

**Приложение 8**  
**к Порядку организации и проведения**  
**контроля объемов, сроков, качества и**  
**условий предоставления медицинской**  
**помощи по обязательному**  
**медицинскому страхованию**

**Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты**  
**медицинской помощи)**

Код нарушения/ дефекта	Перечень оснований
<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>	
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;
1.1.4.	невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:
1.2.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.2.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой

	программой обязательного медицинского страхования, в том числе:
1.3.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.3.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в <a href="#">перечень</a> жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <sup>21</sup> , и(или) медицинских изделий, включенных в <a href="#">перечень</a> медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <sup>22</sup> , на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.
<b>Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения</b>	
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;
2.2.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой <sup>23</sup> .
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;
2.4.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении

	<p>которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.</p>
<p><b>Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи</b></p>	
3.1.	<p>Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).</p>
3.2.	<p>Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:</p>
3.2.1.	<p>не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;</p>
3.2.2.	<p>приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных <a href="#">законодательством Российской Федерации</a> случаях <sup>24</sup>).</p>
3.2.3.	<p>приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных <a href="#">законодательством Российской Федерации</a> случаях);</p>
3.2.4.	<p>приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных <a href="#">законодательством Российской Федерации</a> случаях);</p>
3.2.5.	<p>приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных <a href="#">законодательством Российской Федерации</a> случаях);</p>
3.2.6.	<p>рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;</p>
3.3.	<p>Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:</p>
3.3.1.	<p>приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных <a href="#">законодательством Российской Федерации</a> случаях).</p>
3.4.	<p>Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных <a href="#">законодательством Российской Федерации</a> случаях).</p>
3.5.	<p>Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии</p>

	положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.
3.9.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи.
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим <a href="#">законодательством</a> <sup>25</sup> .
3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.
<b>Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации</b>	
4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.
4.2.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.
4.3.	Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство <sup>26</sup> или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы,

	командировок, выходных дней и т.п.).
4.6.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>	
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение;
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;
5.3.2.	Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;
5.3.3.	Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве,

	оплачиваемые Фондом социального страхования).
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе:
5.5.1.	Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).
5.6.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;
5.7.3.	Стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;
5.7.4.	Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования.
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.
5.8.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом.

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529, N 49, ст. 7047,

7057; 2012, N 31, ст. 4322, N 49, ст. 6758; 2013, N 7, ст. 606, N 27, ст. 3477, N 30, ст. 4084, N 39, ст. 4883, N 48, ст. 6165, N 52, ст. 6955; 2014, N 11, ст. 1098, N 28, ст. 3851, N 30, ст. 4269, N 49, ст. 6927; 2015, N 51, ст. 7245; 2016, N 1, ст. 52, N 27, ст. 4183, 4219; 2017, N 1, ст. 12, 13, 14, 34; 2018, N 27, ст. 3947, N 31, ст. 4857, N 49, ст. 7497, 7509; 2019, N 6, ст. 464.

<sup>2</sup> В соответствии с [частью 1 статьи 14](#) и [частью 1 статьи 15](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

<sup>3</sup> [Приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г. регистрационный N 24726) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации [от 23 июня 2015 г. N 361н](#) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2015 г., регистрационный N 37921), [от 30 сентября 2015 г. N 683н](#) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 ноября 2015 г., регистрационный N 39822), [от 30 марта 2018 г. N 139н](#) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 августа 2018 г., регистрационный N 51917), [от 27 марта 2019 г. N 164н](#) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2019 г. N 54470).

<sup>4</sup> [Приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. N 29н "Об утверждении Порядка ведения персоналифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 г., регистрационный N 19742) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации [от 8 декабря 2016 г. N 941н](#) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 февраля 2017 г. N 45494), [от 15 января 2019 г. N 12н](#) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 января 2019 г. N 53618).

<sup>5</sup> [Приказ](#) Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. N 79 "Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" (далее - приказ N 79) с изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования [от 9 сентября 2016 г. N 169](#), [от 17 ноября 2017 г. N 323](#), [от 23 марта 2018 г. N 54](#), [от 28 сентября 2018 г. N 200](#), [от 13 декабря 2018 г. N 285](#) (согласно письму Министерства юстиции Российской Федерации от 27 июля 2018 года N 01/99744-ЮЛ приказ N 79 не подлежал представлению на государственную регистрацию в Министерство юстиции Российской Федерации).

<sup>6</sup> [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. N 173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 апреля 2019 г., N 54513).

<sup>7</sup> В соответствии с [частью 9 статьи 40](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

<sup>8</sup> В соответствии с [частью 9 статьи 40](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

<sup>9</sup> В соответствии с [частью 7 статьи 40](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

<sup>10</sup> [Форма N 025/у](#), утвержденная [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., N 36160), с [изменениями](#), внесенными [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации 9 января 2018 г. N 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., N 50614).

<sup>11</sup> В соответствии с [частью 7 статьи 40](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

<sup>12</sup> В соответствии с [частью 9 статьи 40](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

<sup>13</sup> В соответствии с [частью 14 статьи 38](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

<sup>14</sup> В соответствии с [частью 3 статьи 41](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

<sup>15</sup> [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2012 г. N 24516), с [изменениями](#), внесенными [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. N 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г. N 30714).

<sup>16</sup> По данной форме также заполняется акт по результатам повторного медико-экономического контроля.

<sup>17</sup> Заполняется в случаях отсутствия выявленных при медико-экономической экспертизе нарушений.

<sup>18</sup> Заполняется при проведении экспертизы качества медицинской помощи.

<sup>19</sup> Заполняется в случае отсутствия выявленных при экспертизе качества медицинской помощи нарушений.

<sup>20</sup> Заполняется в случаях, предусмотренных [пунктом 32](#) настоящего Порядка.

<sup>21</sup> [Распоряжение](#) Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. N 2738-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, N 51, ст. 8075).

<sup>22</sup> [Распоряжение](#) Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. N 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 2, ст. 196).

<sup>23</sup> В соответствии с [пунктом 5 части 2 статьи 81](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013 N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927).

<sup>24</sup> В соответствии со [статьей 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2017, N 31, ст. 4791; 2013, N 48, ст. 6165; 2019, N 10, ст. 888).

<sup>25</sup> В соответствии со [статьей 67](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

<sup>26</sup> В соответствии со [статьей 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2017, N 31, ст. 4791; 2013, N 48, ст. 6165; 2019, N 10, ст. 888).