



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Ставропольского края

ПРИКАЗ

13 июня 2020 года

г. Ставрополь

№ 01-05/625

О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 23 марта 2018 г. № 01-05/226 «О некоторых мерах по предоставлению единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников (врачам, фельдшерам)»

В связи с изменениями, внесенными постановлением Правительства Российской Федерации от 30.11.2019 г. № 1569 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения», в соответствии с постановлением Правительства Ставропольского края от 04 июня 2020 г. № 300-п «О внесении изменений в постановление Правительства Ставропольского края от 21 февраля 2018 г. № 57-п «О некоторых мерах по предоставлению единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников (врачам, фельдшерам)» (далее – медицинский работник)

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 23 марта 2018 г. № 01-05/226 «О некоторых мерах по предоставлению единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников (врачам, фельдшерам)» (далее – приказ) следующие изменения:

1.1. Форму заявления о предоставлении единовременной компенсационной выплаты изложить в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу.

1.2. Форму согласия медицинского работника на обработку его персональных данных изложить в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу.

1.3. Форму договора о предоставлении медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты изложить в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу.

1.4. Подпункт 3.1 пункта 3 изложить в следующей редакции:

«3.1. Ежегодное утверждение перечня вакантных должностей медицинских работников в медицинских организациях и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные

выплаты на очередной финансовый год (далее – перечень).».

1.5. Пункт 4 изложить в следующей редакции:

«4. Руководителям медицинских организаций обеспечить уведомление министерства об изменении трудового договора (в части условий, устанавливающих обязанность медицинского работника работать на должности, включенной в ежегодно утверждаемый министерством здравоохранения Ставропольского края перечень, в течение 5 лет по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников) или о прекращении трудового договора, заключенного между медицинским работником и медицинской организацией, до истечения 5-летнего срока действия трудового договора.».

1.6. В составе комиссии по рассмотрению документов о предоставлении медицинским работникам единовременных компенсационных выплат (далее – комиссия):

1.6.1. Исключить из состава комиссии Демиховского И.В.

1.6.2. Включить в состав комиссии:

1.6.2.1. Главного специалиста отдела государственной гражданской службы и кадровой работы министерства здравоохранения Ставропольского края Зубенкову Ольгу Владимировну, членом комиссии.

1.6.2.2. Руководителя (представителя) медицинской организации, являющейся работодателем соответствующего медицинского работника, членом комиссии.

1.7. В Положении о комиссии:

1.7.1. Пункт 3 изложить в следующей редакции:

«3. Комиссия осуществляет свою деятельность в целях решения следующих задач:

рассмотрение заявлений о предоставлении единовременной компенсационной выплаты (далее – заявление) и прилагаемых к ним документов медицинских работников;

установление оснований предоставления медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты;

принятие решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты.».

1.7.2. В пункте 6:

1.7.2.1. Абзац второй изложить в следующей редакции:

«проверяет заявление и прилагаемые к нему документы в день их представления на предмет наличия их в полном объеме и надлежащего оформления, а также на предмет реализации медицинским работником права на предоставление ему единовременной компенсационной выплаты ранее в Ставропольском крае или иных субъектах Российской Федерации;».

1.7.2.2. Абзац одиннадцатый изложить в следующей редакции:

«при принятии решения о предоставлении медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты в течение 3 рабочих дней подготавливает проект письма министерства в адрес медицинской организации, являющейся работодателем медицинского работника, с требованием информирования министерства в случае изменения трудового договора (в части условий, устанавли-

вающих обязанность медицинского работника работать на должности, включенной в ежегодно утверждаемый министерством перечень вакантных должностей медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ставропольского края и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты на очередной финансовый год, в течение 5 лет по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников) или прекращения трудового договора, заключенного между медицинским работником и медицинской организацией, до истечения 5-летнего срока действия трудового договора (медицинская организация обязана уведомить об этом министерство в течение 3 рабочих дней со дня изменения или прекращения трудового договора, заключенного между медицинским работником и медицинской организацией, с указанием основания его прекращения);».

