

**ПРОТОКОЛ № 16**  
**заседания комиссии по противодействию коррупции**  
**СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №20».**

«22» июня 2023 года  
14:00-14.50

г. Санкт-Петербург

**Заседание вёл председатель комиссии:**

**Ю.Г. Голинский** – главный врач

Секретарь комиссии:

**Дринеvская Е.Г.** - заведующая  
терапевтическим отделением №2

**Присутствовали:**

члены комиссии:

Рябцева Е.В.

Болл С.С.

Остапенко Т.В.

Шашорин Р.В.

**Приглашенные:**

Представитель администрации Кировского р-на СПб **Строков В.П.** (начальник отдела здравоохранения).

**Повестка дня:**

1. О выполнении Плана противодействия коррупции в СП20 и о ходе реализации антикоррупционной политики в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №20» в 2023 году (1-е полугодие).  
Главный врач - Голинский Ю.Г. – 5 мин.
2. О мероприятиях по реализации положений Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 №736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ и признании утратившим силу постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006».  
Заместитель главного врача по КМП – Рябцева Е.В. – 20мин.
3. Результаты независимого анкетирования пациентов по вопросам доступности и качества оказания медицинской помощи.  
Заместитель главного врача по КМП - Рябцева Е.В. – 5 мин.
4. Об организации проведения внутреннего контроля (ФЗ №402 «О бухгалтерском учёте»)  
Главный бухгалтер – Остапенко Т.В. - 10 мин.
5. Разное.

По первому вопросу выступил Голинский Ю.Г. – главный врач СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №20». Доложил, что в рамках реализации антикоррупционной политики в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №20» в 2023 году (1-е полугодие) все мероприятия «Плана противодействия коррупции в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №20», намеченные на 2023 год, проведены своевременно и по состоянию на 22.06.2023 выполнены полностью.

В поликлинике имеются и систематически прорабатываются с сотрудниками документы по противодействию коррупции и недопущению конфликта интересов.

Проводятся регулярные обходы по поликлинике в рамках профилактических мероприятий по противодействию коррупции.

За минувший период фактов коррупционных проявлений выявлено не было.

Проводятся мероприятия по контролю соблюдения сотрудниками поликлиники ПВТР, оцениваются показания СКД.

За прошедший период систематических нарушений сотрудниками подразделений ПВТР не выявлено.

#### **РЕШЕНИЕ:**

Доклад Голинского Ю.Г. – принять к сведению.

По 2 вопросу выступила заместитель главного врача по качеству медицинской помощи Рябцева Е.В.

Доложила об ознакомлении с положениями Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 №736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ и признании утратившим силу постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006». Постановление вступает в силу с 01.09.2023 г.

Предстоит доработка прейскуранта платных медицинских услуг и приведение его кодировку в соответствии с номенклатурой, доработка текста Договора об оказании платных услуг, Доп. соглашений и правил его оформления. Кроме того, необходимо в Договоре разместить новые условия и порядок оказания платных медицинских услуг «подмена бесплатных медицинских услуг платными не допустима».

Платные медицинские услуги (далее – ПМУ) предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

Обязательно внести в Договор пункт, о порядке и условиях по которому потребителю или его законному представителю в обязательном порядке будут выдаваться медицинские документы. Как в автоматизированном режиме быстро создавать выписки.

В Договоре д.б. указано, каким образом и куда потребитель или его законный представитель может направить обращение или жалобу в органы гос. власти.

Убрали обязательность кегля 14 при оформлении Договора.

Сложность пока вызывает заполнение Договора с пациентами дистанционно. Пациентом д.б. в этом случае использована усиленная ЭЦП.

На сайте поликлиники необходимо внести изменения и добавить ссылку на заключение Договора дистанционным способом.

На сайте поликлиники необходимо довести до сведения потребителя стандарты оказания медицинских услуг и клинические рекомендации, путем размещения ссылки на официальные источники, опубликованные на порталах МЗ РФ.

Сложности может вызвать хранение Договора в МО и предоставление копии по запросу пациента. Срок хранения Договора составляет 5 лет.

Необходимо разработать Положение о порядке оформления и хранения Договоров.

В Договоре и на сайте необходимо указывать срок действия лицензии на право осуществления медицинской деятельности.

В Договоре д.б. указаны условия и сроки ожидания платных медицинских услуг.

Конкретизированы требования к трёхстороннему Договору.

