации

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_

---

Подпись специалиста исполнительного органа  
государственной власти

Направление получил:

---

Подпись (Ф.И.О.)

---