1.8. Пункт 1 формы приказа министерства здравоохранения Ставропольского края «О предоставлении медицинскому работнику (врачу, фельдшеру) единовременной компенсационной выплаты» изложить в следующей редакции:

«1. Отделу государственной гражданской службы и кадровой работы министерства здравоохранения Ставропольского края уведомить в течение 3 рабочих дней со дня принятия решения о предоставлении единовременной компенсационной выплаты соответствующие медицинские организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края (далее – медицинские организации) и следующих медицинских работников (врачей, фельдшеров):

- 1) _____ (фамилия, имя, отчество) в размере _____ рублей;
 - 2) _____ (фамилия, имя, отчество) в размере _____ рублей;
- ...».

1.9. Пункт 1 формы приказа министерства здравоохранения Ставропольского края «Об отказе в предоставлении медицинскому работнику (врачу, фельдшеру) единовременной компенсационной выплаты» после абзаца третьего дополнить абзацем следующего содержания:

«выявление факта получения единовременной компенсационной выплаты медицинским работником в соответствии со статьей 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в том числе на территориях других субъектов Российской Федерации.».

2. Настоящий приказ вступает в силу на следующий день после дня его официального опубликования.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Исполняющий обязанности министра



В.Н. Колесников

Приложение 1

к приказу
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 13 июня 2020 г. № 01-05/625

«УТВЕРЖДЕНА

приказом
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 23 марта 2018 г. № 01-05/226

Форма

Министру здравоохранения
Ставропольского края

от _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

заявление
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

Прошу Вас предоставить мне _____,
(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающей (ему) по адресу: _____
(почтовый индекс, полный адрес в соответствии со сведениями о

_____ регистрации, указанными в паспорте)

паспорт: серия _____ номер _____ кем и когда выдан документ _____

_____ единовременную компенсационную выплату в размере _____ рублей,
ИНН заявителя _____.

Сообщаю следующие сведения:

1) банковские реквизиты для перечисления единовременной компенсационной выплаты:

- наименование российской кредитной организации: _____

- р/сч. российской кредитной организации: _____

- л/сч., открытый в российской кредитной организации, для перечисления единовременной компенсационной выплаты: _____

- корр/сч. _____

ИНН российской кредитной организации: _____
КПП российской кредитной организации: _____
БИК российской кредитной организации: _____

2) контактный телефон: _____

Достоверность и полноту сведений, содержащихся в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, подтверждаю.

С условиями, необходимыми для предоставления единовременной компенсационной выплаты, указанными в постановлении Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и постановлении Правительства Ставропольского края от 21 февраля 2018 г. № 57-п «О некоторых мерах по предоставлению единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников (врачам, фельдшерам)», ознакомлен и сообщаю, что не имею/имею (нужное подчеркнуть) неисполненных(е) обязательств(а) по договору о целевом обучении.

К заявлению приложены следующие документы (с указанием их реквизитов):

- | | |
|-----------|---------------------|
| 1. _____ | на ___ л. в 1 экз.; |
| 2. _____ | на ___ л. в 1 экз.; |
| 3. _____ | на ___ л. в 1 экз.; |
| 4. _____ | на ___ л. в 1 экз.; |
| 5. _____ | на ___ л. в 1 экз.; |
| 6. _____ | на ___ л. в 1 экз.; |
| 7. _____ | на ___ л. в 1 экз.; |
| 8. _____ | на ___ л. в 1 экз.; |
| 9. _____ | на ___ л. в 1 экз.; |
| 10. _____ | на ___ л. в 1 экз.; |
| 11. _____ | на ___ л. в 1 экз.; |
| 12. _____ | на ___ л. в 1 экз.; |

(подпись заявителя)

(расшифровка подписи)

(дата)

(наименование должности лица, принявшего заявление)

(подпись)

(дата)

».

