



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

13.11.2024

№ 89

О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения Томской области от 08.02.2021 №1

В целях совершенствования нормативного правового акта
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Департамента здравоохранения Томской области от 08.02.2021 № 1 «Об установлении Порядка определения объема и условий предоставления субсидии из областного бюджета областными государственными бюджетными и автономными учреждениями, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на компенсацию части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, не обеспеченных средствами территориального фонда обязательного медицинского страхования» (Официальный интернет - портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 09.02.2021, № 7001202102090005) следующие изменения:

1) преамбулу изложить в следующей редакции:

«В соответствии с абзацем вторым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации, постановлением Правительства Российской Федерации от 22 февраля 2020 года № 203 «Об общих требованиях к нормативным правовым актам и муниципальным правовым актам, устанавливающим порядок определения объема и условия предоставления бюджетным и автономным учреждениям субсидий на иные цели», постановлением Администрации Томской области от 24 ноября 2020 года № 558а «Об исполнительных органах Томской области, уполномоченных на принятие нормативных правовых актов об установлении порядка определения объема и условий предоставления субсидий из областного бюджета областными государственными бюджетными и автономными учреждениями на иные цели»;

2) в Порядке определения объема и условий предоставления субсидии из областного бюджета областными государственными бюджетными и автономными учреждениями, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на компенсацию части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, не обеспеченных средствами территориального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденном приказом (приложение № 1) (далее – Порядок № 1):

абзац второй пункта 2 изложить в следующей редакции:

«Субсидия предоставляется в рамках реализации мероприятия «Компенсация части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, не обеспеченных средствами территориального фонда ОМС» комплекса процессных мероприятий «Повышение эффективности функционирования системы

Государственная регистрация

Дата: 14.11.2024

Номер: 1422-60/2024

здравоохранения Томской области» государственной программы «Развитие здравоохранения в Томской области», утвержденной постановлением Администрации Томской области от 27.09.2019 № 353а «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения в Томской области».»;

пункт 4 изложить в следующей редакции:

«4. Для получения субсидии на цель, указанную в пункте 2 настоящего Порядка, получатель субсидии направляет в Департамент:

1) пояснительную записку, содержащую обоснование необходимости предоставления бюджетных средств на цель, указанную в пункте 2 настоящего Порядка, по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку,

2) расчет-обоснование суммы субсидии согласно приложению № 2 к настоящему Порядку;

3) план мероприятий по достижению результатов предоставления субсидии согласно приложению № 8 к настоящему Порядку;»;

пункт 12 изложить в следующей редакции:

«12. Условиями заключения дополнительного соглашения к соглашению являются:

1) изменение платежных реквизитов любой из сторон соглашения;

2) изменение кода бюджетной классификации, дополнительного кода расходов (Доп. КР), дополнительного функционального кода (Доп. ФК), кода субсидии, кода цели.

Дополнительное соглашение к соглашению заключается в течение десяти рабочих дней со дня получения мотивированного обращения от получателя субсидии или уведомления Департамента.

3) увеличение Департаменту, как получателю бюджетных средств, ранее доведенных лимитов бюджетных обязательств на предоставление субсидии;

4) уменьшение Департаменту ранее доведенных лимитов бюджетных обязательств на предоставление субсидии и достижение согласия по новым условиям соглашения;

5) внесение изменений в Порядок, влекущих за собой необходимость изменения условий предоставления субсидии, в том числе в части изменения результата, значения показателей, необходимых для достижения результата предоставления субсидии.

Дополнительное соглашение к соглашению заключается в течение десяти рабочих дней со дня получения мотивированного обращения от получателя субсидии или со дня принятия Решения Департаментом о предоставлении субсидии.

6) внесение изменений в части изменения результата, значения показателей, необходимых для достижения результата предоставления субсидии, а также изменение плановой даты достижения результата, предоставления субсидии.

