

УТВЕРЖДАЮ
Директор ГКП на ПХВ
«Городская многопрофильная
больница № 2» акимата
города Астана
Турсынбаев Н.Н.
26 мая 2026 года

Аналитическая справка
по результатам проведенного внутреннего анализа
коррупционных рисков в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная
больница № 2» акимата города Астана в 2026 году

г. Астана

22 мая 2026 года

Состав Рабочей группы по проведению внутреннего анализа коррупционных рисков в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана (далее – Рабочая группа):

Руководитель Рабочей группы:

Касимов Дастан Оразович – заместитель директора по экономическим вопросам ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана (далее – Предприятие);

Члены Рабочей группы:

Керимова Римма Киргизбаевна – руководитель Отдела управления человеческими ресурсами Предприятия;

Ережепова Калбуби Аитжановна – врач-эксперт Службы поддержки пациента и внутренней экспертизы Предприятия;

Смайыл Еркебұлан Алданұлы – специалист Антикоррупционной комплаенс-службы Предприятия.

Основание проведения внутреннего анализа коррупционных рисков:

Приказ директора Предприятия № 188-Ө от 18 марта 2026 года «О проведении внутреннего анализа коррупционных рисков в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана в 2026 году».

Период проведения внутреннего анализа коррупционных рисков:

30 рабочих дней – с 7 апреля 2026 года по 21 мая 2026 года.

Анализируемый период деятельности Предприятия:

За предыдущие 12 месяцев.

Наименование объекта внутреннего анализа коррупционных рисков: ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана.

При проведении внутреннего анализа коррупционных рисков в Предприятии Рабочая группа руководствовалась Конституцией Республики Казахстан, Законом Республики Казахстан «О противодействии коррупции», Типовыми правилами проведения внутреннего анализа коррупционных рисков, утвержденными приказом Председателя Агентства Республики Казахстан по

делам государственной службы и противодействию коррупции от 19 октября 2016 года № 12, Методическими рекомендациями по проведению внутреннего анализа коррупционных рисков, утвержденными приказом Председателя Агентства Республики Казахстан по противодействию коррупции (Антикоррупционной службы) от 30 декабря 2022 года № 488, Картой проектов реализации Типового базового направления № 4 «Предупреждение и противодействие коррупции» на 2026 год, утвержденной Директором Департамента антикоррупционной политики Агентства Республики Казахстан по делам государственной службы от 2026 года.

Информация по предыдущим внутренним анализам коррупционных рисков (далее – ВАКР) в Предприятии:

- в 2024 году: в период с 24 апреля 2024 года по 7 июня 2024 года, на основании приказа директора Предприятия от 24 апреля 2024 года № 227-Ө. Анализируемый период – с июня 2023 года по 7 июня 2024 года. По результатам данного ВАКР Рабочей группой подписана Аналитическая справка по результатам проведенного ВАКР в Предприятии от 19 июня 2024 года;

- в 2025 году: в период с 7 апреля 2025 года по 21 мая 2025 года, на основании приказа директора Предприятия от 4 апреля 2025 года № 256-Ө и от 7 апреля 2025 года № 260-Ө. Анализируемый период: предыдущие 12 месяцев, предшествующие дате начала проведения ВАКР. По результатам данного ВАКР Рабочей группой подписана Аналитическая справка по результатам проведенного ВАКР в деятельности Предприятия от 22 мая 2025 года.

1. Общая информация о Предприятии

Предприятие организовано в соответствии с постановлением акимата города Астаны от 22 августа 2018 года № 106-1438 «О реорганизации некоторых организаций здравоохранения города Астаны», путем присоединения ГКП на ПХВ «Городская больница № 2» акимата города Астаны и ГКП на ПХВ «Перинатальный центр № 1» акимата города Астаны.

В соответствии с Уставом ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана, утвержденным постановлением акимата города Астаны № 106-3108 от 1 ноября 2022 года:

- предметом деятельности Предприятия является осуществление производственно-хозяйственной деятельности в области здравоохранения;

- целью деятельности Предприятия является осуществление высококвалифицированной медицинской, врачебной, стационарной и амбулаторной лечебно-профилактической помощи населению, а также женскому населению в период беременности, родов, и в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, нарушениях репродуктивных функций.

Деятельность, подлежащая обязательному лицензированию, осуществляются Предприятием на основании лицензий:

- лицензия на осуществление медицинской деятельности от 13 января 2023 года № 23001077;

- лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от 18 января 2023 года № 23001470;

- деятельность по розничной реализации медицинских изделий на основе уведомления от 30 декабря 2022 года № KZ57UBC00034404

- лицензия на осуществление деятельности в сфере оборота наркотических веществ, психотропных веществ и прекурсоров в области здравоохранения от 31 декабря 2024 года № 24036778;

- лицензия на обращение с приборами и установками, генерирующими ионизирующее излучение от 5 декабря 2024 года № 24034670.

