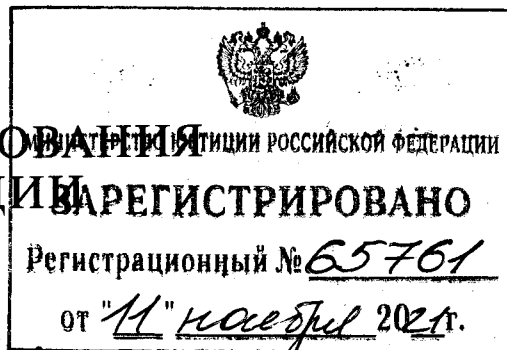




ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



П Р И К А З

30 июня 2021 г.

МОСКВА № 298

**Об утверждении Порядка осуществления контроля территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими и иными организациями (их структурными подразделениями) для получения специальной социальной выплаты медицинским и иным работникам**

В соответствии с пунктом 11 Правил осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации в 2020 - 2021 годах специальной социальной выплаты медицинским и иным работникам медицинских и иных организаций (их структурных подразделений), оказывающим медицинскую помощь (участвующим в оказании, обеспечивающим оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), медицинским работникам, контактирующим с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30 октября 2020 г. № 1762 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, № 45, ст. 7115), **п р и к а з ы в а ю:**

утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации прилагаемый Порядок осуществления контроля территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации за полнотой и достоверностью сведений, предоставляемых медицинскими и иными организациями (их структурными подразделениями) для получения специальной социальной выплаты медицинским и иным работникам.

Временно исполняющий обязанности  
председателя Фонда

А.П. Поликашин

**УТВЕРЖДЕН**  
приказом Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от «30» июня 2021 г. № 272

**Порядок**  
**осуществления территориальными органами Фонда социального**  
**страхования Российской Федерации контроля за полнотой**  
**и достоверностью сведений, представляемых медицинскими и иными**  
**организациями (их структурными подразделениями) для получения**  
**специальной социальной выплаты медицинским и иным работникам**

1. Контроль за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими и иными организациями (их структурными подразделениями) для получения специальной социальной выплаты (далее – выплата) медицинским и иным работникам осуществляется путем проведения камеральной проверки (далее – проверка).

2. Проверка проводится в виде последующего контроля уполномоченными должностными лицами территориальных органов Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – должностные лица, территориальный орган Фонда, Фонд) по месту нахождения территориального органа Фонда (филиала) на основании документов и сведений, представленных организацией, а также других документов (сведений) о деятельности организации, имеющих у территориального органа Фонда.

3. Для проведения проверки решения руководителя территориального органа Фонда не требуется.

4. Проверка проводится в течение трех месяцев с даты выявления одного или нескольких оснований, указанных в пункте 5 настоящего Порядка.

5. Проверка организаций, работникам которых произведена выплата в соответствии с представленными реестрами работников, имеющих право на ее получение (далее – реестр), осуществляется выборочно. Основаниями для проведения проверки являются:

- нарушение сроков предоставления реестра;
- неоднократное (более двух раз) предоставление уточняющего (корректирующего) реестра в течение отчетного месяца;
- несоответствие применяемых районных коэффициентов, коэффициентов за работу в пустынных и безводных местностях, коэффициентов за работу в высокогорных районах, территории осуществления трудовой деятельности работником;
- поступление реестра с количеством смен, превышающих 44 смены на одного работника в течение одного месяца;
- несоответствие должности работника и категории;

поступившие обращения физических лиц (работников медицинских организаций), указывающие на недостоверность представленных сведений; поручения руководства Фонда, обращения органов, уполномоченных на осуществление государственного (муниципального надзора (контроля), правоохранительной деятельности и так далее.

6. В ходе проведения проверки должностное лицо может запрашивать у организации:

документы, подтверждающие факт трудоустройства в организацию (трудовая книжка и/или сведения о трудовой деятельности, трудовой договор, приказ о приеме на работу, иные документы) работника, включенного в реестр;

документы, подтверждающие факт контакта работника с пациентами, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и с лицами из группы риска заражения новой коронавирусной инфекцией (приказ о работе в соответствующем подразделении, приказ об утверждении наименований подразделений и должностей работников, работа в которых дает право на установление выплаты, локальные нормативные акты, устанавливающие требования к работе в соответствующем подразделении);

документы, подтверждающие количество отработанного времени, влияющего на размер выплаты и дающие право на ее получение (табель учета рабочего времени с условными обозначениями дней (смен), когда работник привлекался к оказанию медицинской помощи (участию в оказании, обеспечению оказания медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции, контактировал с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции);

иные документы, которые могут служить основанием для осуществления выплаты.