Дополнительное соглашение к соглашению заключается в течение десяти рабочих дней со дня получения мотивированного обращения от получателя субсидии.»;

пункт 13 изложить в следующей редакции:

«13. В целях соблюдения требований к отчетности получатель субсидии предоставляет в Департамент отчетность об осуществлении расходов, источником финансового обеспечения которых является субсидия, о достижении результатов предоставления субсидии и о реализации плана мероприятий по достижению результатов предоставления субсидии по формам согласно приложениям №№ 4, 5, 9 к

настоящему Порядку.»;

дополнить Порядок № 1 приложением № 8 согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

дополнить Порядок № 1 приложением № 9 согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

3) в Порядке определения объема и условий предоставления субсидии из областного бюджета областными государственными бюджетными и автономными учреждениями, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на компенсацию части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, не обеспеченных средствами территориального фонда обязательного медицинского страхования в части обязательных платежей по страховым взносам, налогам и сборам, утвержденном приказом (приложение № 2) (далее – Порядок № 2):

пункт 3 изложить в следующей редакции:

«3. Субсидия предоставляется в рамках реализации мероприятия «Компенсация части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, не обеспеченных средствами территориального фонда ОМС в части обязательных платежей по страховым взносам, налогам и сборам» комплекса процессных мероприятий «Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения Томской области» государственной программы «Развитие здравоохранения в Томской области», утвержденной постановлением Администрации Томской области от 27.09.2019 № 353а «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения в Томской области».»;

пункт 5 дополнить подпунктом 6 следующего содержания:

«6) план мероприятий по достижению результатов предоставления субсидии согласно приложению № 5 к настоящему Порядку.»;

пункт 12 изложить в следующей редакции:

«12. Результатом предоставления субсидии является отсутствие задолженности по требованиям Управления Федеральной налоговой службы по Томской области, и (или) судебным актам, вступившим в законную силу, и (или) исполнительным документам, и (или) справке о наличии положительного, отрицательного или нулевого сальдо единого налогового счета налогоплательщика, предоставленным получателем субсидии в соответствии с пунктом 5 настоящего Порядка.

Показателем, необходимым для достижения результата предоставления субсидии, является размер задолженности по требованиям Управления Федеральной налоговой службы по Томской области, и (или) судебным актам, вступившим в законную силу, и (или) исполнительным документам, и (или) справке о наличии положительного, отрицательного или нулевого сальдо единого налогового счета налогоплательщика.

Значение показателя результативности предоставления субсидии устанавливаются в решении Департамента о предоставлении субсидии.»;

пункт 13 изложить в следующей редакции:

«13. Условиями заключения дополнительного соглашения к соглашению являются:

1) изменение платежных реквизитов любой из сторон соглашения;

2) изменение кода бюджетной классификации, дополнительного кода расходов (Доп. КР), дополнительного функционального кода (Доп. ФК), кода субсидии, кода цели.

Дополнительное соглашение к соглашению заключается в течение десяти рабочих дней со дня получения мотивированного обращения от получателя субсидии или уведомления Департамента.

3) увеличение Департаменту, как получателю бюджетных средств, ранее доведенных лимитов бюджетных обязательств на предоставление субсидии;

4) уменьшение Департаменту ранее доведенных лимитов бюджетных обязательств на предоставление субсидии и достижение согласия по новым условиям соглашения;

5) внесение изменений в Порядок, влекущих за собой необходимость изменения условий предоставления субсидии, в том числе в части изменения результата, значения показателей, необходимых для достижения результата предоставления субсидии.

Дополнительное соглашение к соглашению заключается в течение десяти рабочих дней со дня получения мотивированного обращения от получателя субсидии или со дня принятия решения Департаментом о предоставлении субсидии.

6) внесение изменений в части изменения результата, значения показателей, необходимых для достижения результата предоставления субсидии, а также изменение плановой даты достижения результата, предоставления субсидии.

Дополнительное соглашение к соглашению заключается в течение десяти рабочих дней со дня получения мотивированного обращения от получателя субсидии.»;

пункт 15 дополнить подпунктом 3 следующего содержания:

«3) отчет о реализации плана мероприятий по достижению результатов предоставления субсидии по форме согласно приложению № 6 к настоящему Порядку в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.»;

дополнить Порядок № 2 приложением № 5 согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

дополнить Порядок № 2 приложением № 6 согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Начальник департамента



Р.О. Фидаров

Приложение № 1
к приказу Департамента здравоохранения
Томской области
от 13.11.2024 № 89

«Приложение № 8
к Порядку определения объема и условий предоставления субсидии из областного бюджета областными государственными бюджетными и автономными учреждениями, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на компенсацию части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, не обеспеченных средствами территориального фонда обязательного медицинского страхования

Форма

Начальнику Департамента
здравоохранения Томской области

План мероприятий

по достижению результатов предоставления субсидии на компенсацию части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, не обеспеченных средствами территориального фонда обязательного медицинского страхования
на 20__ г.

