Приложение N 4

к порядку и условиям осуществления

денежных выплат стимулирующего

характера медицинским работникам

за выявление онкологических

заболеваний в ходе проведения

диспансеризации и профилактических

медицинских осмотров населения,

утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 7 июля 2020 г. N 682н

Форма

Соглашение N \_\_\_\_\_

территориального фонда обязательного медицинского

страхования и медицинской организации о софинансировании

расходов на осуществление денежных выплат стимулирующего

характера медицинским работникам за выявление

онкологических заболеваний в ходе проведения

диспансеризации и профилактических осмотров населения

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата заключения (место заключения соглашения)

 соглашения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование территориального фонда обязательного

 медицинского страхования)

именуемый в дальнейшем "территориальный фонд", в лице

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего

 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

 уполномоченного лица)

на основании положения о территориальном фонде,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (реквизиты документа(ов), подтверждающего(их) права лица

 заключать настоящее Соглашение)

с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (полное наименование медицинской организации

 в соответствии с учредительными документами)

именуемая в дальнейшем "медицинская организация", в лице

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность уполномоченного лица)

 действующего на основании

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (реквизиты документа(ов), подтверждающего(их) права лица

 заключать настоящее Соглашение)

с другой стороны, именуемые в дальнейшем "Стороны", в соответствии с [пунктом 12](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=342214&date=11.11.2021&dst=100033&field=134) Правил предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работником за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2019 г. N 1940 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 1, ст. 109) (далее - Правила), заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

I. Предмет соглашения

1. Предметом настоящего соглашения является предоставление территориальным фондом медицинской организации средств для софинансирования расходов на осуществление денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических осмотров населения (далее соответственно - денежные выплаты, онкологические заболевания).

II. Финансовое обеспечение соглашения

2. Средства для денежных выплат предоставляются из бюджета территориального фонда медицинской организации в пределах средств, предусмотренных на данные цели в бюджете территориального фонда на \_\_\_\_ год.

III. Порядок, условия и сроки предоставления

из бюджета территориального фонда медицинской организации

средств для денежных выплат

3. Средства для денежных выплат предоставляются при соблюдении медицинской организацией следующих условий:

а) наличие заявки медицинской организации на получение средств из бюджета территориального фонда на осуществление денежных выплат;

б) соблюдение установленных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период сроков ожидания медицинской помощи в случае подозрения на онкологическое заболевание в соответствии с [пунктом 9](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=342214&date=11.11.2021&dst=100025&field=134) Правил.

4. Территориальный фонд перечисляет медицинским организациям средства для осуществления денежных выплат в размере, установленном [пунктом 8](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=342214&date=11.11.2021&dst=100018&field=134) Правил, на счета, на которых в соответствии с законодательством Российской Федерации учитываются операции со средствами обязательного медицинского страхования, в течение 15 рабочих дней со дня поступления в территориальный фонд от страховой медицинской организации сведений по каждому случаю впервые выявленного онкологического заболевания, указанному в заявке на получение средств из бюджета территориального фонда на осуществление денежных выплат (далее - заявка).

5. Медицинская организация ведет раздельный аналитический учет предоставленных из бюджета территориального фонда средств для осуществления денежных выплат по доходам и расходам, связанным с исполнением настоящего соглашения.

IV. Взаимодействие Сторон

6. Территориальный фонд:

а) осуществляет в соответствии с заявкой перечисление на лицевой счет медицинской организации средства для осуществления денежных выплат;

б) осуществляет контроль за использованием средств, полученных медицинской организацией в соответствии с настоящим соглашением.

7. Медицинская организация:

а) использует средства, полученные в соответствии с настоящим соглашением, для осуществления денежных выплат с учетом действующей в медицинской организации системы оплаты труда с соблюдением условий, установленных настоящим соглашением;

б) представляет в территориальный фонд отчет об использовании средств для осуществления денежных выплат;

в) создает условия для осуществления территориальным фондом контроля, предусмотренного [подпунктом "б" пункта 6](#Par369) настоящего соглашения.

V. Ответственность Сторон

8. В случае использования медицинской организацией средств, полученных в соответствии с настоящим соглашением, не по целевому назначению, территориальный фонд направляет требование о возврате медицинской организацией указанных средств.

9. Медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда средства, полученные в соответствии с настоящим соглашением, использованные не по целевому назначению.

10. В случае невыполнения или ненадлежащего выполнения своих иных обязательств по настоящему соглашению Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

VI. Срок действия соглашения

11. Срок действия настоящего соглашения с "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

VII. Порядок внесения изменений в соглашение

12. Стороны имеют право вносить изменения в настоящее соглашение или прекращать его действие в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

VIII. Заключительные положения

13. Споры, возникающие между Сторонами, рассматриваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

14. Настоящее соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр настоящего соглашения находится у территориального фонда, другой - у медицинской организации.

IX. Местонахождение и реквизиты Сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Территориальный фонд: | Медицинская организация: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование медицинской организации) |
| Местонахождение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Местонахождение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Реквизиты территориального фонда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Реквизиты медицинской организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

X. Подписи Сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Территориальный фонд:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | Медицинская организация:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при наличии),должность уполномоченного лица)М.П. (при наличии) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при наличии),должность уполномоченного лица)М.П. (при наличии) |