



## ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

### ПРИКАЗ

21.04.2025

№ 16

О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения Томской области  
от 11.10.2021 № 60

В целях совершенствования нормативного правового акта  
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приложение № 2 к приказу Департамента здравоохранения Томской области от 11.10.2021 № 60 «Об утверждении Порядка определения объема и условий предоставления из областного бюджета субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям на реализацию мероприятий подпрограммы «Доступная среда» государственной программы «Социальная поддержка населения Томской области» (Официальный интернет-портал правовой информации, <http://pravo.gov.ru>, 12.10.2021, № 7001202110120003) (далее - приказ) следующие изменения:

1) в наименовании приказа слова «оснащение (дооснащение и (или) переоснащение) медицинскими изделиями медицинских учреждений, оказывающих детям-инвалидам медицинские услуги в целях реабилитации,» заменить словами «формирование условий для предоставления медицинских услуг в целях реабилитации детей-инвалидов в медицинских учреждениях»;

2) в пункте 1 слова «оснащение (дооснащение и (или) переоснащение) медицинскими изделиями медицинских учреждений, оказывающих детям-инвалидам медицинские услуги в целях реабилитации,» заменить словами «формирование условий для предоставления медицинских услуг в целях реабилитации детей-инвалидов в медицинских учреждениях»;

3) в пункте 2 слова «оснащение (дооснащение и (или) переоснащение) медицинскими изделиями медицинских учреждений, оказывающих детям-инвалидам медицинские услуги в целях реабилитации» заменить словами «формирование условий для предоставления медицинских услуг в целях реабилитации детей-инвалидов в медицинских учреждениях»;

4) пункт 3 изложить в новой редакции:

«3. Субсидия предоставляется в пределах средств, предусмотренных сводной бюджетной росписью областного бюджета, в текущем финансовом году на реализацию мероприятия «Повышение доступности и качества реабилитационных услуг в Томской области» комплекса процессных мероприятий «Обеспечение условий доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения» подпрограммы «Доступная среда», утвержденного распоряжением Администрации

Томской области от 06.05.2024 № 334-ра «Об утверждении паспортов комплексов процессных мероприятий, входящих в государственную программу «Социальная поддержка населения Томской области» государственной программы «Социальная поддержка населения Томской области», утвержденной постановлением Администрации Томской области от 27.09.2019 № 361а «Об утверждении государственной программы «Социальная поддержка населения Томской области».»;

5) абзац первый пункта 14 изложить в следующей редакции:

«14. Результат предоставления субсидии - сформированы условия для предоставления медицинских услуг в целях реабилитации детей-инвалидов в медицинских учреждениях.»;

6) пункт 16 изложить в новой редакции:

«16. Департамент осуществляет перечисление субсидии на цель, указанную в пункте 2 настоящего Порядка, в соответствии с заявкой получателя субсидии по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку с приложением:

1) документов, подтверждающих возникновение фактической потребности в средствах субсидии в связи с наступлением установленных сроков оплаты по заключенным контрактам (договорам):

- а) договор (контракт);
- б) универсальный передаточный документ;
- в) товарная накладная;
- г) счет, счет-фактура на оплату;
- д) акт приема-передачи;

2) документов, подтверждающих наличие и объем принятых обязательств, с мотивированным обращением о перечислении средств субсидии, указанным в подпункте 1 пункта 19 Порядка, при наличии заключенных в рамках достижения цели предоставления субсидии контрактов (договоров), срок оплаты по которым не наступил до 25 декабря текущего финансового года;

3) документов, подтверждающих размещение в единой информационной системе извещений об осуществлении закупок, с мотивированным обращением о перечислении средств субсидии, указанным в подпункте 2 пункта 19 Порядка, при невозможности заключения контракта в текущем году.

