



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

23.10.2023

№ 64

О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения Томской области от 07.05.2021 № 30

В целях совершенствования нормативного правового акта
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Департамента здравоохранения Томской области от 07.05.2021 № 30 «Об установлении Порядка определения объема и условий предоставления субсидии из областного бюджета областными государственными бюджетными и автономными учреждениями, функции и полномочия в отношении которых выполняет Департамент здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение приобретения парентерального и энтерального питания, лекарственных препаратов и медицинских изделий для адресного обеспечения детей-инвалидов» (Официальный интернет - портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 12.05.2021, № 7001202105120003) следующие изменения:

1) в наименовании и по тексту приказа слова «детей-инвалидов» заменить словами «паллиативных больных»;

2) пункт 9 Порядка определения объема и условий предоставления субсидии из областного бюджета областными государственными бюджетными и автономными учреждениями, функции и полномочия в отношении которых выполняет Департамент здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение приобретения парентерального и энтерального питания, лекарственных препаратов и медицинских изделий для адресного обеспечения детей-инвалидов (далее – Порядок) изложить в следующей редакции:

«9. Размер субсидии (Рцс) рассчитывается по следующей формуле:

$$Рцс = \sum (Ka1-n * C1-n), \text{ где:}$$

$Ka1-n$ – количество лекарственных препаратов, медицинских изделий, парентерального и энтерального питания (с 1-го по n-го), необходимых к приобретению в рамках в текущем финансовом году, для адресного обеспечения i-го паллиативного больного;

$C1-n$ – стоимость единицы приобретаемого лекарственного препарата, медицинского изделия, парентерального и энтерального питания (с 1-го по n-го).

Размер субсидии определяется на основании документов, представленных получателем субсидии в соответствии с пунктом 5 настоящего Порядка, и не может превышать размера бюджетных ассигнований, предусмотренных в текущем финансовом

году Департаменту в областном бюджете, на цель, указанную в пункте 2 настоящего Порядка.»;

3) пункт 14 Порядка изложить в следующей редакции:

«14. Результатом использования субсидии является обеспечение парентеральным и энтеральным питанием, лекарственными препаратами и медицинскими изделиями для поддержания и сохранения максимально важного уровня качества жизни паллиативных больных в срок до 31 декабря текущего финансового года.

Показателем, необходимым для достижения результата предоставления субсидии, является количество паллиативных больных, обеспеченных парентеральным и энтеральным питанием, лекарственными препаратами и медицинскими изделиями. Значение результата предоставления субсидии устанавливается в Ведомственной целевой программе.»;

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.

Начальник департамента

Р.О. Фидаров

Приложение № 1
к приказу Департамента здравоохранения
Томской области
от 23.10.2023 № 64

«Приложение № 1
к Порядку определения объема и условий
предоставления субсидии областным
государственным бюджетным и автономным
учреждениям здравоохранения, функции и
полномочия в отношении которых,
выполняет Департамент здравоохранения
Томской области, на финансовое
обеспечение приобретения парентерального
и энтерального питания, лекарственных
препаратов и медицинских изделий для
адресного обеспечения паллиативных
больных

Форма

Начальнику Департамента
здравоохранения Томской области

(ФИО)

Пояснительная записка

Просим Вас предоставить субсидию на финансовое обеспечение приобретения парентерального и энтерального питания, лекарственных препаратов и медицинских изделий для адресного обеспечения паллиативных больных в размере _____ руб.

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 условий предоставления субсидии на финансовое обеспечение приобретения парентерального и энтерального питания, лекарственных препаратов и медицинских изделий для адресного обеспечения паллиативных больных.

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 № 2
к приказу Департамента здравоохранения
Томской области
от 23.10.2023 № 64

«Приложение № 2
к Порядку определения объема и условий
предоставления субсидии областным
государственным бюджетным и автономным
учреждениям здравоохранения, функции и
полномочия в отношении которых,
выполняет Департамент здравоохранения
Томской области, на финансовое
обеспечение приобретения парентерального
и энтерального питания, лекарственных
препаратов и медицинских изделий для
адресного обеспечения паллиативных
больных

Форма

Начальнику Департамента
здравоохранения Томской области

(ФИО)

План мероприятий 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
Обеспечение парентеральным и энтеральным питанием, лекарственными препаратами и медицинскими изделиями для поддержания и сохранения максимально важного уровня качества жизни паллиативных больных	Количество паллиативных больных, обеспеченных парентеральным и энтеральным питанием, лекарственными препаратами и медицинскими изделиями		