_____ (наименование получателя субсидии)

Наименование результата	Наименование показателя	Плановое значение	Плановая дата достижения результата
1	2	3	4
Отсутствие просроченной кредиторской задолженности у получателя субсидии по затратам на оказание медицинской помощи, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования	Размер просроченной кредиторской задолженности у получателя субсидии по затратам на оказание медицинской помощи, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, руб.		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 № 2
к приказу Департамента здравоохранения
Томской области
от 13.11.2024 № 89

«Приложение № 9

к Порядку определения объема и условий предоставления субсидии из областного бюджета областными государственными бюджетными и автономными учреждениями, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на компенсацию части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, не обеспеченных средствами территориального фонда обязательного медицинского страхования

Форма

Отчет о реализации плана мероприятий по достижению результатов предоставления субсидии на компенсацию части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, не обеспеченных средствами территориального фонда обязательного медицинского страхования

_____ 20__ г.

(наименование получателя субсидии)
по соглашению от _____ № _____

Наименование результата	Наименование показателя	Плановое значение	Фактическое достигнутое значение на конец отчетного периода	Дата достижения		Причина отклонений
				плановая (дд.мм.гг гг)	фактическая (дд.мм.гг гг)	
1	2	3	4	5	6	7
Отсутствие просроченной кредиторской задолженности у получателя субсидии по затратам на оказание медицинской помощи, включенным в базовую	Размер просроченной кредиторской задолженности у получателя субсидии по затратам на оказание медицинской помощи, включенным в базовую программу					

программу обязательного медицинского страхования	обязательного медицинского страхования, руб.						
---	--	--	--	--	--	--	--

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 13.11.2024 № 89

«Приложение № 5
к Порядку определения объема и условий предоставления субсидии из областного бюджета областными государственными бюджетными и автономными учреждениями, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на компенсацию части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, не обеспеченных средствами территориального фонда обязательного медицинского страхования в части обязательных платежей по страховым взносам, налогам и сборам

Форма

Начальнику Департамента
здравоохранения Томской области

План мероприятий

по достижению результатов предоставления субсидии на компенсацию части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, не обеспеченных средствами территориального фонда обязательного медицинского страхования в части обязательных платежей по страховым взносам, налогам и сборам
на 20__ г.

(наименование получателя субсидии)

Наименование результата	Наименование показателя	Плановое значение	Плановая дата достижения результата
1	2	3	4
Отсутствие задолженности по требованиям Управления Федеральной налоговой службы по Томской области, и (или) судебным актам, вступившим в законную силу, и (или) исполнительным документам, и (или) справке о наличии положительного,	Размер задолженности по требованиям Управления Федеральной налоговой службы по Томской области, и (или) судебным актам, вступившим в законную силу, и (или) исполнительным документам, и (или) справке о наличии		I квартал
			II квартал
			III квартал

отрицательного или нулевого сальдо единого налогового счета налогоплательщика	положительного, отрицательного или нулевого сальдо единого налогового счета налогоплательщика		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 № 4
к приказу Департамента здравоохранения
Томской области
от 13.11.2024 № 89

«Приложение № 6

к Порядку определения объема и условий предоставления субсидии из областного бюджета областными государственными бюджетными и автономными учреждениями, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на компенсацию части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, не обеспеченных средствами территориального фонда обязательного медицинского страхования в части обязательных платежей по страховым взносам, налогам и сборам

Форма

Отчет о реализации плана мероприятий по достижению результатов предоставления субсидии на компенсацию части затрат на оказание медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, не обеспеченных средствами территориального фонда обязательного медицинского страхования в части обязательных платежей по страховым взносам, налогам и сборам
_____ 20__ г.

(наименование получателя субсидии)
по соглашению от _____ № _____

Наименование результата	Наименование показателя	Плановое значение	Фактическое и достигнутое значение на конец отчетного периода	Дата достижения		Причина отклонений
				плановая (дд.мм.гг гг)	фактическая (дд.мм.гг гг)	
1	2	3	4	5	6	7
Отсутствие задолженности по требованиям Управления Федеральной налоговой службы по Томской области, и (или) судебным актам, вступившим в	Размер задолженности по требованиям Управления Федеральной налоговой службы по Томской области, и (или) судебным актам, вступившим в законную силу, и					

законную силу, и (или) исполнительным документам, и (или) справке о наличии положительного, отрицательного или нулевого сальдо единого налогового счета налогоплательщика	(или) исполнительным документам, и (или) справке о наличии положительного, отрицательного или нулевого сальдо единого налогового счета налогоплательщика					
---	--	--	--	--	--	--

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)».