Субсидия перечисляется Департаментом получателю субсидии на лицевой счет, открытый в Департаменте финансов Томской области, для отражения операций со средствами, предоставленными из областного бюджета в виде субсидии на иные цели, в течение трех рабочих дней со дня принятия Департаментом заявки получателя субсидии.»;

7) пункт 19 изложить в новой редакции:

«19. Получатель субсидии направляет в Департамент:

1) в срок до 27 декабря финансового года мотивированное обращение о перечислении средств субсидии в связи с наличием заключенных в рамках достижения цели предоставления субсидии контрактов (договоров), срок оплаты по которым не наступил до 25 декабря текущего финансового года, об объеме субсидии, необходимом для исполнения соответствующих контрактов (договоров), а также копии документов, заверенных руководителем получателя субсидии, подтверждающих наличие и объем указанных обязательств получателя субсидии;

2) в срок до 27 декабря финансового года мотивированное обращение о перечислении средств субсидии в связи с наличием размещенных в единой

информационной системе извещений о проведении конкурентных процедур с указанием присвоенного номера, а также заверенные руководителем получателя субсидии копии указанных извещений;

3) не позднее 20 января года, следующего за годом предоставления субсидии, мотивированное обращение о подтверждении потребности направления остатков средств субсидии на те же цели с указанием причин неиспользования средств в течение финансового года.»;

8) приложения №№ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 к Порядку определения объема и условий предоставления из областного бюджета субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на оснащение (дооснащение и (или) переоснащение) медицинскими изделиями медицинских учреждений, оказывающих детям-инвалидам медицинские услуги в целях реабилитации подпрограммы «Доступная среда» государственной программы «Социальная поддержка населения Томской области», являющемуся приложением № 2 к приказу, изложить в новой редакции согласно приложениям №№ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 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 21.04.2025 № 16

«Приложение № 1

к Порядку определения объема и условий предоставления из областного бюджета субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на формирование условий для предоставления медицинских услуг в целях реабилитации детей-инвалидов в медицинских учреждениях, подпрограммы «Доступная среда» государственной программы «Социальная поддержка населения Томской области»

Форма

Начальнику Департамента  
здравоохранения Томской области

Пояснительная записка

Прошу предоставить субсидию на формирование условий для предоставления медицинских услуг в целях реабилитации детей-инвалидов в медицинских учреждениях подпрограммы «Доступная среда» государственной программы «Социальная поддержка населения Томской области», в размере \_\_\_\_\_ рублей.

Субсидия необходима для осуществления следующих мероприятий (перечисляются виды и информация о планируемых мероприятиях):

1. \_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_.

Подтверждаю отсутствие у учреждения просроченной задолженности перед областным бюджетом, в том числе по возврату субсидий, бюджетных инвестиций, предоставленных в соответствии с иными правовыми актами, на первое число месяца, предшествующего месяцу, в котором планируется заключение соглашения о предоставлении субсидии.

Приложение на \_\_\_\_\_ листах.

Обязательно перечисляются прилагаемые документы, указанные в пункте 5 Порядка.

Руководитель учреждения

(подпись)

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

Приложение № 2 к приказу Департамента  
здравоохранения Томской области  
от 21.04.2025 № 16

«Приложение № 2  
к Порядку определения объема и условий  
предоставления из областного бюджета субсидии  
областным государственным бюджетным и автономным  
учреждениям, подведомственным Департаменту  
здравоохранения Томской области, на формирование  
условий для предоставления медицинских услуг в целях  
реабилитации детей-инвалидов в медицинских  
учреждениях, подпрограммы «Доступная среда»  
государственной программы «Социальная поддержка  
населения Томской области»

Форма

Заявка  
на перечисление субсидии на  
формирование условий для предоставления медицинских услуг в целях реабилитации детей-  
инвалидов в медицинских учреждениях

(наименование медицинской организации)  
по соглашению от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

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

Аналитический код субсидии \_\_\_\_\_

\*КФСР – код функциональной статьи расходов

КОСГУ – классификация операций сектора государственного управления

Перечень прилагаемых документов:

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)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона)»

Приложение № 3 к приказу Департамента  
здравоохранения Томской области  
от 21.04.2025 № 16

