



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

25.08.2023

№ 50

О внесении изменений в приказ
Департамента здравоохранения Томской области от 09.11.2022 № 56

В целях совершенствования нормативного правового акта
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Департамента здравоохранения Томской области от 09.11.2022 № 56 «Об утверждении Порядка определения объема и условия предоставления субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям здравоохранения, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение деятельности выездных медицинских бригад, сформированных в целях оказания экспертного сопровождения следственных действий на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области» (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 14.11.2022, № 7001202211140002) следующие изменения:

1) в наименовании и по тексту приказа слова «обеспечение деятельности выездных медицинских бригад, сформированных в целях оказания экспертного сопровождения следственных действий на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области» заменить словами «обеспечение осуществления медицинской деятельности на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области»;

2) абзац 9 пункта 5 Порядка изложить в следующей редакции:

«Условием предоставления субсидии на цель, указанную в пункте 2 настоящего Порядка, является наличие получателя в Перечне медицинских организаций Томской области, направляющих специалистов в целях осуществления медицинской деятельности на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области.»;

3) пункт 14 Порядка изложить в следующей редакции:

«14. Результатом предоставления субсидии является осуществление медицинской деятельности на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области в срок до 31 декабря текущего финансового года.

Показателем, необходимым для достижения результата предоставления субсидии, является количество специалистов, осуществляющих медицинскую деятельность на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области. Значение показателя устанавливается в ведомственной целевой программе «Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения Томской области» государственной программы «Развитие здравоохранения в Томской области», утвержденной постановлением Администрации Томской области от 27.09.2019 № 353а.»;

4) приложение № 1 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

5) приложение № 2 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению № 2 к

настоящему приказу;

6) приложение № 3 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

7) приложение № 4 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

8) приложение № 5 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению № 5 к настоящему приказу;

9) приложение № 6 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению № 6 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

И.о. начальника департамента



Ю.О. Воробьев

Приложение № 1
к приказу Департамента здравоохранения
Томской области
от 25.08.2023 № 50

«Приложение № 1
к Порядку определения объема и условия
предоставления субсидии областным
государственным бюджетным и автономным
учреждениям здравоохранения,
подведомственным Департаменту
здравоохранения Томской области, на
финансовое обеспечение осуществления
медицинской деятельности на территориях
Донецкой Народной Республики и Луганской
Народной Республики, Запорожской области и
Херсонской области

Форма

Начальнику Департамента
здравоохранения Томской области

Пояснительная записка

Просим Вас предоставить субсидию на финансовое обеспечение осуществления медицинской деятельности на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области, в размере _____ руб.

Данная субсидия необходима для осуществления следующих мероприятий:

1. _____;
2. _____.

Подтверждаю отсутствие у учреждения просроченной задолженности по возврату в бюджет Томской области субсидий, бюджетных инвестиций, предоставленных в том числе в соответствии с иными правовыми актами, на дату не ранее чем за один месяц до даты подачи пояснительной записки получателем субсидии.

Обязательно перечисляются прилагаемые документы, указанные в пункте 5 Порядка определения объема и условия предоставления субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение осуществления медицинской деятельности на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области, расчет-обоснование.

Приложение на _____ листах:

1. _____;
2. _____.

Руководитель получателя субсидии

(подпись)

(расшифровка подписи)

»

Приложение № 2
к приказу Департамента здравоохранения
Томской области
от 25.08.2023 № 50

«Приложение № 2
к Порядку определения объема и условия
предоставления субсидии областным
государственным бюджетным и автономным
учреждениям здравоохранения,
подведомственным Департаменту
здравоохранения Томской области, на
финансовое обеспечение осуществления
медицинской деятельности на территориях
Донецкой Народной Республики и Луганской
Народной Республики, Запорожской области и
Херсонской области

Форма

Начальнику Департамента
здравоохранения Томской области

План мероприятий по
по достижению результатов предоставления субсидии на _____ 20__ г.