Исполняющий обязанности министра



В.Н. Колесников

Приложение 2

к приказу
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 13 июня 2020 г. № 01-05/625

«УТВЕРЖДЕНА

приказом
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 23 марта 2018 г. № 01-05/226

Форма

Министру здравоохранения Став-
ропольского края

от _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

проживающего по адресу:

паспорт серия _____ № _____
выдан _____

дата выдачи _____

согласие
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество заявителя)

настоящим даю согласие министерству здравоохранения Ставропольского края,
Министерству здравоохранения Российской Федерации и

_____ (далее – медицинская организация) на обработку своих персональных данных, указанных в заявлении о предоставлении единовременной компенсационной выплаты (далее – заявление) и прилагаемых к нему документах (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств) в информационных системах министерства здравоохранения Ставропольского края, Министерства здравоохранения Российской Федерации и медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации в целях выполнения обязательств, связанных с рассмотрением заявления и документов, указанных в заявлении, принятием решения о предоставлении

(об отказе в предоставлении) мне единовременной компенсационной выплаты, заключением, исполнением, изменением и расторжением договора о предоставлении медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты.

Согласие на обработку персональных данных действует бессрочно (с момента выдачи) или до его отзыва.

(подпись заявителя)

(расшифровка подписи)

(дата)

(наименование должности лица, принявшего заявление)

(подпись)

(дата) ».

Исполняющий обязанности министра



В.Н. Колесников

Приложение 3

к приказу
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 13 июня 2020 г. № 01-05/625

«УТВЕРЖДЕНА

приказом
министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 23 марта 2018 г. № 01-05/226

ФОРМА

ДОГОВОР № _____

о предоставлении медицинскому работнику единовременной компенсационной
выплаты

г. Ставрополь

«__» _____ 20__ г.

Министерство здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство) в лице _____,

(Ф.И.О. и должность руководителя)

действующего на основании Положения о министерстве здравоохранения Ставропольского края, утвержденного постановлением Губернатора Ставропольского края от 16 августа 2012 года № 564, с одной стороны,

_____ (наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края)

(далее – медицинская организация) в лице _____,

(Ф.И.О. и должность руководителя)

действующего на основании Устава, с другой стороны, и

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

(далее – медицинский работник), с третьей стороны, именуемые совместно в дальнейшем Стороны, заключили настоящий Договор о предоставлении медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты (далее – Договор) о нижеследующем:

I. Предмет Договора

1. Предметом настоящего Договора является предоставление единовременной компенсационной выплаты в размере _____ рублей* медицинскому работнику, прибывшему (переехавшему) на работу в

_____ (наименование сельского населенного пункта, рабочего поселка, поселка городского типа,

_____ города с населением до 50 тысяч человек, расположенного на территории Ставропольского края,

_____ медицинской организации

_____ и ее структурного подразделения, должности, занимаемой медицинским работником)

II. Права и обязанности Сторон

2. Медицинский работник обязан:

2.1. Исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения с

_____ (наименование медицинской организации)

_____ трудового

_____ договора

_____ (номер, дата заключения трудового договора)

(далее – трудовой договор) на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, с выполнением трудовой функции на должности

_____ (наименование занимаемой должности)

включенной в ежегодно утверждаемый министерством перечень вакантных должностей медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ставропольского края и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты на очередной финансовый год (далее – перечень), при условии продления настоящего Договора на период неисполнения медицинским работником трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

2.2. Возвратить в бюджет Ставропольского края часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанную пропорционально неотработанному медицинским работником периоду со дня прекращения трудового договора:

2.2.1. До истечения 5-летнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5 – 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской

* 1,00 млн. рублей для врачей или 0,50 млн. рублей для фельдшеров, или 1,50 млн. рублей для врачей или 0,75 млн. рублей для фельдшеров в случае, если сельский населенный пункт, рабочий поселок, поселок городского типа, город с населением до 50 тысяч человек, указанный в пункте 1 настоящего Договора, в который медицинский работник прибыл (переехал) на работу в соответствии с трудовым договором, включен в перечень удаленных и труднодоступных территорий Ставропольского края, утвержденный постановлением Правительства Ставропольского края от 21 февраля 2018 г. № 57-п (выбрать нужное)

Федерации), а также в случае перевода медицинского работника на другую должность, или поступления его на обучение по дополнительным профессиональным программам.