«Приложение № 3  
к Порядку определения объема и условий  
предоставления из областного бюджета субсидии  
областным государственным бюджетным и автономным  
учреждениям, подведомственным Департаменту  
здравоохранения Томской области, на формирование  
условий для предоставления медицинских услуг в целях  
реабилитации детей-инвалидов в медицинских  
учреждениях, подпрограммы «Доступная среда»  
государственной программы «Социальная поддержка  
населения Томской области»

Показатели, необходимые для достижения результата предоставления Субсидии

№ п/п	Наименование показателя	Единица измерения	Значение на 20__ год
1	Количество приобретенных медицинских изделий медицинскими учреждениями, оказывающими детям-инвалидам медицинские услуги в целях реабилитации	Ед.	»

»

Приложение № 4 к приказу Департамента  
здравоохранения Томской области  
от 21.04.2025 № 16

«Приложение № 4  
к Порядку определения объема и условий  
предоставления из областного бюджета субсидии  
областным государственным бюджетным и автономным  
учреждениям, подведомственным Департаменту  
здравоохранения Томской области, формирование  
условий для предоставления медицинских услуг в целях  
реабилитации детей-инвалидов в медицинских  
учреждениях, подпрограммы «Доступная среда»  
государственной программы «Социальная поддержка  
населения Томской области»

Форма

Начальнику Департамента  
здравоохранения Томской области

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
Сформированы условия для предоставления медицинских услуг в целях реабилитации детей-инвалидов в медицинских учреждениях	Количество приобретенных медицинских изделий медицинскими учреждениями, оказывающими детям- инвалидам медицинские услуги в целях реабилитации		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)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона)»

Приложение № 5 к приказу Департамента  
здравоохранения Томской области  
от 21.04.2025 № 16

«Приложение № 5  
к Порядку определения объема и условий  
предоставления из областного бюджета субсидии  
областным государственным бюджетным и автономным  
учреждениям, подведомственным Департаменту  
здравоохранения Томской области, формирование  
условий для предоставления медицинских услуг в целях  
реабилитации детей-инвалидов в медицинских  
учреждениях, подпрограммы «Доступная среда»  
государственной программы «Социальная поддержка  
населения Томской области»

Форма

Отчет об осуществлении расходов, источником финансового обеспечения  
которых является субсидия на \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(наименование получателя субсидии)

по соглашению от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года N \_\_\_\_

#### 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

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)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона)»



Приложение № 6 к приказу Департамента  
здравоохранения Томской области  
от 21.04.2025 № 16

«Приложение № 6  
к Порядку определения объема и условий  
предоставления из областного бюджета субсидии  
областным государственным бюджетным и автономным  
учреждениям, подведомственным Департаменту  
здравоохранения Томской области, формирование  
условий для предоставления медицинских услуг в целях  
реабилитации детей-инвалидов в медицинских  
учреждениях, подпрограммы «Доступная среда»  
государственной программы «Социальная поддержка  
населения Томской области»

Форма

Отчет  
о достижении значении результата предоставления субсидии  
по состоянию на \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)  
по соглашению от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_

Наименование субсидии	Результат предоставления субсидии (показатель достижения результата предоставления субсидии), единица измерения		
		Плановое значение	Фактическ ое значение
Субсидия на формирование условий для предоставления медицинских услуг в целях реабилитации детей-инвалидов в медицинских учреждениях	Количество приобретенных медицинских изделий медицинскими учреждениями, оказывающими детям- инвалидам медицинские услуги в целях реабилитации		

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)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона)»

Приложение № 7 к приказу Департамента  
здравоохранения Томской области  
от 21.04.2025 № 16

«Приложение № 7  
к Порядку определения объема и условий  
предоставления из областного бюджета субсидии  
областным государственным бюджетным и автономным  
учреждениям, подведомственным Департаменту  
здравоохранения Томской области, формирование  
условий для предоставления медицинских услуг в целях  
реабилитации детей-инвалидов в медицинских  
учреждениях, подпрограммы «Доступная среда»  
государственной программы «Социальная поддержка  
населения Томской области»

Форма

### Отчет

о реализации плана мероприятий по достижению результатов предоставления  
субсидии на \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(наименование медицинской организации)  
по соглашению от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_

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

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)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона)»