



## ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

### ПРИКАЗ

22.07.2025

№ 46

О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения Томской области от 09.02.2023 № 4

В целях совершенствования нормативного правового акта  
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Департамента здравоохранения Томской области от 09.02.2023 № 4 «Об утверждении Порядка определения объема и условий предоставления субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям здравоохранения, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение расходов, возникающих при реализации мероприятий по проведению массового обследования новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания в рамках расширенного неонатального скрининга» (Официальный интернет-портал правовой информации, <http://pravo.gov.ru>, 13.02.2023, № 7001202302130002) следующие изменения:

в Порядке определения объема и условий предоставления субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям здравоохранения, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение расходов, возникающих при реализации мероприятий по проведению массового обследования новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания в рамках расширенного неонатального скрининга, утвержденном указанным приказом:

1) из пункта 14 исключить слова «в срок до 31 декабря текущего финансового года.»;

2) подпункт 1 пункта 15 изложить в следующей редакции:

«1) количество новорожденных, которым проведено обследование на врожденные и (или) наследственные заболевания в рамках расширенного неонатального скрининга;»;

3) пункт 16 изложить в новой редакции:

«16. Департамент осуществляет перечисление субсидии на цель, указанную в пункте 2 настоящего Порядка, получателю субсидии на лицевой счет, открытый в Департаменте финансов Томской области, для отражения операций со средствами, предоставленными из областного бюджета в виде субсидии на иные цели:

- в части реализации мероприятий по проведению массового обследования новорожденных в соответствии с графиком перечисления субсидии по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку.

- в части реализации мероприятий по организации транспортировки биологических образцов крови (мочи) новорожденных для проведения подтверждающей диагностики и реализации мероприятий по приобретению карт для забора и транспортировки биологического материала в соответствии с заявкой получателя субсидии по форме согласно приложению № 7 к настоящему Порядку в течение трех рабочих дней со дня принятия Департаментом заявки получателя субсидии с приложением:

1) документов, подтверждающих возникновение фактической потребности в средствах субсидии в связи с наступлением установленных сроков выплат, обязательных платежей, оплаты по заключенным контрактам (договорам):

- а) договор (контракт);
- б) счет (счет-фактура) на оплату;
- в) акт приема-передачи;
- г) акт оказанных услуг (выполненных работ);
- д) универсальный передаточный акт (при наличии).

2) копии заключенных в рамках достижения цели предоставления субсидии контрактов (договоров), срок оплаты по которым не наступил до 25 декабря текущего финансового года, с мотивированным обращением о перечислении средств субсидии, указанным в подпункте 1 пункта 18 Порядка;

3) документов, подтверждающих размещение в единой информационной системе извещений о проведении конкурентных процедур с мотивированным обращением о перечислении средств субсидии, указанным в подпункте 2 пункта 18 Порядка.»;

4) дополнить пунктом 30 следующего содержания:

«30. Мониторинг достижения результата предоставления субсидии исходя из достижения значений результатов предоставления субсидии, определенных соглашением, и событий, отражающих факт завершения мероприятия по получению результата предоставления субсидии (контрольная точка), проводится Департаментом здравоохранения Томской области в порядке и по формам, установленным приказом Министерства финансов Российской Федерации от 27.04.2024 № 53н «Об утверждении Порядка проведения мониторинга достижения результатов предоставления субсидий, в том числе грантов в форме субсидий, юридическим лицам, в том числе бюджетным и автономным учреждениям, индивидуальным предпринимателям, физическим лицам - производителям товаров, работ, услуг.»;

5) приложения № 3, № 5, № 6 к Порядку определения объема и условий предоставления субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям здравоохранения, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение расходов, возникающих при реализации мероприятий по проведению массового обследования новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания в рамках расширенного неонатального скрининга, изложить в новой редакции согласно приложениями № 1, № 2, № 3 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 22.07.2025 № 46

«Приложение № 3  
к Порядку определения объема и условия  
предоставления субсидии областным государственным  
бюджетным и автономным учреждениям  
здравоохранения, подведомственным Департаменту  
здравоохранения Томской области, на финансовое  
обеспечение расходов, возникающих при реализации  
мероприятий по проведению массового обследования  
новорожденных на врожденные и (или) наследственные  
заболевания в рамках расширенного неонатального  
скрининга

Форма

Начальнику Департамента  
здравоохранения Томской области

План мероприятий  
по достижению результатов предоставления субсидии на 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(наименование получателя субсидии)

Наименование результата предоставления Субсидии, контрольной точки (мероприятия)	Наименование показателя	Плановое значение	Плановая дата достижения результата (ДД.ММ.ГГГГ)
1	2	3	4
Результат предоставления Субсидии:			
Контрольная точка (мероприятие) 1.1			
Контрольная точка (мероприятие) 1.2			
...			
Результат предоставления Субсидии:			
Контрольная точка (мероприятие) 2.1			
Контрольная точка (мероприятие) 2.2			

Руководитель организации

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество

(подпись)

(последнее при наличии)

Руководитель  
финансово-экономической службы

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество

(подпись)

(последнее при наличии)

Главный бухгалтер

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество

(подпись)

(последнее при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона)»

Приложение № 2  
к приказу Департамента здравоохранения  
Томской области  
от 22.07.2025 № 46

«Приложение № 5  
к Порядку определения объема и условия предоставления субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям здравоохранения, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение расходов, возникающих при реализации мероприятий по проведению массового обследования новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания в рамках расширенного неонатального скрининга

Форма

Отчет о достижении результата предоставления субсидии на \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(наименование получателя субсидии)  
по соглашению от \_\_\_\_\_ 202\_\_ года № \_\_\_\_\_

Наименование субсидии	Результат предоставления субсидии (показатель достижения результата предоставления субсидии), единица измерения		
	Проведение массового обследования новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания в рамках расширенного неонатального скрининга в рамках мероприятия Проведение массового обследования новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания (расширенный неонатальный скрининг) государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	Плановое значение	Фактическое значение
Субсидия на финансовое обеспечение расходов, возникающих при реализации мероприятий по проведению массового обследования новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания в рамках расширенного неонатального скрининга			

Руководитель организации \_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество  
(подпись) (последнее при наличии)

Руководитель финансово-экономической службы \_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество  
(подпись) (последнее при наличии)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество  
(подпись) (последнее при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона)

Приложение № 3  
к приказу Департамента здравоохранения  
Томской области  
от 22.07.2025 № 46

«Приложение № 6  
к Порядку определения объема и условия  
предоставления субсидии областными государственными  
бюджетными и автономными учреждениями  
здравоохранения, подведомственным Департаменту  
здравоохранения Томской области, на финансовое  
обеспечение расходов, возникающих при реализации  
мероприятий по проведению массового обследования  
новорожденных на врожденные и (или) наследственные  
заболевания в рамках расширенного неонатального  
скрининга

Форма

Отчет о реализации плана мероприятий по достижению результатов  
предоставления субсидии на \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(наименование получателя субсидии)  
по соглашению от \_\_\_\_\_ 202\_\_ года № \_\_\_\_\_

Наименование результата	Наименование показателя	Планово е значение	Фактически достигнутое значение на конец отчетного периода	Дата достижения		Причина отклоне- ний
				плановая (дд.мм.гггг)	фактическая (дд.мм.гггг)	
1	2	3	4	5	6	7
Проведение массового обследования новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания в рамках расширенного неонатального скрининга в рамках мероприятия «Проведение массового обследования новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания (расширенный неонатальный скрининг) государственной программы Российской Федерации «Развитие						

здравоохранения»						
------------------	--	--	--	--	--	--

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)