



ПРАВИТЕЛЬСТВО СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

г.Ставрополь

19 марта 2025 г.

№ 131-п

Об утверждении Порядка заключения и реализации соглашения о предоставлении субсидии из бюджета Ставропольского края бюджету субъекта Российской Федерации на возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и паллиативной медицинской помощи

В соответствии со статьей 138³ Бюджетного кодекса Российской Федерации и пунктом 6¹ статьи 5 Закона Ставропольского края «О некоторых вопросах охраны здоровья граждан на территории Ставропольского края» Правительство Ставропольского края

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемый Порядок заключения и реализации соглашения о предоставлении субсидии из бюджета Ставропольского края бюджету субъекта Российской Федерации на возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и паллиативной медицинской помощи.

2. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на заместителя председателя Правительства Ставропольского края – министра финансов Ставропольского края Калининко Л.А. и заместителя председателя Правительства Ставропольского края Антоненко А.Д.

3. Настоящее постановление вступает в силу на следующий день после дня его официального опубликования.

Губернатор
Ставропольского края



В.В.Владимиров



УТВЕРЖДЕН

постановлением Правительства
Ставропольского края

от 19 марта 2025 г. № 131-п

ПОРЯДОК

заключения и реализации соглашения о предоставлении субсидии из бюджета Ставропольского края бюджету субъекта Российской Федерации на возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и паллиативной медицинской помощи

1. Настоящий Порядок определяет правила заключения и реализации соглашения о предоставлении субсидии из бюджета Ставропольского края бюджету субъекта Российской Федерации на возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдроме приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных в том числе с употреблением психоактивных веществ), и паллиативной медицинской помощи (далее соответственно – соглашение, краевой бюджет, субсидия, затраты, медицинская помощь).

2. Возмещение затрат осуществляется путем предоставления из краевого бюджета субсидии бюджету субъекта Российской Федерации, на территории которого гражданину, зарегистрированному по месту жительства на территории Ставропольского края, фактически оказана медицинская помощь в медицинских организациях государственной системы здравоохранения такого субъекта Российской Федерации (далее соответственно – субъект Российской Федерации, пациент).

3. Возмещение затрат осуществляется за фактически оказанный объем медицинской помощи по нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленным территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации на соответствующий год.

4. Предоставление субсидии осуществляется министерством здравоохранения Ставропольского края (далее – минздрав края) в пределах бюджетных обязательств, предусмотренных законом Ставропольского края о краевом бюджете на текущий финансовый год и плановый период на предоставлений субсидий, и лимитов бюджетных обязательств, утвержден-

ных и доведенных минздраву края в установленном порядке на предоставление субсидий.

5. Не подлежат возмещению расходы на обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения отдельных групп населения и при отдельных категориях заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой.

6. Соглашение заключается между Правительством Ставропольского края и высшим исполнительным органом субъекта Российской Федерации, по форме, являющейся приложением к настоящему Порядку.

7. Соглашение реализуется со стороны Ставропольского края – минздравом края, со стороны субъекта Российской Федерации – уполномоченным на реализацию соглашения исполнительным органом субъекта Российской Федерации.

8. Основанием для заключения соглашения является обращение субъекта Российской Федерации с предложением о заключении соглашения в связи с наличием факта оказания пациенту медицинской помощи, содержащее информацию о пациенте и об оказанной ему медицинской помощи (далее – обращение), направленное в минздрав края способом, позволяющим подтвердить факт и дату отправления обращения.

Обращение направляется в минздрав края в течение 2 месяцев после фактического оказания пациенту медицинской помощи.

9. Минздрав края в течение 30 календарных дней со дня получения обращения рассматривает его и принимает решение о заключении соглашения или решение об отказе в заключении соглашения с указанием причин отказа и направляет уведомление о принятом решении субъекту Российской Федерации в течение 7 рабочих дней со дня принятия соответствующего решения способом, позволяющим подтвердить факт и дату отправления уведомления.

10. Основаниями для принятия решения об отказе субъекту Российской Федерации в заключении соглашения являются:

1) несоответствие представленного субъектом Российской Федерации обращения требованиям, указанным в пункте 8 настоящего Порядка;

2) недостоверность сведений, содержащихся в представленном субъектом Российской Федерации обращении.

11. Субъект Российской Федерации в случае устранения причин, послуживших основаниями для принятия решения об отказе в заключении соглашения, вправе повторно обратиться в минздрав края в соответствии с пунктом 8 настоящего Порядка.

12. Проект соглашения подготавливается минздравом края.

13. Проект соглашения, согласованный в порядке, предусмотренном Регламентом аппарата Правительства Ставропольского края, утвержденным постановлением Правительства Ставропольского края от 19 февраля 2008 г. № 20-п, подписывается Губернатором Ставропольского края и направляется минздравом края в высший исполнительный орган субъекта Российской Федерации способом, позволяющим подтвердить факт и дату отправления проекта соглашения.