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 23.10.2023 № 64

«Приложение № 3
к Порядку определения объема и условий
предоставления субсидии областным
государственным бюджетным и автономным
учреждениям здравоохранения, функции и
полномочия в отношении которых,
выполняет Департамент здравоохранения
Томской области, на финансовое
обеспечение приобретения парентерального
и энтерального питания, лекарственных
препаратов и медицинских изделий для
адресного обеспечения паллиативных
больных

Форма

Начальнику Департамента
здравоохранения Томской области

Заявка

на перечисление субсидии на финансовое обеспечение приобретения парентерального и
энтерального питания, лекарственных препаратов и медицинских изделий для адресного
обеспечения паллиативных больных

(наименование организации)

Наименование расходов, на финансовое обеспечение которых предоставляется субсидия	Объем субсидии, рублей

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 15 Порядка определения объема и условий предоставления субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям здравоохранения, функции и полномочия в отношении которых, выполняет Департамент здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение приобретения парентерального и энтерального питания, лекарственных препаратов и медицинских изделий для адресного обеспечения паллиативных больных.

Приложение на _____ листах:

1. _____;
2. _____.

_____ Фамилия, имя, отчество

Руководитель организации

(подпись) (последнее - при наличии)

Руководитель
финансово-экономической службы

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

Главный бухгалтер

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

Приложение № 4
к приказу Департамента здравоохранения
Томской области
от 23.10.2023 № 64

«Приложение № 4
к Порядку определения объема и условий
предоставления субсидии областным
государственным бюджетным и автономным
учреждениям здравоохранения, функции и
полномочия в отношении которых,
выполняет Департамент здравоохранения
Томской области, на финансовое
обеспечение приобретения парентерального
и энтерального питания, лекарственных
препаратов и медицинских изделий для
адресного обеспечения паллиативных
больных

Форма

Отчет об осуществлении расходов, источником финансового обеспечения которых
является субсидия на _____ 20__ г.

(наименование получателя субсидии)

1. Движение средств

№	Наименование показателя	Объем расходов, рублей
1	Объем субсидии	
2	Поступило средств субсидии	
3	Израсходовано средств	
4	Остаток средств субсидии на конец отчетного периода	

2. Сведения о направлении расходов средств субсидии

№	Наименование мероприятия	Предусмотрено бюджетных ассигнований на 20__ г., рублей	Кассовый расход, рублей
1			
2			
3			
Итого			

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
от 23.10.2023 № 64

«Приложение № 5
к Порядку определения объема и условий
предоставления субсидии областным
государственным бюджетным и автономным
учреждениям здравоохранения, функции и
полномочия в отношении которых,
выполняет Департамент здравоохранения
Томской области, на финансовое
обеспечение приобретения парентерального
и энтерального питания, лекарственных
препаратов и медицинских изделий для
адресного обеспечения паллиативных
больных

Форма

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

(наименование получателя субсидии)

Наименование субсидии	Показатель, необходимый для достижения результата предоставления субсидии		
	Количество паллиативных больных, обеспеченных парентеральным и энтеральным питанием, лекарственными препаратами и медицинскими изделиями	Плановое значение (количество)	Фактическое значение (количество)
Субсидия из областного бюджета на финансовое обеспечение приобретения парентерального и энтерального питания, лекарственных препаратов и медицинских изделий для адресного обеспечения паллиативных больных			

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)

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 23.10.2023 № 64

«Приложение № 6
к Порядку определения объема и условий
предоставления субсидии областным
государственным бюджетным и автономным
учреждениям здравоохранения, функции и
полномочия в отношении которых,
выполняет Департамент здравоохранения
Томской области, на финансовое
обеспечение приобретения парентерального
и энтерального питания, лекарственных
препаратов и медицинских изделий для
адресного обеспечения детей – инвалидов

Форма

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

(наименование получателя субсидии)

Наименование результата	Наименование показателя	Плановое значение	Фактически достигнутое значение на конец отчетного периода	Дата достижения		Причина отклонений
				плановая (дд.мм.гггг)	фактическая (дд.мм.гггг)	
1	2	3	4	5	6	7
Обеспечение парентеральным и энтеральным питанием, лекарственными препаратами и медицинским изделиями для поддержания и сохранения максимально важного уровня качества жизни паллиативных больных	Количество паллиативных больных, обеспеченных парентеральным и энтеральным питанием, лекарственными препаратами и медицинскими изделиями					

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)»