



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

07.06.2022

№ 473

г. Киров

О реализации постановления Правительства Кировской области от 25.04.2019 № 213-П

В соответствии с подпунктом 4.2.2 пункта 4, пунктом 8, подпунктами 9.1 и 9.5 пункта 9 Порядка предоставления гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью, которым по медицинским показаниям необходимо проведение заместительной почечной терапии, компенсации расходов, связанных с оплатой стоимости проезда в медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области, и обратно, утвержденно-го постановлением Правительства Кировской области от 25.04.2019 № 213-П «О Порядке предоставления гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью, которым по медицинским показаниям необходимо проведение заместительной почечной терапии, компенсации расходов, связанных с оплатой стоимости проезда в медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области, и обратно:

1. Утвердить порядок осуществления бюджетными учреждениями полномочий министерства здравоохранения Кировской области по исполнению публичных обязательств согласно приложению № 1.

2. Утвердить показания для использования личного или иного транспорта для проезда в медицинскую организацию, проводящую заместительную почечную терапию и участвующую в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области (далее – медицинская организация), и обратно, согласно приложению № 2.

3. Утвердить форму заявления о предоставлении компенсации расходов, связанных с оплатой проезда в медицинскую организацию и обратно, согласно приложению № 3.

4. Утвердить форму совместного заявления гражданина и лица, сопровождающего гражданина о предоставлении компенсации расходов, связанных с оплатой проезда в медицинскую организацию и обратно, согласно приложению № 4.

5. Утвердить форму обоснования использования личного или иного транспорта для проезда к месту нахождения медицинской организации и обратно согласно приложению № 5.

6. Признать утратившим силу распоряжение министерства здравоохранения Кировской области от 13.05.2019 № 316 «О реализации постановления Правительства Кировской области от 25.04.2019 № 213-П».

7. Контроль за исполнением распоряжения возложить на начальника отдела бухгалтерского учета и ревизий-главного бухгалтера министерства здравоохранения Кировской области Козлову О.А.

8. Настоящее распоряжение вступает в силу через 10 дней после его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2022.

Министр здравоохранения
Кировской области А.В. Черняев



УТВЕРЖДЕН

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 07.06.2022 № 473

ПОРЯДОК
осуществления бюджетными учреждениями полномочий
министерства здравоохранения Кировской области по исполнению
публичных обязательств

1. Передать полномочия по исполнению публичных обязательств перед физическими лицами, подлежащих исполнению в денежной форме, по предоставлению гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью, которым по медицинским показаниям необходимо проведение заместительной почечной терапии, компенсации расходов, связанных с оплатой стоимости проезда в медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области, и обратно КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница» (далее – Учреждения).

2. Учреждения осуществляют следующие права и обязанности по исполнению переданных им полномочий:

2.1. Принимают и исполняют переданные полномочия в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных на эти цели.

2.2. Обеспечивают результативность, целевой характер использования предусмотренных бюджетных ассигнований.

3. Учреждения осуществляют оплату денежных обязательств по исполнению публичных обязательств на основании платежных документов, предоставленных в министерство финансов Кировской области.

4. Осуществляют ведение бюджетного учета, представляют в министерство здравоохранения Кировской области отчетность об исполнении публичных обязательств в порядке, установленном Министерством финансов Российской Федерации для составления и представления годовой, квартальной и месячной отчетности об

исполнении бюджетов бюджетной системы Российской Федерации получателями бюджетных средств.

5. Учреждения несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение переданных полномочий в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Контроль за осуществлением Учреждениями переданных полномочий осуществляется министерством здравоохранения Кировской области путем:

6.1. Проведения проверок целевого расходования средств, переданных для исполнения отдельных полномочий;

6.2. Заслушивания информации должностных лиц учреждений о ходе осуществления ими переданных полномочий;

6.3. Направления запросов о предоставлении необходимых документов об исполнении переданных полномочий.

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 07.06.2022 № 493

ПОКАЗАНИЯ

**для использования личного или иного транспорта
для проезда в медицинскую организацию, проводящую
заместительную почечную терапию и участвующую в реализации
территориальной программы государственных гарантий бесплатного
оказания гражданам медицинской помощи на территории
Кировской области, и обратно**

1. Хроническая сердечная недостаточность 3-4 функционального класса.
2. Хронические неспецифические заболевания легких с явлениями дыхательной недостаточности 2-3 степени.
3. Слепота.
4. Онкологическое заболевание в 3 или 4 стадии.
5. Тяжелые заболевания центральной нервной системы (энцефалопатия с выраженными когнитивными расстройствами, эпилепсия).
6. Кахексия.
7. Заболевания любого генеза, приводящее к ограничению или невозможности самостоятельного передвижения (использование гражданином технических средств реабилитации на основании индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), выдаваемой федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы).