Субъект Российской Федерации в установленном им порядке подписывает соглашение и направляет один экземпляр соглашения в минздрав края.

14. Перечисление субсидии в бюджет субъекта Российской Федерации осуществляется после представления в минздрав края одного экземпляра соглашения, подписанного субъектом Российской Федерации, на основании заявки на перечисление субсидии, представленной субъектом Российской Федерации в течение 4 месяцев после фактического оказания пациенту медицинской помощи, но не позднее 01 декабря текущего года, а в случае оказания пациенту медицинской помощи в декабре текущего года – не позднее 01 апреля года, следующего за годом оказания пациенту медицинской помощи, по форме, установленной соглашением (далее – заявка).

Минздрав края в течение 30 календарных дней со дня получения заявки рассматривает ее с участием представителей медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края соответствующего профиля и принимает решение о перечислении субсидии или решение об отказе в перечислении субсидии с указанием причин такого отказа. В случае принятия решения об отказе в перечислении субсидии минздрав края направляет уведомление об этом субъекту Российской Федерации в течение 7 рабочих дней со дня принятия такого решения способом, позволяющим подтвердить факт и дату отправления уведомления.

Минздрав края перечисляет субсидию субъекту Российской Федерации в порядке и сроки, установленные соглашением.

15. Основаниями для отказа субъекту Российской Федерации в перечислении субсидии являются:

1) несоответствие представленной субъектом Российской Федерации заявки требованиям, установленным в пункте 14 настоящего Порядка;

2) недостоверность сведений, содержащихся в представленной субъектом Российской Федерации заявке;

3) несоответствие представленной субъектом Российской Федерации заявки нормативным правовым актам Российской Федерации, нормативным правовым актам субъекта Российской Федерации.

16. Субъект Российской Федерации в случае устранения причин, послуживших основаниями для принятия решения об отказе в перечислении субсидии, вправе повторно обратиться в минздрав края в соответствии с пунктом 14 настоящего Порядка.

17. Минздрав края, субъект Российской Федерации в пределах своей компетенции осуществляют контроль за выполнением условий соглашения и несут ответственность за ненадлежащее исполнение обязательств по соглашению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

18. Контроль за соблюдением субъектом Российской Федерации цели, порядка и условий предоставления субсидии осуществляется минздравом края, органами государственного финансового контроля Ставропольского края в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.

Приложение

к Порядку заключения и реализации соглашения о предоставлении субсидии из бюджета Ставропольского края бюджету субъекта Российской Федерации на возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и паллиативной медицинской помощи

Форма

СОГЛАШЕНИЕ

о предоставлении в _____ году субсидии из бюджета Ставропольского края бюджету субъекта Российской Федерации на возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и паллиативной медицинской помощи

« ____ » _____ 20 ____ г.

№ _____

Правительство Ставропольского края в лице _____
(указываются наименование должности, фамилия, имя, отчество), действующего на основании _____
(указываются реквизиты правового акта или соответствующей доверенности), с одной стороны, и _____
(указывается наименование высшего исполнительного органа субъекта Российской Федерации) в лице _____
(указываются наименование должности, фамилия, имя, отчество), действующего на основании _____
(указываются реквизиты правового акта или соответствующей доверенности), именуемый в дальнейшем «высший орган субъекта Российской Федерации», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», в соответствии со статьей 138³ Бюджетного кодекса Российской Федерации, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на _____ год и на плановый период _____ и _____ годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от « ____ » _____ 20 ____ г. № _____, Законом Ставропольского края «О некоторых вопросах охраны здоровья граждан на территории Ставропольского края», Порядком заключения и реализации соглашения о предоставлении субсидии из бюджета Ставропольского края бюджету субъекта Российской Федерации на возмещение затрат, связанных с

оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и паллиативной медицинской помощи, утвержденным постановлением Правительства Ставропольского края от «___» _____ 20___ г. № _____ (далее – Порядок), заключили настоящее Соглашение о нижеследующем.

I. Предмет настоящего Соглашения

1. Предметом настоящего Соглашения является предоставление в 20___ году субсидии из бюджета Ставропольского края бюджету субъекта Российской Федерации, на территории которого гражданину, зарегистрированному по месту жительства на территории Ставропольского края, фактически оказана медицинская помощь в медицинских организациях государственной системы здравоохранения субъекта Российской Федерации, на возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдроме приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных в том числе с употреблением психоактивных веществ), и паллиативной медицинской помощи (далее соответственно – субсидия, краевой бюджет, субъект Российской Федерации, пациент, медицинская помощь, затраты).