2.2.2. В случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия настоящего Договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору медицинского работника).

2.2.3. Продлить Договор на период нахождения в отпуске по беременности и родам в отпуске по уходу за ребенком.

3. Медицинский работник вправе требовать от министерства и медицинской организации надлежащего выполнения обязательств по настоящему Договору.

4. Министерство обязуется в течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего Договора перечислить единовременную компенсационную выплату в размере, указанном в пункте 1 настоящего Договора, на лицевой счет медицинского работника, открытый в российской кредитной организации и указанный в разделе VI настоящего Договора.

5. Министерство вправе:

5.1. Запрашивать у медицинского работника и медицинской организации сведения о наличии между ними трудовых отношений.

5.2. Проверять достоверность сведений и документов, представленных медицинским работником.

5.3. Проверять достоверность сведений и документов, представленных медицинской организацией.

5.4. Требовать возврата части единовременной компенсационной выплаты пропорционально неотработанному медицинским работником периоду, рассчитанной с даты досрочного прекращения трудового договора.

6. Медицинская организация обязана обеспечить уведомление министерства об изменении трудового договора (в части условий, устанавливающих обязанность медицинского работника работать на должности, включенной в ежегодно утверждаемый министерством перечень, в течение 5 лет по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников) или о прекращении трудового договора, заключенного между медицинским работником и медицинской организацией, до истечения 5-летнего срока действия трудового договора с предоставлением надлежащим образом заверенных копий подтверждающих документов.

7. Медицинская организация вправе:

7.1. Заключать трудовой договор с медицинским работником в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации.

7.2. Проверять достоверность сведений и документов, представленных медицинским работником.

7.3. Расторгнуть трудовой договор с медицинским сотрудником в случаях, предусмотренных Трудовым кодексом Российской Федерации.

III. Ответственность Сторон

8. В случае неисполнения медицинским работником обязанности, предусмотренной подпунктом 2.1 настоящего Договора, медицинский работник обязуется возвратить в бюджет Ставропольского края часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанную пропорционально неотработанному медицинским работником периоду в соответствии с подпунктом 2.2 настоящего Договора, в течение 15 рабочих дней со дня соответствующих изменений.

9. В случае неисполнения медицинским работником обязанности, предусмотренной подпунктом 2.2 и пунктом 8 настоящего Договора, медицинский работник обязуется уплатить в бюджет Ставропольского края неустойку в размере 0,1 процента от размера части единовременной компенсационной выплаты, подлежащей возврату в бюджет Ставропольского края, за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего за днем истечения срока, установленного пунктом 8 настоящего Договора.

10. В случае выявления фактов представления медицинским работником недостоверных или подложных документов и сведений в целях заключения настоящего Договора и получения единовременной компенсационной выплаты, в случае установления фактов осуществления медицинским работником работы в соответствии с трудовым договором, но вне сельского населенного пункта Ставропольского края (рабочего поселка, поселка городского типа, города с населением до 50 тыс. человек), указанного в пункте 1 настоящего Договора (за исключением выездных форм работы), медицинский работник обязуется возвратить в бюджет Ставропольского края всю сумму полученной единовременной компенсационной выплаты, а также уплатить в бюджет Ставропольского края неустойку в размере 0,1 процента от размера единовременной компенсационной выплаты за каждый день пользования единовременной компенсационной выплатой (с даты зачисления суммы единовременной компенсационной выплаты на лицевой счет медицинского работника, открытый в российской кредитной организации, до даты возврата суммы единовременной компенсационной выплаты в бюджет Ставропольского края).