Штатная численность Предприятия на период проведения ВАКР составляет 2 152,25 единиц.

Производственная база Предприятия располагается в двух зданиях по адресам:

- город Астана, район Есиль, улица Турара Рыскулова, 6 (клинический блок);

- город Астана, район Есиль, улица Турара Рыскулова, 8 (акушерский блок);

- также в настоящее время в Предприятии ведутся работы по строительству здания – приемно-диагностический комплекс, в котором по решению Наблюдательного совета Предприятия, принятому на заседании № 30 от 19 июня 2025 года, планируется разместить Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии травматологии и неврологический блок интенсивной терапии.

2. Направления внутреннего анализа коррупционных рисков в Предприятии в 2026 году

Внутренний анализ коррупционных рисков в Предприятии в 2026 году проводился по следующим направлениям:

- 1) Выявление коррупционных рисков в нормативных правовых актах, затрагивающих деятельность Предприятия;

- 2) Выявление коррупционных рисков в организационно-управленческой деятельности Предприятия.

3. Выявление коррупционных рисков во внутренних нормативных документах, регулирующих деятельность Предприятия

- 1) В ходе проведения ВАКР изучены следующие документы:

- Положение об Антикоррупционной комплаенс-службе ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана, утвержденное приказом директора Предприятия № 594-ө от 29 ноября 2024 года;

- Аналитическая справка по результатам проведенного внутреннего анализа коррупционных рисков ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана от 22 мая 2025 года;

- План мероприятий по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам внутреннего анализа коррупционных рисков в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана на 2025 год;

- Приложение 7 к Методическим рекомендациям по проведению внутреннего анализа коррупционных рисков «Результаты мониторинга исполнения рекомендаций объектом внутреннего анализа коррупционных рисков в 2025 году»;

- План мероприятий по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам внутреннего анализа коррупционных рисков в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана на 2024 год;

- Устав ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана, утвержденный постановлением акимата города Астаны № 106-3108 от 1 ноября 2022 года (далее – Устав Предприятия);

- Организационная структура ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана, утвержденная решением Наблюдательного совета ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана от 19 ноября 2024 года № 27;

- Организационная структура ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана, утвержденная решением Наблюдательного совета ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана от 20 декабря 2024 года № 28;

- Организационная структура ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана, утвержденная решением Наблюдательного совета ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2» акимата города Астана от 19 июня 2025 года № 30;

- Иные внутренние нормативные документы (далее – ВНД), регулирующие деятельность Предприятия.

2) Анализ исполнения рекомендаций по результатам ВАКР за 2024-2025 годы:

В Аналитической справке от 22 мая 2025 года по результатам проведенного ВАКР в Предприятии (далее – Аналитическая справка за 2025 год) изложены результаты исполнения рекомендаций по устранению по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам ВАКР в 2024 году.

По результатам ВАКР, проведенном в 2024 году, директором Предприятия утвержден План мероприятий по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам ВАКР в Предприятии на 2024 год (далее – План мероприятий на 2024 год), в котором приведены 43 рекомендации.

В 2024 году служебные записки с напоминанием об исполнении Плана мероприятий на 2024 год направлялись дважды:

- письмом за подписью директора Предприятия от 20 ноября 2024 года № 02/01-3090, адресованным заместителям директора Предприятия и руководителям структурных подразделений Предприятия;
- служебной запиской за подписью руководителя Антикоррупционной комплаенс-службы Предприятия директору Предприятия от 9 декабря 2024 года № 01/01-1560.

Вместе с тем, к дате начала проведения ВАКР в 2025 году, согласно информации, предоставленной ответственными структурными подразделениями, из 43 пунктов Плана мероприятий на 2024 год было исполнено 30 пунктов. Данное обстоятельство отражено в Аналитической справке за 2025 год, в которой рекомендовано провести работу по выполнению рекомендаций, неисполненных в 2024 году.

По результатам проведенного в 2025 году ВАКР, по рекомендациям, изложенным в Аналитической справке за 2025 год, директором Предприятия 30 мая 2025 года утвержден План мероприятий по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам ВАКР в Предприятии на 2025 год (далее – План мероприятий на 2025 год).

В План мероприятий на 2025 год, помимо рекомендаций, выработанных по результатам ВАКР в 2025 году, также включены рекомендации за 2024 год, неисполненные ответственными должностными лицами и структурными подразделениями Предприятия в 2024 году.