2. Уполномоченными органами по исполнению настоящего Соглашения являются: со стороны Правительства Ставропольского края – министерство здравоохранения Ставропольского края, со стороны высшего исполнительного органа субъекта Российской Федерации –

(указывается наименование исполнительного органа субъекта Российской Федерации)

(далее соответственно – минздрав края, получатель субсидии), совместно именуемые «уполномоченные органы Сторон».

II. Условия и порядок предоставления субсидии

3. Предоставление субсидии субъекту Российской Федерации осуществляется минздравом края в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных законом Ставропольского края о краевом бюджете на текущий финансовый год и плановый период на предоставление субсидий, и лимитов бюджетных обязательств, утвержденных и доведенных минздраву края в установленном порядке на предоставление субсидий.

4. Субсидия предоставляется на основании представления получателем субсидии заявки на перечисление субсидии в порядке и сроки, установленные пунктом 14 Порядка, по форме согласно приложению 1 к настоящему Соглашению (далее – заявка) с приложением сведений о пациенте, которому

фактически оказана медицинская помощь в медицинских организациях государственной системы здравоохранения субъекта Российской Федерации, подписанных руководителем медицинской организации государственной системы здравоохранения субъекта Российской Федерации, в которой пациенту фактически оказана медицинская помощь, и скрепленных печатью данной медицинской организации, по форме согласно приложению 2 к настоящему Соглашению (далее – сведения).

5. Размер субсидии определяется исходя из фактически оказанного объема медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации на соответствующий год.

6. В случае фактического оказания медицинской помощи пациенту повторно или фактического оказания медицинской помощи другим пациентам в субъекте Российской Федерации в течение срока действия настоящего Соглашения предоставление субсидии осуществляется в случае принятия минздравом края в порядке, установленном пунктом 14 Порядка, решения о перечислении субсидии.

7. Основаниями для отказа субъекту Российской Федерации в перечислении субсидии являются:

7.1. Несоответствие представленной субъектом Российской Федерации заявки требованиям, указанным в пункте 14 Порядка.

7.2. Недостоверность сведений, содержащихся в представленной субъектом Российской Федерации заявке.

7.3. Несоответствие представленной субъектом Российской Федерации заявки нормативным правовым актам Российской Федерации, нормативным правовым актам субъекта Российской Федерации.

8. Субъект Российской Федерации в случае устранения причин, послуживших основаниями для принятия решения об отказе в перечислении субсидии, вправе повторно обратиться в минздрав края в соответствии с пунктом 14 Порядка.

9. Минздрав края в случае принятия решения о перечислении субсидии в течение 30 календарных дней со дня получения заявки и сведений осуществляет перечисление субсидии по реквизитам, указанным в разделе VII настоящего Соглашения.

10. Минздрав края, субъект Российской Федерации в пределах своей компетенции осуществляют контроль за выполнением условий настоящего

Соглашения и несут ответственность за ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Соглашению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11. Контроль за соблюдением субъектом Российской Федерации цели, условий и порядка предоставления субсидии осуществляется минздравом края, органами государственного финансового контроля Ставропольского края в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.

III. Взаимодействие Сторон

12. Правительство Ставропольского края:

12.1. Запрашивает при необходимости у высшего исполнительного органа субъекта Российской Федерации информацию, необходимую для перечисления субсидии.

12.2. Обеспечивает перечисление субсидии в размере и на условиях, предусмотренных настоящим Соглашением.

12.3. Осуществляет контроль в пределах своей компетенции за выполнением цели, условий и порядка предоставления субсидии, установленных настоящим Соглашением.

13. Высший исполнительный орган субъекта Российской Федерации:

13.1. Представляет в минздрав края заявку с приложением сведений по каждому пациенту.

13.2. Обеспечивает направление субсидии на цель, предусмотренную пунктом 1 настоящего Соглашения.

13.3. Осуществляет контроль за целевым использованием субсидии.

IV. Ответственность Сторон

14. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Соглашению Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

15. Информационный обмен сведениями осуществляется Сторонами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

V. Разрешение споров

16. В случае возникновения споров и (или) разногласий между Сторонами в связи с исполнением настоящего Соглашения их разрешение осуществляется путем переговоров, в том числе в письменной форме, между уполномоченными органами Сторон. Срок рассмотрения письменных обращений – 7 рабочих дней со дня их получения уполномоченными органами Сторон.

17. Споры и (или) разногласия между Сторонами, возникающие в связи с исполнением настоящего Соглашения, не урегулированные в ходе переговоров, Стороны разрешают в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии – 7 рабочих дней с даты ее получения уполномоченными органами Сторон.