7. Должностное лицо может проверять информацию о наличии пациента в информационном ресурсе Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также запрашивать направление такого пациента на консультацию (обследование) к врачу-специалисту, заключение врача-специалиста после проведения консультации (обследования), записи в медицинской карте пациента, журнал приема врачом-специалистом, иные документы, которые могут служить основанием для осуществления выплаты.

8. Организация представляет запрашиваемые документы в течение трех рабочих дней с момента получения (доставки) соответствующего запроса от территориального органа Фонда.

9. В случае выявления должностным лицом в ходе проверки несоответствий представленных в реестре сведений и представленных к проверке документах, должностное лицо направляет в течение пяти рабочих дней с момента их выявления в организацию Требование о предоставлении

пояснений, рекомендуемый образец которого приведен в приложении № 1 к настоящему Порядку.

10. В случае невыявления фактов несоответствия, представленных в реестре сведений и представленных к проверке документах, должностное лицо в течение десяти рабочих дней с момента завершения проверки составляет Информационную справку по результатам проведенной проверки (далее – Информационная справка), рекомендуемый образец которой приведен в приложении № 2 к настоящему Порядку, и направляет ее в организацию.

11. Информационная справка в течение пяти рабочих дней с даты ее подписания вручается организации, в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченному представителю), лично под расписку, направляется по почте заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи.

12. В случае если после рассмотрения представленных организацией пояснений и документов будут установлены факты представления недостоверных сведений либо сокрытие сведений, влияющих на право получения работником выплаты, а также факты о понесенных Фондом излишних расходах, должностное лицо составляет Акт проверки медицинских и иных организаций (их структурных подразделений) о выявленных несоответствиях (далее – Акт проверки), рекомендуемый образец которого приведен в приложении № 3 к настоящему Порядку.

13. Акт проверки подписывается должностным лицом территориального органа Фонда, проводившим проверку.

14. Акт проверки в течение пяти рабочих дней с даты его подписания должен быть вручен организации в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи.

15. В случае несогласия с фактами, изложенными в Акте проверки, а также с выводами и предложениями, отраженными в нем, организация, в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченный представитель), в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения (доставки) Акта проверки вправе представить в территориальный орган Фонда письменные возражения по Акту проверки в целом или по его отдельным положениям.

16. Организация (ее уполномоченный представитель) вправе представить к письменным возражениям документы (их копии, заверенные в установленном порядке), подтверждающие обоснованность своих возражений.

17. В случае неисполнения установленных в Акте проверки сроков для возмещения излишне понесенных Фондом расходов, взыскание таких расходов осуществляется в судебном порядке.

18. В случае если документы, представленные организацией (ее уполномоченным представителем) к письменным возражениям, подтверждают обоснованность таких возражений, а результаты проверки этих доводов признаются обоснованными, руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда выносит Решение об отмене Акта проверки медицинских и иных организаций (их структурных подразделений) (далее – Решение об отмене Акта проверки), рекомендуемый образец которого приведен в приложении № 4 к настоящему Порядку.

19. Решение об отмене Акта проверки в течение пяти рабочих дней после дня его вынесения вручается организации, в отношении которой оно вынесено (ее уполномоченному представителю), лично под расписку, направляется по почте заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи.

Приложение № 1  
к Порядку  
осуществления контроля за полнотой  
и достоверностью сведений,  
предоставляемых медицинскими  
и иными организациями  
территориальным органам Фонда  
социального страхования Российской  
Федерации для осуществления  
специальной социальной выплаты  
медицинским и иным работникам

рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

Требование о представлении пояснений

---

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

сообщает, что проведена камеральная проверка (далее – проверка) полноты и достоверности сведений, представленных для осуществления специальной социальной выплаты медицинским и иными работникам в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30 октября 2020 г. № 1762 «О государственной социальной поддержке в 2020 - 2021 годах медицинских и иных работников медицинских и иных организаций (их структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь (участвующих в оказании, обеспечивающих оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), медицинских работников, контактирующих с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19), внесении изменений во временные правила учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и признании утратившими силу отдельных актов Правительства Российской Федерации» (далее – Постановление № 1762).