По итогам ВАКР, проведенного в 2025 году, рекомендации в Плате мероприятий на 2025 год состоят из 24 пунктов. Из них:

- 7 рекомендаций, представленные в Аналитической справке за 2025 год по результатам ВАКР, проведенного в 2025 году;
- 5 рекомендаций по устранению по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам ВАКР в 2024 году, представленные в Плате мероприятий на 2024 год и впоследствии представленные в Плате мероприятий на 2025 год в связи с их частичным выполнением;
- 12 рекомендаций по устранению по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам ВАКР в 2024 году, представленные в Плате мероприятий на 2024 год и впоследствии представленные в Плате мероприятий на 2025 год в связи с их полным невыполнением.

Согласно Приложению 7 к Методическим рекомендациям по проведению внутреннего анализа коррупционных рисков «Результаты мониторинга исполнения рекомендаций объектом внутреннего анализа коррупционных рисков в 2025 году» (далее – Результаты мониторинга за 2025 год), в 2025 году из 24 рекомендаций Плате мероприятий на 2025 год исполнено в полном объеме 4 рекомендации, частично исполнено 3 рекомендации, не исполнено 17 рекомендаций.

Напоминания Антиторрупционной комплаенс-службы Предприятия (далее – комплаенс-служба) по исполнению Плана мероприятий на 2025 год направлялись директору Предприятия служебной запиской от 4 августа 2025 года № 03/01-668, служебной запиской от 24 ноября 2025 года и служебной запиской от 11 марта 2026 года.

Исполнение Плана мероприятий на 2025 год сохранилось в прежнем объеме, указанном в Результатах мониторинга за 2025 год. В связи с чем, помимо информации по ВАКР в 2026 году, в настоящей аналитической справке представлены результаты и рекомендации, невыполненные и частично выполненные по результатам ВАКР 2024-2025 годов. Итоговые результаты и рекомендации планируется включить в План мероприятий по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам ВАКР в Предприятии на 2026 год.

3) Мероприятия по исполнению Плана мероприятий на 2025 год:

Согласно Результатам мониторинга за 2025 год, из 24 пунктов Плана мероприятий на 2025 год:

- исполнены в полном объеме – 4 (пункты 1, 3, 8, 16);
- частично исполнены – 3 (пункты 5, 9, 23);
- не исполнены – 17 (пункты 2, 4, 6, 7, с 10 по 15, с 17 по 22, 24).

При этом в Предприятии по Плану мероприятий на 2025 год проведены следующие мероприятия:

По пункту 1: Рабочей группой, созданной приказом директора Предприятия от 4 апреля 2025 года № 256-Ө, в Предприятии проведен ВАКР, по которого результатам Рабочей группой подписана и директором Предприятия утверждена Аналитическая справка за 2025 год от 22 мая 2025 года. 12 мая 2025 года проведено публичное обсуждение результатов ВАКР за 2025 год, итоги которого оформлены протоколом от 12 мая 2025 года. Тем же днем данный Протокол публичного обсуждения результатов ВАКР в Предприятии опубликован на официальном интернет-ресурсе Предприятия. 20 мая 2025 года директором Предприятия утвержден Перечень должностей, подверженных коррупционным рискам, определенных по итогам ВАКР в Предприятии в 2025 году (далее – Перечень должностей), и 30 мая 2025 года утвержден План мероприятий на 2025 год. Аналитическая справка за 2025 год, Перечень должностей, План мероприятий на 2025 год опубликованы на официальном интернет-ресурсе Предприятия.

По пункту 3: 31 января 2025 года в Предприятии совместно с комплаенс-службой проведена встреча офицера Управления превенции Департамента Агентства по противодействию коррупции по городу Астане Ансагановой А. и магистра в области противодействия коррупции и государственного управления, участника проекта «Антиторрупционного волонтерство» Молданиязова А. с трудовым коллективом больницы, в ходе которой Ансаганова А. и Молданиязов А. выступили с лекциями на тему «Формирование антиторрупционной культуры». 2 апреля 2025 года руководителем комплаенс-службы проведена разъяснительная беседа с коллективом акушерского блока Предприятия – с работниками младшего медицинского персонала по соблюдению антиторрупционных ограничений.