18. В случае если споры и (или) разногласия между Сторонами, возникающие в связи с исполнением настоящего Соглашения, не урегулированы в претензионном порядке, каждый из уполномоченных органов Сторон вправе обратиться для их разрешения в Арбитражный суд Ставропольского края в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

VI. Срок действия настоящего Соглашения

19. Настоящее Соглашение вступает в силу со дня его подписания Сторонами и действует до 31 декабря 20____ года, а в части взаиморасчетов – до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

VII. Заключительные положения

20. Приложения к настоящему Соглашению действительны и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения лишь в том случае, если они имеют ссылку на настоящее Соглашение, подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

21. Изменения настоящего соглашения и дополнения к нему оформляются дополнительными соглашениями, которые являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения и вступают в силу со дня их подписания Сторонами, если иное не установлено в самих дополнительных соглашениях.

22. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

VII. Реквизиты и подписи Сторон

Правительство
Ставропольского края

Высший орган
субъекта Российской Федерации

МП

МП



Приложение 1

к Соглашению о предоставлении в _____ году субсидии из бюджета Ставропольского края бюджету субъекта Российской Федерации на возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и паллиативной медицинской помощи
от «___» _____ 20__ г. № _____

Форма

ЗАЯВКА

на перечисление субсидии из бюджета Ставропольского края бюджету

(указывается наименование субъекта Российской Федерации)
на возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и паллиативной медицинской помощи*, предоставляемой в соответствии с Соглашением о предоставлении в _____ году субсидии из бюджета Ставропольского края бюджету субъекта Российской Федерации на возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и паллиативной медицинской помощи, от «___» _____ 20__ г. № _____

Наименование получателя субсидии: _____
(указывается наименование

исполнительного органа субъекта Российской Федерации)

Наименование медицинской организации: _____
(указывается наименование

медицинской организации субъекта Российской Федерации,

в которой пациенту фактически оказана медицинская помощь)

№ п/п	Наименование показателя	Единица измерения	Значение показателя	Примечание
1	2	3	4	5

1. Объем фактически оказанной пациентам** медицинской помощи:

1	2	3	4	5
	в амбулаторных условиях	посещений		
	в условиях дневного стационара	случаев лечения		
	в стационарных условиях	случаев госпитализации		
2.	Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации			
	в амбулаторных условиях	рублей		
	в условиях дневного стационара	рублей		
	в стационарных условиях	рублей		
3.	Стоимость фактически оказанной пациентам медицинской помощи, всего			
	в том числе:			
	в амбулаторных условиях	рублей		
	в условиях дневного стационара	рублей		
	в стационарных условиях	рублей		

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Заявляемая сумма субсидии _____ рублей

(наименование должности
руководителя получателя субсидии)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

МП «__» _____ 20__ г.

*Далее в настоящей Заявке используются сокращения – субсидия, медицинская помощь.

**Под пациентом в настоящей Заявке понимается гражданин, зарегистрированный по месту жительства на территории Ставропольского края, которому фактически оказана медицинская помощь в медицинских организациях государственной системы здравоохранения субъекта Российской Федерации.



Приложение 2

к Соглашению о предоставлении в _____ году субсидии из бюджета Ставропольского края бюджету субъекта Российской Федерации на возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и паллиативной медицинской помощи
от « ____ » _____ 20 ____ г. № _____

Форма

СВЕДЕНИЯ,

о пациенте*, которому фактически оказана медицинская помощь** в медицинской организации государственной системы здравоохранения

_____ (указывается наименование субъекта Российской Федерации)

Наименование медицинской организации: _____
(указывается наименование медицин-

ской организации субъекта Российской Федерации, в которой пациенту фактически оказана медицин-
ская помощь)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____.

Пол пациента _____.

Дата и место рождения пациента _____.

Паспорт (серия, номер, дата выдачи, выдавший орган) _____.

Вид оказанной медицинской помощи, форма и условия ее оказания _____.

Основной диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (далее – МКБ-10) _____.

Сопутствующий диагноз в соответствии с МКБ-10 (при наличии) _____.

Осложнение заболевания в соответствии с МКБ-10 (при наличии) _____.

Дата начала оказания медицинской помощи _____.

Дата окончания оказания медицинской помощи _____.

Объем оказанной медицинской помощи (количество посещений, случаев лечения, случаев госпитализации) _____.

Профиль оказанной медицинской помощи _____.

(наименование должности
руководителя медицинской органи-
зации субъекта Российской Феде-
рации, в котором пациенту факти-
чески оказана медицинская помощь)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

МП «___» _____ 20__ г.

*Под пациентом в настоящих Сведениях понимается гражданин, зарегистрированный по месту жительства на территории Ставропольского края, которому фактически оказана медицинская помощь в медицинских организациях государственной системы здравоохранения субъекта Российской Федерации.

** Под медицинской помощью в настоящих Сведениях понимается медицинская помощь, оказанная пациенту при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и паллиативная медицинская помощь.