В ходе проведения проверки выявлены несоответствия в представленных реестрах сведений и представленных к проверке документах, в части установления права работника на получение специальной социальной выплаты (установленного размера специальной социальной выплаты) (отметить нужное):

в результате проведения идентификации застрахованного с данными в системе обязательного пенсионного страхования данные не подтверждены;

организация, предоставившая реестр работников, имеющих право на получение специальной социальной выплаты, не включена в перечень медицинских и иных организаций (их структурных подразделений), предоставляемый Министерством здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с пунктом 4 Постановления № 1762;

реестр работников, имеющих право на получение специальной социальной выплаты, предоставлен с нарушением сроков;

количество нормативных смен у работников превышает 44 за месяц;

сведения, имеющиеся в Фонде социального страхования Российской Федерации, о периодах временной нетрудоспособности работников и нормативных сменах, подлежащих оплате, указывают на их пересечение;

несоответствие применяемых районных коэффициентов, коэффициентов за работу в пустынных и безводных местностях, коэффициентов за работу в высокогорных районах, территории осуществления трудовой деятельности работником;

несоответствие должности работника и категории;

количество работников в представленных реестрах превышает среднесписочную численность организации по Форме 4-ФСС «Расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения», утвержденной приказом Фонда социального страхования Российской Федерации от 26 сентября 2016 г. № 381 «Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения и Порядка ее заполнения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2016 г., регистрационный № 44045), с изменениями, внесенными приказом Фонда социального страхования Российской Федерации от 7 июня 2017 г. № 275 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 июня 2017 г., регистрационный № 47184);

иные расхождения

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской и иной организации (их структурных подразделений)  
необходимо представить в срок до \_\_\_\_\_

(срок представления пояснений (документов))

пояснения (документы) по фактам несоответствий представленных в реестре сведений для выплаты специальной социальной выплаты медицинским и иными работникам и представленных к проверке документах за период

\_\_\_\_\_  
(указывается период)

Подпись должностного лица  
территориального органа Фонда  
социального страхования  
Российской Федерации,  
проводившего проверку

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))



Приложение № 2  
к Порядку  
осуществления контроля за полнотой  
и достоверностью сведений,  
предоставляемых медицинскими  
и иными организациями  
территориальным органам Фонда  
социального страхования Российской  
Федерации для осуществления  
специальной социальной выплаты  
медицинским и иным работникам

рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

Информационная справка по результатам проведенной проверки

---

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

проведена камеральная проверка (далее – проверка) полноты и достоверности сведений, представленных для осуществления специальной социальной выплаты медицинским и иными работникам в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30 октября 2020 г. № 1762 «О государственной социальной поддержке в 2020 - 2021 годах медицинских и иных работников медицинских и иных организаций (их структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь (участвующих в оказании, обеспечивающих оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), медицинских работников, контактирующих с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19), внесении изменений во временные правила учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и признании утратившими силу отдельных актов Правительства Российской Федерации»,

---

(полное наименование медицинской и иной организации (их структурных подразделений)

за период \_\_\_\_\_  
(указывается период)

Основанием для проведения проверки является:

---

(указать основание (основания) для проведения проверки)

---

В ходе проверки установлено:

---

(краткое изложение результатов проверки со ссылкой на прилагаемые документы)

---

Подпись должностного лица  
территориального органа Фонда  
социального страхования  
Российской Федерации,  
проводившего проверку

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Приложение № 3  
к Порядку  
осуществления контроля за полнотой  
и достоверностью сведений,  
предоставляемых медицинскими  
и иными организациями  
территориальным органам Фонда  
социального страхования Российской  
Федерации для осуществления  
специальной социальной выплаты  
медицинским и иным работникам

рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

Акт проверки медицинских и иных организаций  
(их структурных подразделений) о выявленных несоответствиях

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

Мною, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность лица, проводившего проверку)

\_\_\_\_\_ (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)  
проведена камеральная проверка (далее – проверка) полноты и достоверности сведений для осуществления территориальным органом Фонда специальной социальной выплаты медицинским и иным работникам в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30 октября 2020 г. № 1762 «О государственной социальной поддержке в 2020 - 2021 годах медицинских и иных работников медицинских и иных организаций (их структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь (участвующих в оказании, обеспечивающих оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), медицинских работников, контактирующих с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19), внесении изменений во временные правила учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и признании утратившими силу отдельных актов Правительства Российской Федерации», предоставленных

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской и иной организации (их структурных подразделений))

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Код подчиненности \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

ОГРН \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения медицинской и иной организации (их структурных подразделений)

\_\_\_\_\_ (адрес)

на основании сведений, влияющих на право получения работником специальной социальной выплаты, а также установленных фактов о понесенных Фондом социального страхования Российской Федерации излишних расходов, предоставленных \_\_\_\_\_

(дата)

В \_\_\_\_\_

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

за \_\_\_\_\_

(период)

1. Проверка начата \_\_\_\_\_, окончена \_\_\_\_\_

(дата)

(дата)

2. Проверка проведена на основании сведений, влияющих на право получения работником специальной социальной выплаты, за \_\_\_\_\_ месяца 20\_\_ г., и следующих документов:

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

3. Настоящей проверкой выявлено:

(указываются выявленные нарушения)

4. По результатам настоящей проверки предлагается:

4.1. Возместить \_\_\_\_\_  
 (наименование медицинской и иной организации (их структурных подразделений))  
 расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации на социальную специальную выплату за \_\_\_\_\_  
 в размере \_\_\_\_\_ руб. в срок до \_\_\_\_\_  
 (сумма) (срок представления пояснений (документов))

4.2. Осуществить, на основании уточняющих сведений, корректировку ранее представленного реестра на право получения работником специальной социальной выплаты за \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ руб.  
 (период) (сумма)

и направить его в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации для осуществления перерасчета специальной социальной выплаты.