Встреча проведена в целях разъяснения требований антикоррупционного законодательства Республики Казахстан и соответствующих внутренних нормативных актов Предприятия в части соблюдения антикоррупционных ограничений в целях формирования антикоррупционной культуры в Предприятии. 10 июня 2025 года в рамках проекта «Общество без долгов», организованного партией «AMANAT», для сотрудников Предприятия экспертом проекта «Қарызсыз қоғам» Мынбаевым Д., заместителем начальника отдела АО «ЕНПФ» Курмангалиевым А., консультантом АО «Отбасы банк» Худайбергеновой М., с участием руководителя комплаенс-службы проведен мастер-класс по повышению финансовой грамотности, в ходе которого были презентованы мошеннические действия мошенников и финансовых пирамид, продемонстрирована возможность запрета на оформление кредитов на веб-портале «E-gov», разъяснены цели и задачи проекта «Общество без долгов».

По пункту 5: Отделом управления человеческими ресурсами Предприятия (далее – ОУЧР) осуществляется сбор от кандидатов документов, необходимых для поступления на работу в Предприятии. Вместе с тем на официальном интернет-ресурсе Предприятия в требованиях к кандидатам перечень требуемых документов опубликован не в полной мере. Информация по исполнению данной части пункта 5 в комплаенс-службу не предоставлялась, в связи с чем, данный пункт считается исполненным частично.

По пункту 8: для работников, поступающими на работу в Предприятие по совместительству, в ОУЧР предусмотрена форма трудового договора о работе, содержащего указание на то, что работа, выполняемая работником, является работой по совместительству, а также содержащего условия, предусмотренные Трудовым кодексом Республики Казахстан, регулирующие правоотношения между работодателем и работником по совместительству.

По пункту 9: по аналогии с пунктом 8, для работников, поступающими на работу в Предприятие по совместительству, в ОУЧР предусмотрена форма трудового договора о работе по совместительству. В остальной части пункт 9 остается неисполненным.

По пункту 16: кандидатами, поступающими на работу в Предприятие, заполняется и подписывается форма в соответствии с Приложением 1 к Правилам урегулирования конфликта интересов должностных лиц и работников, утвержденным приказом директора Предприятия от 2 мая 2023 года № 233-ө (далее – Правила урегулирования конфликта интересов), в которой кандидаты подтверждают, что ознакомлены с требованиями Правил урегулирования конфликта интересов и обязуются добросовестно соблюдать требования Правил урегулирования конфликта интересов. Помимо данной формы, кандидатами заполняются и подписываются:

- Согласие о принятии антикоррупционных ограничений, предусмотренных антикоррупционным законодательством Республики Казахстан в соответствии с Приложением № 2 к Политике противодействия коррупции противодействия коррупции в Предприятии, утвержденной приказом директора Предприятия от 2 мая 2023 года № 233-ө (далее – Политика противодействия коррупции);

- Подтверждение об ознакомлении с Политикой противодействия коррупции, с принятием на себя обязательств по строгому следованию требованиям, установленным антикоррупционным законодательством Республики Казахстан, Политикой противодействия коррупции, с подтверждением осведомленности об ответственности в случае их нарушения (Приложение № 3 к Политике противодействия коррупции);

- Обязательство о принятии и соблюдении Корпоративного кодекса этики и поведения Предприятия (Приложение к Корпоративному кодексу этики и поведения в Предприятии, утвержденному приказом директора Предприятия от 2 мая 2023 года № 233-ө).

По пункту 23: в части, касающейся комплаенс-службы, данной службой проведены мероприятия, ранее изложенные в части исполнения пункта 3 Плана мероприятий на 2025 год. В части, касающейся должностных лиц и руководителей структурных подразделений Предприятия, информация по исполнению данной части пункта 23 в комплаенс-службу не предоставлялась, в связи с чем, данный пункт считается исполненным частично.

По остальным пунктам Плана мероприятий на 2025 год информация по их исполнению в комплаенс-службу не предоставлялась, в связи с чем, данные пункты считаются неисполненными.

Выводы:

Рекомендации по результатам ВАКР за 2024 и 2025 годы выполняются Предприятием не в полном объеме, при наличии неоднократных письменных уведомлений со стороны директора Предприятия и Антикоррупционной комплаенс-службы Предприятия.

Рекомендации:

Устранить причины и условия, способствующие совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам ВАКР за 2024 и 2025 годы, путем исполнения неисполненных пунктов и частично исполненных пунктов Плана мероприятий на 2024 год и Плана мероприятий на 2025 год.

