ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства фінансів України 26 серпня 2014 року № 836
(у редакції наказу Міністерства фінансів України від 29 грудня 2018 року № 1209)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ / розпорядчий документ
Розпорядження селищного голови Хотінської селищної ради Сумського району Сумської області

(найменування головного розпорядника коштів місцевого бюджету)

19.03.2020 № 23 - ОД

ПАСПОРТ
бюджетної програми місцевого бюджету на 2020 рік

1. 0100000 (код Програмної класифікації видатків та кредитування місцевого бюджету) **Хотінська селищна рада** (найменування головного розпорядника коштів місцевого бюджету) 04390185 (код за ЄДРПОУ)

2. 0110000 (код Програмної класифікації видатків та кредитування місцевого бюджету) **Хотінська селищна рада** (найменування відповідального виконавця) 04390185 (код за ЄДРПОУ)

3.	(код Програмної класифікації видатків та кредитування місцевого бюджету)	(код Типової програмної класифікації видатків та кредитування місцевого бюджету)	(код Функціональної класифікації видатків та кредитування бюджету)	(найменування бюджетної програми згідно з Типовою програмною класифікацією видатків та кредитування місцевого бюджету)	(код бюджету)
	0112113	2113	0721	Первинна медична допомога населенню, ща надається амбулаторно - поліклінічними закладами (відділеннями)	5924756200

4. Обсяг бюджетних призначень/бюджетних асигнувань **1 328 200,00** гривень, у тому числі загального фонду **1 296 000,00** гривень та спеціального фонду- **32 200,00** гривень.

5. Підстави для виконання бюджетної програми
Конституція України, Бюджетний кодекс України, Закон України "Про місцеве самоврядування в Україні", Закон України "Про Державний бюджет на 2020 рік", нормативно-розпорядчі акти Президента України, Кабінету Міністрів України, Державної казначейської служби України, рішення сесії Хотінської селищної ради від 23.12.2019 "Про бюджет Хотінської селищної об'єднаної територіальної громади на 2020 рік", розпорядження селищного голови та інші нормативно-правові документи

6. Цілі державної політики, на досягнення яких спрямована реалізація бюджетної програми

№ з/п	Ціль державної політики
1	Додержання закладами охорони здоров'я права громадян на охорону здоров'я та прав пацієнта

7. Мета бюджетної програми
Зміцнення та поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі
Підвищення рівня надання первинної медичної допомоги та збереження здоров'я населення

8. Завдання бюджетної програми

№ з/п	Завдання

1	Підвищення рівня надання первинної медичної допомоги та збереження здоров'я населення

9. Напрями використання бюджетних коштів

гривень

№ з/п	Напрями використання бюджетних коштів	Загальний фонд	Спеціальний фонд	Усього
1	2	3	4	5
1	Забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я	1 296 000,00	0,00	1 296 000,00
2	Проведення авторського нагляду та технічного нагляду по капітальному ремонту	0,00	32 200,00	32 200,00
	УСЬОГО	**1 296 000,00**	**32 200,00**	**1 328 200,00**

10. Перелік місцевих / регіональних програм, що виконуються у складі бюджетної програми

гривень

№ з/п	Найменування місцевої / регіональної програми	Загальний фонд	Спеціальний фонд	Усього
1	2	3	4	5
	Усього			**0,00**

11. Результативні показники бюджетної програми

№ з/п	Показники	Одиниця виміру	Джерело інформації	Загальний фонд	Спеціальний фонд	Усього
1	2	3	4	5	6	7
	Затрат					
	кількість установ	од.		1,00	0,00	1,00
	кількість штатних одиниць	од.	інформація КНП	26,50	0,00	26,50
	придбання медикаментів та виробів медичного призначення на боротьбу з коронавірусом	грн	рішення сесії	50 000,00	0,00	50 000,00
	Продукту					
	кількість лікарських відвідувань	тис. од.	інформація КНП	22,00	0,00	22,00
	Ефективності					
	кількість лікарських відвідувань на 1 на одного лікаря	од.	розрахунково	4 888,00	0,00	4 888,00
	Якості					
	динаміка рівня виявлення захворювань на ранніх стадіях	%	розрахунково	100,00	0,00	100,00

Керівник установи головного розпорядника бюджетних коштів _____ Торяник М.І.

(підпис) (ініціали/ініціал, прізвище)

ПОГОДЖЕНО:

Фінансове управління

(Назва місцевого фінансового органу)

Начальник фінансового управління _____ Ворона С. С.

(підпис) (ініціали/ініціал, прізвище)

19.03.2020

(Дата погодження)

М.П.