Приложение: на \_\_\_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем Акте проверки, а также с выводами и предложениями должностного лица, проводившего проверку, медицинская и иная организация (ее структурные

подразделения) вправе представить в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения настоящего акта в \_\_\_\_\_

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) письменные возражения по указанному Акту проверки в целом или по его отдельным положениям. При этом медицинская и иная организация (их структурные подразделения) также может представить к письменным возражениям документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица  
территориального органа Фонда  
социального страхования  
Российской Федерации,  
проводившего проверку

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Экземпляр настоящего Акта проверки с \_\_\_\_\_ приложениями  
(количество приложений)

на \_\_\_\_\_ листах получил \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/уполномоченного представителя  
медицинской и иной организации (их структурных подразделений)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/уполномоченного представителя  
медицинской и иной организации (их структурных подразделений)

от получения настоящего акта уклоняется.

\_\_\_\_\_ (подпись лица, проводившего проверку)

\_\_\_\_\_ (дата)

Приложение № 4  
к Порядку  
осуществления контроля за полнотой  
и достоверностью сведений,  
предоставляемых медицинскими и  
иными организациями  
территориальным органам Фонда  
социального страхования Российской  
Федерации для осуществления  
специальной социальной выплаты  
медицинским и иным работникам

рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

Решение

об отмене Акта проверки медицинских и иных организаций  
(их структурных подразделений) в случае установления фактов,  
подтверждающих обоснованность возражений, представленных медицинской  
и иной организацией (их структурными подразделениями), а также  
подтверждающих обстоятельства в свою защиту, если результаты проверки  
этих доводов и обстоятельств признаются обоснованными

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

рассмотрев Акт проверки от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)

о выявленных несоответствиях в представленных реестрах сведений  
для осуществления специальной социальной выплаты медицинским и иным  
работникам и представленных к камеральной проверке (далее – проверка)  
документах

\_\_\_\_\_  
(полное и сокращенное наименование медицинской и иной организации (их структурных подразделений),

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Код подчиненности \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения медицинской и иной организации (их структурных подразделений)

\_\_\_\_\_,  
(адрес)

другие материалы проверки и иные документы, имеющиеся у территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

\_\_\_\_\_,  
(указываются конкретные документы и иные материалы)

а также

\_\_\_\_\_,  
(указываются письменные возражения медицинской и иной организации (их структурных подразделений), в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченного представителя)

при участии медицинской и иной организации (их структурных подразделений), в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность (при необходимости)  
при неявке медицинской и иной организации (их структурных подразделений), в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченного представителя) на рассмотрение материалов проверки, принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие медицинской и иной организации (их структурных подразделений), в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченного представителя)

УСТАНОВИЛ:

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

(документально подтвержденные факты, документы и иные сведения, подтверждающие указанные обстоятельства, доводы, приводимые организацией, в отношении которой проводилась проверка, в свою защиту и результаты проверки этих доводов)

По результатам проверки установлено:

Излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации расходы составили \_\_\_\_\_ руб.;

Корректировка реестра на право получения работником специальной социальной выплаты составила \_\_\_\_\_ руб.

Руководствуясь пунктами 10, 11 и 12 Правил осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации в 2020 - 2021 годах специальной социальной выплаты медицинским и иным работникам медицинских и иных организаций (их структурных подразделений), оказывающим медицинскую помощь (участвующим в оказании, обеспечивающим оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), медицинским работникам, контактирующим с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19), утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30 октября 2020 г. № 1762,

## РЕШИЛ:

1. Акт проверки от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ в отношении

\_\_\_\_\_,  
(полное наименование медицинской и иной организации (их структурных подразделений)

ОТМЕНИТЬ.

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати  
территориального органа  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

Копию Решения об отмене Акта проверки, в случае установления фактов, подтверждающих обоснованность возражений, представленных медицинской и иной организацией (их структурными подразделениями), получил.

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя медицинской и иной организации (их структурных подразделений) (ее уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_  
(дата)