4. Анализ на наличие коррупционных факторов

4.1. Правовой пробел, юридико-лингвистическая неопределенность и широта дискреционных полномочий

1) В Устав Предприятия за период, охватываемый текущим ВАКР, изменения и/или дополнения не вносились. Согласно Уставу Предприятия учредителем Предприятия является местный исполнительный орган – акимат города Астаны. Уполномоченным органом является ГУ «Управление общественного здравоохранения города Астаны». Уставом Предприятия определены юридический статус Предприятия, предмет и цели деятельности Предприятия, размер уставного капитала Предприятия, ответственность Предприятия, порядок внесения изменений и дополнений в Устав Предприятия, регулируются вопросы управления Предприятием, имущества Предприятия, финансирования деятельности Предприятия, учета и отчетности Предприятия, оплаты труда работников Предприятия, реорганизации и ликвидации Предприятия.

2) За период, последующий после проведения ВАКР в 2025 году, в организационную структуру Предприятия вносились изменения решениями Наблюдательного совета Предприятия от 19 ноября 2024 года № 27, от 20 декабря 2024 года № 28, от 19 июня 2025 года № 30. Решением Наблюдательного совета Предприятия от 19 ноября 2024 года № 27 вместо антикоррупционного комплаенс-оффисера Предприятия создана Антикоррупционная комплаенс-служба Предприятия. Решением Наблюдательного совета Предприятия от 20 декабря 2024 года № 28 должность руководителя по административно-хозяйственному обеспечению Предприятия переведена из подчинения заместителя директора по экономическому и административно-хозяйственному обеспечению Предприятия в подчинение директора Предприятия, с переименованием должности заместителя директора по экономическому и административно-хозяйственному обеспечению Предприятия в заместителя директора по экономическим вопросам Предприятия. Данные изменения проведены в соответствии с письмом директора Предприятия председателю Наблюдательного совета Предприятия от 6 декабря 2024 года № 02/01-3264, в котором изложена необходимость внесения данных изменений в организационную структуру Предприятия. Тем же решением Наблюдательного совета Предприятия организационная структура Предприятия дополнена приложением, в котором приведен Перечень комиссий Предприятия. Решением Наблюдательного совета Предприятия от 19 июня 2025 года № 30 в Предприятии создан Центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (далее – ЦАРИТ), в который входят ранее действующие Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии клинического блока, Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии акушерского блока, и новое структурное подразделение – Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии травматологии и неврологический блок интенсивной терапии. ЦАРИТ находится в ведении заместителя директора по медицинской части Предприятия. Тем же решением Наблюдательного совета Предприятия Инсультный центр объединен с Отделением медицинской реабилитации с переименованием в Инсультный центр с медицинской реабилитацией, также находящийся в ведении заместителя директора по медицинской части Предприятия. Тем же решением Наблюдательного совета Предприятия Отделение эндоскопии преобразовано в Городской экспертный центр эндоскопии, находящийся в ведении заместителя директора по хирургической помощи Предприятия. Тем же решением Наблюдательного совета Предприятия Ангиографическая лаборатория выведена из состава Центра экстренной кардиологии и кардиохирургии в самостоятельное подразделение, которое также находится в ведении заместителя директора по хирургической помощи Предприятия. В период проведения текущего ВАКР, в Предприятии действует Организационная структура Предприятия, утвержденная решением Наблюдательного совета Предприятия от 19 июня 2025 года № 30.

3) Положение об Антикоррупционной комплаенс-службе Предприятия (далее – Положение о комплаенс-службе) утверждено приказом директора Предприятия № 594-ө от 29 ноября 2024 года. Комплаенс-служба в Предприятии создана решением Наблюдательного совета Предприятия от 19 ноября 2024 года № 27 вместо антикоррупционного комплаенс-офицера. Положение о комплаенс-службе определяет задачи, принципы, функции, полномочия, права и обязанности, ответственность, порядок назначения, порядок работы и деятельности, отчетность, оплаты труда, порядок прекращения деятельности комплаенс-службы, порядок внесения изменений и дополнений в Положение о комплаенс-службе и порядок признания его утратившим силу.

Выводы:

- орган, утвердивший Устав Предприятия, и содержание Устава Предприятия соответствуют требованиям статьи 124 Закона Республики Казахстан «О государственном имуществе»;

- утверждение Организационной структуры Предприятия проведено в соответствии с требованиями статьи 149 Закона Республики Казахстан «О государственном имуществе»;

- процедура утверждения Положения о комплаенс-службе и его содержание соответствуют требованиям статьи 16 Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции», Типового положения об антикоррупционных комплаенс-службах в субъектах квазигосударственного сектора, утвержденного приказом Председателя Агентства Республики Казахстан по противодействию коррупции (Антикоррупционной службы) от 31 марта 2023 года № 112, Устава Предприятия, в соответствии с решением Наблюдательного совета Предприятия от 19 ноября 2024 года № 27.