Изменены сроки для ответа пациентам. Теперь он составляет 10 дней.

Внести соответствующие Постановлению изменения в Договоре, на сайте, на стендах поликлиники.

Заведующим отделениями проработать текст постановления с сотрудниками отделений и создания корректной выписки из медицинской карты пациента. Вся информация по запросу предоставляется бесплатно. Проработать оптимальный вариант заполнения Договора и Доп. соглашений к нему.

**РЕШЕНИЕ:**

Доклад Рябцевой Е.В. – принять к сведению.

По 3 вопросу выступила заместитель главного врача по качеству медицинской помощи Рябцева Е.В. Доложила, что всего было опрошено путем заполнения анкет 100 человек. Анкетирование проведено в апреле 2023г.

Из числа обратившихся за медицинской помощью:

Женщины составили - 56%

Мужчины - 44%.

Работающие - 67%

Лица моложе 50 лет - 56%

Проходят профилактический осмотр ежегодно - 16%

Обращаются только в связи с проблемой - 34%

Получают помощь более 10 лет - 31%.

Менее 6 месяцев - 15%.

Обратились впервые (из числа опрошенных) - 14%

Получили помощь полностью на бесплатной основе 55%

Попали на прием:

Личной явкой 42%

Интернет – 15%

Телефон – 43%

Врач лично записал на повторный прием -12%.

По результатам проведенного анкетирования можно сказать, что увеличилось число посещений пациентов-женщин.

Проблемой неудовлетворённости сроками ожидания помощи (47%) остаётся работа рентгенологического кабинета. Причиной является дефицит кадрового состава рентгенлаборантов в связи с увольнением сотрудников по собственному желанию.

Два пациента из 100 опрошенных, получающие помощь в рамках ОМС, высказали недовольство по поводу неудовлетворённости свободного выбора врача. Этими врачами оказались наиболее востребованные врачи – хирурги Дионесов А.В. и Пашкевич Д.А. Программа ОМС не предусматривает обязательным удовлетворения требований пациента по выбору врача. Только при наличии свободных талонов.

Улучшились показатели по удовлетворённости в службе неотложной помощи.

В настоящее время обращаемость пациентов в СП20 можно считать высокой, востребованы все профили стоматологической помощи, включая платные услуги.

#### **РЕШЕНИЕ:**

Доклад Рябцевой Е.В. – принять к сведению.

По 4 вопросу выступила главный бухгалтер СП 20 Остапенко Т.В.

Доложила, что для организации проведения внутреннего контроля все организации бюджетной сферы осуществляют внутренний контроль совершаемых фактов хозяйственной жизни организации. В СП 20 разработано «Положение о внутреннем контроле в соответствии с бюджетным законодательством РФ (часть 3 статьи 19 Закона № 402-ФЗ «О бухгалтерском учете»), нормативными правовыми актами (подпункт «е» пункта 9 Федерального стандарта бухгалтерского учета для организаций государственного сектора (далее СГС) «Учетная политика, оценочные значения и ошибки», Письмом Минфина от 27.12.2022 № 02-06-07/128426, Уставом.

Внутренний контроль, в том числе внутренний финансовый контроль направлен на обеспечение соблюдения законодательства РФ в сфере финансово-хозяйственной деятельности, внутренних процедур составления и исполнения плана финансово-хозяйственной деятельности, повышение качества составления и достоверности бухгалтерской отчетности и ведения бухгалтерского учета, а также на повышение результативности использования субсидий и средств, полученных от приносящей доход деятельности.

Внутренний контроль представляет собой совокупность процедур и мер, что обеспечивает:

- установление соответствия проводимых финансово-хозяйственных операций требованиям законодательства, нормативно-правовых актов и положениям учетной политики, а также принятым регламентам и полномочиям сотрудников;

- достоверность и полноту отражения фактов хозяйственной жизни в учете и отчетности;

- своевременность подготовки и достоверность данных бухгалтерской отчетности;

- предотвращение существенных ошибок и искажений при составлении, утверждении и представлении бухгалтерской отчетности;

- недопустимость финансовых нарушений в процессе деятельности;

- сохранность имущества учреждения, подтверждения действительного существования, оценки состояния, обоснованности нахождения у субъекта учета и отражения в бухгалтерском учете активов, обязательств и иных объектов бухгалтерского учета.

Внутренний контроль не допускает отражение в бухгалтерском учете мнимого притворного объекта учета, способствует полному отражению фактов хозяйственной жизни, проверяет фактическое существование активов и обязательств, проверяет их состояние.

