

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

Приказ · № 272 · от 30.06.2021 · Фонд социального страхования · Действует без изменений

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

МОСКВА

30 июня 2021 г. № 272

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

Зарегистрирован Минюстом России 11 ноября 2021 г.

Регистрационный № 65761

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), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 30 октября 2020 г. № 1762 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, № 45, ст. 7115), приказываю: 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, имеющихся 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 ____ месяц 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 на _____ листах

(количество приложений)

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)