Рекомендации:

Должностным лицам и структурным подразделениям Предприятия, а также комплаенс-службе осуществлять возложенные на них функции и выполнять работу в соответствии с вышеперечисленными нормативными документами Предприятия.

4) ВНД Предприятия, регулирующие деятельность структурных подразделений, разработаны и утверждены в Предприятии по единообразной форме и структуре. Анализ в части выявления правовых пробелов, юридико-лингвистической неопределенности и широты дискреционных полномочий в настоящей аналитической справке представлен на примере следующих ВНД:

а) утвержденные приказом директора Предприятия от 5 января 2025 года № 4-Ө:

- Положение об отделении анестезиологии и реанимации и интенсивной терапии (далее – ОАРИТ);
- Должностная инструкция заведующего ОАРИТ;
- Должностная инструкция врача-анестезиолога-реаниматолога приемно-интенсивного отделения (ПИТ) ОАРИТ;
- Положение об Отделении женского здоровья;

б) утвержденные приказом директора Предприятия от 5 января 2025 года № 9-Ө:

- Должностная инструкция главной медицинской сестры;
- Должностная инструкция менеджера по сестринскому делу;

в) утвержденные приказом директора Предприятия от 5 января 2025 года № 34-ө:

- Должностная инструкция менеджера по акушерскому делу;
- Положение «Менеджеры по акушерскому делу»;
- Должностная инструкция сестры-хозяйки.

Правовые пробелы, выявленные при анализе ВНД Предприятия, указанных в вышеперечисленных подпунктах а), б) и в), а также выводы и рекомендации по их устранению изложены в Аналитической справке за 2025 год, а также в Плане мероприятий на 2025 год.

План мероприятий на 2025 год утвержден директором Предприятия от 7 января 2025 года. В данном плане помимо других рекомендаций, изложены рекомендации в части ВНД структурных подразделений Предприятия. Информация по исполнению рекомендаций от структурных подразделений Предприятия, указанных в данном плане в качестве исполнителей, в комплаенс-службу не поступала.

Служебные записки с напоминаниями комплаенс-службы по исполнению Плана мероприятий на 2025 год направлялись директору Предприятия служебной запиской от 4 августа 2025 года № 03/01-668, служебной запиской от 24 ноября 2025 года и служебной запиской от 11 марта 2026 года.

К началу даты проведения текущего ВАКР от ответственных структурных подразделений Предприятия, указанных в Плане мероприятий на 2025 год в качестве исполнителей, в комплаенс-службу не поступала информация по исполнению рекомендаций, указанных в данном плане.

Также к началу даты проведения текущего ВАКР от ответственных структурных подразделений Предприятия, указанных в Плане мероприятий на 2025 год в качестве исполнителей, в комплаенс-службу не направлялись ВНД с внесенными в них изменениями и дополнениями по рекомендациям, изложенным в данном плане, в связи с чем, данные рекомендации считаются неисполненными и сохраняется необходимость их включения в настоящую аналитическую справку и в План мероприятий по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам ВАКР в Предприятии на 2026 год.

В связи с этим в настоящей аналитической справке приведены правовые пробелы и широта дискреционных полномочий, которые потенциально могут создать коррупционные риски, выявленные при анализе данных ВНД.

Анализ Положения об ОАРИТ (далее – Положение)

Правовые пробелы:

- Отсутствие четких критериев оценки эффективности работы отделения и персонала: в разделе "Ответственность" предусмотрена ответственность за невыполнение целевых, качественных показателей работы отделения. Вместе с тем, не приведены конкретные метрики, показатели, нормативы и методы их расчета, что в свою очередь создает возможность для субъективной трактовки результатов и снижения подотчетности.

- Неопределенность порядка перевода пациентов в/из ОАРИТ: перевод пациентов согласовывается консилиумом врачей с участием администрации Предприятия, заведующим профильного отделения либо с лечащим врачом профильного отделения. Вместе с тем, не указана процедура оформления, фиксирования решения, ответственность членов консилиума, критерии перевода, что создает возможности для манипуляций в принятии решений.

- Недостаточная регламентация ночного и выходного дежурства: замещение заведующего отделением в ночное время осуществляется врачом со стажем более 3 лет по графику и согласованию с заместителем директора по медицинской части Предприятия. Вместе с тем, не прописаны механизм утверждения такого графика, ответственности, порядок отчетности за принятые решения.

- Поверхностное упоминание антикоррупционного мониторинга: упоминается обязанность по проведению антикоррупционного мониторинга, но не указано, каким образом он проводится, кто отвечает за его проведение, какая методология используется и как оформляются его результаты. В связи с чем, этой придает данной норме формальный характер.