Объектами внутреннего контроля являются:

- плановые документы (план ФХД, обоснования/расчеты, калькуляции, расчеты плановой себестоимости, план материально-технического снабжения и иные плановые документы учреждения);

- контракты и договоры на приобретение и реализацию работ, услуг;

- локальные акты учреждения;

- первичные документы и регистры учета;

- факты хозяйственной жизни (сделки, события, операции, которые оказывают или способны оказать влияние на финансовое положение, финансовый результат деятельности и движение денежных средств), отраженные в учете;

- бухгалтерская, налоговая, статистическая и иная отчетность;

- имущество и обязательства;

- штатно-трудова дисциплина

Субъектами системы внутреннего контроля являются должностные лица, которые реализуют операции по исполнению полномочий субъекта учета, в том числе при утверждении и согласовании документов:

- главный врач и его заместители;

- главный бухгалтер, начальник планово-экономического отдела;

- руководители и ответственные работники на всех уровнях.

Учреждение применяет следующие **процедуры внутреннего контроля**:

- документальное оформление: записи в регистрах бухгалтерского учета осуществляются только на основе первичных учетных документов, в том числе бухгалтерских справок; включение в бухгалтерскую отчетность существенных оценочных значений - исключительно на основе расчетов;

- подтверждение соответствия между документами и их соответствия установленным требованиям; соотнесение оплаты материальных ценностей с получением и оприходованием этих ценностей;

- санкционирование сделок и операций, обеспечивающее подтверждение правомочности их совершения;

- сверка расчетов учреждения с дебиторами и кредиторами для подтверждения сумм и характера дебиторской и кредиторской задолженности;

- сверка остатков по счетам бухгалтерского учета наличных денежных средств с остатками денежных средств по данным кассовой книги;
- разграничение полномочий и ротация обязанностей;
- процедуры контроля фактического наличия и состояния объектов, инвентаризация, в том числе между обязательными инвентаризациями;
- надзор за правильностью сделок, учетных операций; за точностью составления смет, планов; за соблюдением сроков составления отчетности и полнотой раскрытия в ней существенной информации;

**Внутренний контроль** в учреждении осуществляется в следующих **формах**:

- предварительный контроль;
- текущий контроль;
- последующий контроль.

#### **Оформление результатов контрольных мероприятий**

Уполномоченное должностное лицо осуществляет анализ выявленных нарушений, определяет их причины и разрабатывает предложения для принятия мер по их устранению и недопущению в дальнейшем.

Результаты проведения **предварительного и текущего контроля оформляются в виде служебных записок** на имя руководителя, к которым могут прилагаться **перечень мероприятий по устранению** недостатков и нарушений, исправлению ошибок, если таковые были выявлены, а также **рекомендации по недопущению возможных ошибок**.

Результаты проведения последующего контроля оформляются в виде **акта проверки** (форма самостоятельная), подписанного всеми проверяющими который направляется руководителю.

После составления Акта работники учреждения, допустившие недостатки, искажения и нарушения, в письменной форме представляют руководителю учреждения объяснения по вопросам, относящимся к результатам проведения внутреннего контроля.

#### **РЕШЕНИЕ:**

Выступление Остапенко Т.В.– принять к сведению.

По 5 пункту выступил Шашорин Р.В. Заведующий ортопедическим отделением.

Доложил, что в ходе проверки соблюдения сроков и объёмов протезирования по направлениям, выданным ОСЗН выявлены несоответствия по отчётности врачом терапевтического отделения №1 Семке С.П. пациентки Перцуленко Л.И. 17.05.1949 г.р.

Выявлены расхождения по выставленным объёмам работ по подготовке зубов к протезированию фактически выполненному объёму работ. В настоящее время проводится проверка медицинской, финансовой и учётно- отчётной документации.

#### **РЕШЕНИЕ:**

Выступление Шашорина Р.В.– принять к сведению. Взять объяснения с врача Семке С.П. по фактам выявленных нарушений. Завершить проверку по выявленным нарушениям с формулированием выводов. Провести внутриведомственную проверку по подготовке врачом Семке С.П. всех пациентов к льготному зубопротезированию с сентября 2022 года по июнь 2023 года.

Председатель комиссии  
по противодействию  
коррупции

Секретарь комиссии



Ю.Г. Голинский

Е.Г. Дриневская