Приложение № 3

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 07.06.2022 № 413

ФОРМА
заявления о предоставлении компенсации расходов, связанных с
оплатой проезда в медицинскую организацию и обратно

Наименование медицинской
организации

от _____

(Ф.И.О)

проживающего по адресу (место
жительства, место фактического
проживания):

реквизиты _____ документа,
удостоверяющего личность: _____

контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить компенсацию расходов, связанных с проездом в медицинскую организацию, проводящую заместительную почечную терапию и участвующую в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области

(наименование медицинской организации)

и обратно.

Прошу денежные средства перечислить на счет, открытый в кредитно-финансовой организации, перевести через почтовое отделение связи (нужное подчеркнуть) _____

К заявлению прилагаю следующие документы: _____

Достоверность и полноту сведений, представленных в заявлении подтверждаю.

(дата)

(подпись)

Заявление и документы принял

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

Приложение № 4

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 01.06.2022 № 413

ФОРМА
совместного заявления гражданина и лица, сопровождающего
гражданина о предоставлении компенсации расходов, связанных с
оплатой проезда в медицинскую организацию и обратно

Наименование медицинской
организации

от _____
(Ф.И.О)

проживающего по адресу (место
жительства, место фактического
проживания):

реквизиты _____ документа,
удостоверяющего личность: _____

контактный телефон: _____

от _____
(Ф.И.О)

проживающего по адресу (место
жительства, место фактического
проживания):

реквизиты _____ документа,
удостоверяющего личность: _____

контактный телефон: _____

СОВМЕСТНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне _____

(фио гражданина, страдающего хронической почечной недостаточностью, которому по медицинским показаниям необходимо проведение заместительной почечной терапии)

компенсацию расходов, связанных с проездом в медицинскую организацию, проводящую заместительную почечную терапию и участвующую в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи на территории Кировской области

_____ (наименование медицинской организации)

_____ далее – медицинская организация),

и обратно.

Прошу денежные средства перечислить на счет, открытый в кредитно-финансовой организации, перевести через почтовое отделение связи (нужное подчеркнуть) _____.

Прошу предоставить мне _____

_____ (ф.и.о. лица, сопровождающего гражданина, страдающего хронической почечной недостаточностью, которому по медицинским показаниям необходимо проведение заместительной почечной терапии)

компенсацию расходов, в медицинскую организацию и обратно, как лицу, сопровождающего _____

_____ (ф.и.о. гражданина, страдающего хронической почечной недостаточностью, которому по медицинским показаниям необходимо проведение заместительной почечной терапии)

в медицинскую организацию.

Прошу денежные средства перечислить на счет, открытый в кредитно-финансовой организации, перевести через почтовое отделение связи (нужное подчеркнуть) _____.

К заявлению прилагаю следующие документы: _____

Достоверность и полноту сведений, представленных в заявлении подтверждаем.

_____ (дата)

_____ (подпись гражданина, страдающего хронической почечной недостаточностью, которому по медицинским показаниям необходимо проведение заместительной почечной терапии)

_____ (дата)

_____ (подпись лица, сопровождающего гражданина, страдающего хронической почечной недостаточностью, которому по медицинским показаниям необходимо проведение заместительной почечной терапии)

Заявление и документы принял

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

Приложение № 5

Утверждена

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 07.06.2022 № 473

ФОРМА

**обоснования использования личного или иного транспорта для
проезда к месту нахождения медицинской организации и обратно**

Наименование медицинской организации, подведомственной министерству
здравоохранения Кировской области _____

Почтовый адрес _____

Телефон _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина _____

Дата рождения _____

Группа инвалидности _____

Адрес места жительства, фактического проживания _____

Диагноз основного заболевания _____

На основании пунктов _____ приложения № 2 к настоящему
распоряжению считаем, что у гражданина имеются показания для использования
личного или иного транспорта для проезда в медицинскую организацию, проводящую
заместительную почечную терапию и участвующую в реализации территориальной
программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской
помощи на территории Кировской области, в период с _____ по _____.

Лечащий врач _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Заведующий отделением _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный врач _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.