IV. Прочие условия и порядок разрешения споров

11. Финансовое обеспечение единовременной компенсационной выплаты в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и постановлением Правительства Ставропольского края от 21 февраля 2018 г. № 57-п «О некоторых мерах по предоставлению единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников (врачам, фельдшерам)» осуществляется за счет средств бюджета Ставропольского края, включая субсидию из федерального бюджета бюджету Ставропольского края на реализацию мероприятия по предоставлению единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников (врачам, фельдшерам) государственной программы

Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640, в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных законом Ставропольского края о бюджете Ставропольского края на очередной финансовый год и плановый период.

Единовременная компенсационная выплата предоставляется медицинскому работнику при условии поступления средств субсидии из федерального бюджета на лицевой счет министерства. Единовременная компенсационная выплата выплачивается исходя из уровня софинансирования, выраженного в процентах, установленного в соответствии с соглашением о предоставлении субсидии из федерального бюджета бюджету Ставропольского края в целях софинансирования расходных обязательств Ставропольского края по осуществлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам на соответствующий финансовый год и плановый период, заключаемого между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством Ставропольского края.

12. Подписание медицинским работником настоящего Договора является письменным согласием на обработку его персональных данных в информационных системах министерства, Министерства здравоохранения Российской Федерации и медицинской организации.

13. Министерство и медицинская организация обязуются принять меры по обеспечению сохранности персональных данных медицинского работника в информационных системах медицинской организации и министерства соответственно.

14. В случае возникновения споров и (или) разногласий между Сторонами в связи с заключением, исполнением, изменением или расторжением настоящего Договора Стороны принимают меры для разрешения их путем переговоров.

При возникновении споров и разногласий относительно исполнения одной из сторон своих обязательств другая сторона может направить претензию. В отношении всех претензий, направляемых по настоящему Договору, сторона, которой адресована данная претензия, должна дать письменный ответ по существу претензии в срок не позднее 10 календарных дней с даты ее получения. В случае неполучения письменного ответа на претензию в установленный срок сторона, направившая претензию, имеет право обратиться в суд.

15. В случае невозможности урегулирования споров и (или) разногласий между Сторонами путем переговоров они подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации по месту нахождения министерства.

V. Заключительные положения

16. Настоящий Договор считается заключенным со дня его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств. Односторонний отказ от исполнения обязательств не допускается.

17. Настоящий Договор может быть изменен по взаимному согласию Сторон в письменной форме. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в виде дополнительных соглашений, которые вступают в силу со дня их подписания Сторонами (если иное не установлено самими дополнительными соглашениями) и являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

18. Настоящий Договор заключен в трех экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

VI. Адреса и реквизиты Сторон

Министерство:	Медицинская организация	Медицинский работник:
355000, г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, 42/311 ИНН 2633005994 КПП 263401001 УФК по Ставропольскому краю (минфин края _____ (минздрав края, л/с _____)) ОКТМО _____ ОТДЕЛЕНИЕ СТАВРОПОЛЬ БИК р/с	Юридический адрес: Почтовый адрес: ИНН КПП	<u>Паспорт: серия</u> <u>№</u> <u>дата выдачи:</u> <u>Место регистрации:</u> <u>ИНН заявителя:</u> <u>Банковские реквизиты:</u> <u>Банк:</u> <u>БИК:</u> <u>к/с:</u> <u>р/с:</u> <u>ИНН банка:</u> <u>КПП банка:</u> <u>Лицевой сч. мед. работника:</u>
_____ (должность)	_____ (должность)	_____ (И.О. Фамилия)
_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)
_____ (И.О. Фамилия) М.П.	_____ (И.О. Фамилия) М.П.	_____ (подпись)

Исполняющий обязанности министра



В.Н. Колесников