Широта дискреционных полномочий:

- Решения администрации по исключениям: например, в отношении паллиативных больных – наличие запрета перевода в ОАРИТ больных с заболеваниями, лечение которых сводится к паллиативной терапии, и в то же время допустимость перевода таких больных в ОАРИТ «в исключительных случаях по распоряжению администрации Предприятия». Это предоставляет абсолютную свободу для администрации Предприятия решать по своему усмотрению, в каких случаях можно отклоняться от стандарта, что создает коррупционный люфт.

- Составление заявок заявки на лекарственные средства (ЛС), изделия медицинского назначения (ИМН), оборудование, необходимых для ОАРИТ: ОАРИТ наделено функцией самостоятельно составлять заявки на ЛС, ИМН, оборудование. Вместе с тем, но не указано, кто контролирует обоснованность, на каких данных строится расчет, есть ли внутренние лимиты или бюджетные ориентиры, что оставляет значительный простор для злоупотреблений.

- Проведение клинических конференций и разборов случаев некачественного оказания медицинской помощи: указаны организация и участие, но не прописан механизм протоколирования, ответственности, отражения решений, что создает возможности для замалчивания или сокрытия каких-либо случаев при наличии интересов.

- Отсутствие ограничений по наставничеству и взаимодействию с кафедрами: указано активное привлечение наставничества, кафедр, но отсутствует регламент: кто может быть наставником, на каких основаниях, как оценивается результат, есть ли конфликт интересов.

Выводы:

Положение содержит ряд норм, сформулированных в общем виде, с обширными возможностями для дискреционного подхода и отсутствием процедурной детализации, что:

- создает условия для коррупционных рисков;
- снижает прозрачность и подотчетность;
- затрудняет независимую проверку и контроль.

Рекомендации:

Устранение правовых пробелов:

а) Метрики и показатели эффективности:

Меры: внести изменения и дополнения в Положение или утвердить отдельным приложением к Положению:

- перечень ключевых показателей эффективности (KPI) отделения (смертность, средняя длительность пребывания, частота осложнений, заполняемость коек и др.);
- целевые значения показателей;
- методологию расчета;
- порядок ежеквартальной отчетности и анализа (например, через медицинский совет или комиссию по качеству).

б) Прозрачная процедура перевода пациентов в/из ОАРИТ:

Меры:

- Установить жесткие критерии медицинских показаний для перевода пациентов;
- Прописать обязательное документирование консилиума (форма протокола, подписи всех членов);
- Ввести регистрационный журнал переводов пациентов, подлежащий внутреннему аудиту;
- Запретить устные распоряжения: все так называемые "исключения" должны фиксироваться письменно и подписываться двумя членами администрации (для минимизации коррупционного риска).

в) Регламентация ночного и выходного дежурства:

Меры:

- Утвердить график дежурств отдельным приказом;
- Прописать ответственность дежурного врача за решения, принимаемые в ночное время;
- Требовать письменный отчет по каждому инциденту или переводу пациента в ночное время.

г) Четкий механизм антикоррупционного мониторинга

Меры:

- Назначить ответственного сотрудника за сбор и верификацию информации (не из числа работников данного отделения);

- Ввести в отделении ежеквартальную отчетность, направляемую в адрес комплаенс-службы и комиссии по этике;
- Утвердить форму отчета антикоррупционного анализа в форме приложения к Положению.

Снижение дискреционных полномочий

а) Перевод паллиативных больных в исключительных случаях по распоряжению администрации Предприятия:

Мера:

- заменить формулировку на «В исключительных случаях, обоснованных клинической необходимостью и подтвержденных протоколом консилиума, утвержденным администрацией».
- требовать письменную фиксацию обоснования исключения, с копией в комплаенс-службу.

б) Контроль за заявками на ЛС, ИМН и оборудование

Мера: установить типовую форму заявки, включающую:

- расчет потребности (основанный на численности коек, профильности, протоколах);
- данные об остатках и сроках годности;
- обязать внутреннюю проверку заявки бухгалтерией и отделом закупок;
- ввести раз в полугодие аудит потребления и соответствия заявок.

в) Конференции, жалобы и повторные госпитализации

Мера:

- ввести реестр случаев жалоб и разборов;
- прописать ответственного за фиксацию решений и их исполнение;
- результаты разборов вносить в ежеквартальный аналитический отчет

ОАРИТ.

г) Наставничество и кафедры

Мера:

- утвердить положение о наставничестве, включающее: критерии отбора наставников; отчетность по каждому наставляемому; запрет конфликта интересов;
- Ввести реестр кафедр и тематик, утверждаемый администрацией.

