

Етапи проходження е-лікарняного для фінансування допомоги

Щодня до Фонду соціального страхування України надходить на оплату 21,4 тисячі лікарняних на загальну суму близько 70 мільйонів гривень – вони містяться в понад 4 тисячах заявах-розрахунках, які роботодавці формують за лікарняними працівників і подають до ФССУ.

І хоча запровадження електронних лікарняних дозволило автоматизувати процес отримання допомог для працівників (українцям тепер не потрібно передавати свій лікарняний чи інші паперові документи, усе вже є в системі!), сам по собі е-лікарняний не містить фінансових даних. Тож для оплати все ще потребує додаткового опрацювання з боку роботодавця і пильного контролю фахівців Фонду соціального страхування України з подальшою верифікацією.

Навіть досвідчені бухгалтери подекуди припускаються помилок при розрахунку – 30% заяв-розрахунків, що надходять до Фонду, містять помилки. Вони впливають на розмір допомоги та можуть призвести до надмірних видатків, тож фахівці ФССУ щоденно перевіряють тисячі лікарняних, аби всі працівники отримали справедливі виплати, а система соціального страхування працювала ефективно.

Автоматизована перевірка лікарняних сигналізує про факт наявності помилок, однак виправити їх можливо лише вручну у тісній взаємодії фахівця Фонду соціального страхування України та роботодавця – працівники Фонду знають усіх своїх страхувальників і тримають із ними постійний зв'язок.

Розрахунково, робота фахівців ФССУ з перевірки та виправлення помилок у заявах дозволяє упередити необґрунтовані та надмірні видатки з бюджету Фонду на від 3 до 6 мільярдів гривень щороку.

У інфографіці розповідаємо, які саме етапи проходить е-лікарняний, перш ніж за ним фінансується допомога, як проходить перевірка фахівцями Фонду та верифікація кожної виплати.

Завантажити інфографіку у високій якості:
<https://drive.google.com/file/d/1eaO1035kK3L7xVnqmgJlm3JDZbLMrZLq/>

ЯКІ ЕТАПИ ПРОХОДИТЬ Е-ЛІКАРНЯНИЙ, ПЕРШ НІЖ ЗА НИМ ФІНАНСУЄТЬСЯ ДОПОМОГА, І ЧОМУ ЦЕ ВАЖЛИВО?

Е-лікарняні дозволили автоматизувати систему фіксації тимчасової непрацездатності українців і суттєво оптимізували отримання допомоги – працівникам тепер не потрібно передавати роботодавцю лікарняний чи інші паперові документи для призначення допомоги. Достатньо повідомити про створення вам лікарняного, а усе інше зробить підприємство та Фонд соціального страхування України. **Водночас, е-лікарняний сам по собі не містить фінансових даних, тож для оплати потребує додаткового опрацювання з боку роботодавця та Фонду соціального страхування України.**



Щодня до Фонду соціального страхування України надходить:



Який шлях проходить е-лікарняний, аби система працювала ефективно:

- Коли ваш е-лікарняний стає готовим до оплати, роботодавець розпочинає його опрацювання: спочатку **комісія з соцстрахування підприємства призначає допомогу** (визначає дні, які підлягають оплаті, розглядає пільги тощо), після чого бухгалтерія розраховує розмір допомоги та подає до ФССУ **заяву-розрахунок**
- Далі проходить **автоматизований контроль в Єдиній інформаційно-аналітичній системі Фонду**: система перевіряє відповідність заяви формату та базові технічні характеристики файлу
- Фахівець Фонду відкриває отриману заяву та починає її опрацювання. В одній заяві може міститись десятки чи навіть сотні лікарняних різних працівників одного підприємства. **Нараховану допомогу за кожним з них необхідно перевірити**
- Перевірка проходить одночасно в ручному та автоматизованому режимах: доки інформація в заяві вивіряється на достовірність із даними в ДРЗО, **фахівець ФССУ вручну перевіряє контрольні маркери**: від середньоденної заробітної плати до страхового стажу і кількості днів до оплати
- Третина заяв-розрахунків, які надходять до Фонду, містить помилки.** Вони впливають на розмір допомоги та призводять до необґрунтованих видатків. Фахівці ФССУ це контролюють і виправляють спільно з роботодавцем
- По всім виявленим неточностям відбувається ручне опрацювання – доки помилки не будуть виправлені, фінансування не може бути проведено. Тож **фахівці Фонду оперативно зв'язуються із роботодавцями для усунення невідповідностей у найкоротші терміни**
- Такий попередній контроль кожної заяви фахівцями Фонду трудомісткий, потребує високої кваліфікації та уважності. **Однак він дозволяє гарантувати, що кожен працівник отримає справедливу допомогу**, кошти Фонду не будуть витрачені за нецільовим призначенням, а роботодавець не отримає штраф
- Коли заява перевірена, а наявні в ній помилки скориговані, **фахівець Фонду приймає заяву та направляє її на фінансування**. І розпочинає опрацювання наступної заяви – щодня їх надходить понад 4 тисячі
- Після завершення попереднього контролю і направлення заяви на фінансування, всі лікарняні, які у ній містяться, **автоматично надсилаються до Міністерства фінансів України для проходження верифікації**
- Мінфін вивіряє дані у заяві із відомостями в реєстрах** – Державному реєстрі актів цивільного стану, Державному реєстрі фізичних осіб – платників податків і інших
- За результатами верифікації за допомогою Мінфіну до Фонду надходять рекомендації і розпочинається наступний етап опрацювання заяви – **кожна рекомендація перевіряється**, і за результатами фахівці Фонду готують відповідь Міністерству фінансів України
- Завдяки попередньому контролю, який фахівці Фонду вже провели вручну на етапі прийняття заяви**, більшість рекомендацій Мінфіну мають технічні причини та не потребують внесення змін у заяву-розрахунок

Важливо, що з 2021 року ФССУ має доступ до Електронного реєстру лікарняних, тож фахівці Фонду перевіряють не лише розрахунок допомоги, але й підставу для її призначення – сам лікарняний

Злагоджені дії фахівців Фонду та роботодавців на етапі попереднього контролю при прийнятті заяв-розрахунків, а також подальша верифікація щороку дозволяють упередити необґрунтовані та надмірні видатки з бюджету ФССУ сукупно на від 3 до 6 мільярдів гривень