(наименование получателя субсидии)

Наименование результата	Наименование показателя	Плановое значение	Плановая дата достижения результата
1	2	3	4
Осуществление медицинской деятельности на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области в срок до 31 декабря текущего финансового года	Количество специалистов, осуществляющих медицинскую деятельность на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области		I квартал
			II квартал
			III квартал
			IV квартал

Руководитель организации

(подпись)

Фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии)

Руководитель
финансово-экономической службы

(подпись)

Фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии)

Главный бухгалтер

(подпись)

Фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии)

»

Приложение № 3
к приказу Департамента здравоохранения
Томской области
от 25.08.2013 № 50

«Приложение № 3
к Порядку определения объема и условия
предоставления субсидии областным
государственным бюджетным и автономным
учреждениям здравоохранения,
подведомственным Департаменту
здравоохранения Томской области, на
финансовое обеспечение осуществления
медицинской деятельности на территориях
Донецкой Народной Республики и
Луганской Народной Республики,
Запорожской области и Херсонской области

Форма

Заявка

на перечисление субсидии на финансовое обеспечение осуществления медицинской деятельности
на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской
области и Херсонской области
по соглашению от 20__ года №

_____ (наименование организации)

Наименование расходов, на финансовое обеспечение которых предоставляется субсидия	КФСР, КОСГУ	Объем субсидии, рублей
1.		
2.		
Итого:		

Аналитический код субсидии _____

Обязательно перечисляются прилагаемые документы, указанные в пункте 15 Порядка определения объема и условия предоставления субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям здравоохранения, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение осуществления медицинской деятельности на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области.

Приложение на _____ листах:

1. _____;
2. _____.

Руководитель организации

_____ (подпись)

Фамилия, имя, отчество
(последнее при наличии)

Руководитель
финансово-экономической службы

_____ (подпись)

Фамилия, имя, отчество
(последнее при наличии)

Главный бухгалтер

_____ (подпись)

Фамилия, имя, отчество
(последнее при наличии)»

Приложение № 5
к приказу Департамента здравоохранения
Томской области Приказу
от 25.08.2023 № 50

«Приложение № 5
к Порядку определения объема и условия
предоставления субсидии областным
государственным бюджетным и автономным
учреждениям здравоохранения,
подведомственным Департаменту
здравоохранения Томской области, на
финансовое обеспечение осуществления
медицинской деятельности на территориях
Донецкой Народной Республики и
Луганской Народной Республики,
Запорожской области и Херсонской области

Форма

Отчет о достижении результата предоставления субсидии на _____ 20__ г.

(наименование получателя субсидии)
по соглашению от _____ 20__ года № _____

Наименование субсидии	Показатель, необходимый для достижения результата предоставления субсидии		
	Количество специалистов, осуществляющих медицинскую деятельность на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области	Плановое значение (количество единиц)	Фактическое значение (количество единиц)
Субсидия на финансовое обеспечение осуществления медицинской деятельности на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области			

Руководитель организации

(подпись) Фамилия, имя, отчество
(последнее при наличии)

Руководитель
финансово-экономической службы

(подпись) Фамилия, имя, отчество
(последнее при наличии)

Главный бухгалтер

(подпись) Фамилия, имя, отчество
(последнее при наличии)»

Приложение № 6
к приказу Департамента здравоохранения
Томской области
от 25.08.2023 № 50

«Приложение № 6
к Порядку определения объема и условия
предоставления субсидии областным
государственным бюджетным и автономным
учреждениям здравоохранения,
подведомственным Департаменту
здравоохранения Томской области, на
финансовое обеспечение осуществления
медицинской деятельности на территориях
Донецкой Народной Республики и
Луганской Народной Республики,
Запорожской области и Херсонской области

Форма

Отчет о реализации плана мероприятий по достижению результатов
предоставления субсидии на _____ 20__ г.

(наименование получателя субсидии)

по соглашению от _____ 20__ года № _____

Наименование ре- зультата	Наименование показателя	Пла- но- вое зна- че- ние	Фактически достигнутое значение на конец отчетного пе- риода	Дата достижения		Причина от- клонений
				плано- вая (дд.мм. гггг)	фактичес- кая (дд.мм.гггг)	
1	2	3	4	5	6	7
Осуществление медицинской деятельности на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области в срок до 31 декабря текущего финансового года	Количество специалистов, осуществляющих медицинскую деятельность на территориях Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области					

Руководитель организации

_____ (подпись)

Фамилия, имя, отчество
(последнее при наличии)

Руководитель
финансово-экономической службы

_____ (подпись)

Фамилия, имя, отчество
(последнее при наличии)

Главный бухгалтер

_____ (подпись)

Фамилия, имя, отчество
(последнее при наличии)»