При анализе должностной инструкции заведующего ОАРИТ (далее – ДИ), выявлены следующие правовые пробелы и элементы широты дискреционных полномочий, потенциально создающие коррупционные и управленческие риски.

Правовые пробелы

Отсутствие процедуры назначения исполняющего обязанности.

Пункт 1.4 допускает, что обязанности заведующего при его отсутствии исполняет лицо, назначенное приказом директора.

Пробел: не прописаны критерии отбора, сроки, порядок передачи полномочий, а также объем передаваемых функций и ограничений.

Недостаточная детализация работы с жалобами.

Пункт 2.9 — «Рассматривает жалобы, принимает меры...»

Пробел: отсутствует регламент сроков рассмотрения, формы отчета, фиксирования результата, и информирования пациента. Это снижает прозрачность и контроль.

Не прописана процедура утверждения и оценки должностных обязанностей персонала:

Пункт 2.19 — «Разрабатывает должностные обязанности сотрудников отделения».

Правовой пробел: нет упоминания, кто утверждает эти обязанности и как проводится проверка на соответствие трудовому законодательству и квалификационным требованиям.

Слабая конкретизация ответственности за коррупционные риски

Пункт 2.12 — «Несет персональную ответственность за соблюдение антикоррупционного законодательства...»

Пробел: не определены инструменты антикоррупционного контроля, формы отчетности, методика выявления и оценки коррупционных рисков.

Широта дискреционных полномочий

Формулировка «определяет политику и стратегию подразделения»

Пункт 2.5: Полномочие сформулировано без ограничений – не указано, утверждается ли стратегия с директором, медсоветом, или в рамках годового плана. Это дает широкую свободу действия.

Согласование переводов пациентов из ОАРИТ

Пункт 2.3

Заведующий самостоятельно принимает решение о переводе, без процедуры или консилиумного подхода, что позволяет избирательное применение в зависимости от интересов.

Назначение и отмена любых лечебно-диагностических мероприятий

Пункт 3.5:

Формулировка «назначать и отменять любые...» без ограничений, условий или согласования с лечащими врачами – крайне широкое дискреционное право, особенно в экстренных ситуациях.

Рекомендации:

1. Отсутствие процедуры назначения исполняющего обязанности заведующего ОАРИТ:

Прописать критерии, сроки, объем передаваемых полномочий, необходимость отчета и подписи о передаче. Пример: п. 1.4 (в новой редакции): «На время отсутствия заведующего ОАРИТ (отпуск, командировка, временная нетрудоспособность) его обязанности временно исполняет врач-анестезиолог-реаниматолог, назначенный приказом директора на основании представления заместителя по медицинской части. Назначение и.о. оформляется приказом с указанием: срока исполнения, объема полномочий, ответственности и порядка отчетности по итогам замещения.»

2. Жалобы пациентов:

Ввести регламент: срок рассмотрения – 3 рабочих дня, письменный отчет – обязателен, журнал учета жалоб – обязателен. Пример: Включение нового пункта 2.9.1:

«2.9.1. Рассмотрение жалоб осуществляется в срок не более 3 рабочих дней. Результаты рассмотрения оформляются в письменной форме, фиксируются в журнале обращений, с последующим предоставлением ответа инициатору. Все случаи жалоб анализируются с последующим докладом на клинико-экспертной комиссии (КЭК) или медицинском совете.»

3. Полномочия по разработке:

в ДИ внести: «Утверждаются директором, с согласования заместителей директора по медицинской части и хирургической помощи, ОУЧР, юридического отдела, профсоюзного комитета». Пример: Уточнение полномочий по разработке ДИ персонала (пункт 2.19):

Дополнить: «Должностные обязанности сотрудников отделения разрабатываются заведующим, проходят согласование с заместителями директора по медицинской части и хирургической помощи, ОУЧР, юридического отдела, профсоюзного комитета, и утверждаются директором Предприятия».

4. Антикоррупционная ответственность:

Установить: обязательный квартальный отчет в Антикоррупционную комплаенс-службу, форма отчетности, журнал нарушений. Пример: Включение новой редакции пункта 2.12:

2.12 (в новой редакции): «Заведующий несёт персональную ответственность за соблюдение антикоррупционного законодательства. Он обязан:

- проводить ежеквартальный анализ коррупционных рисков в деятельности ОАРИТ;
- предоставлять отчёт в Антикоррупционную комплаенс-службу в утверждённой форме;
- фиксировать случаи нарушения этики, конфликта интересов и неправомερных решений в специальном журнале учета инцидентов.»

5. Назначение процедур:

Уточнить: «В пределах утвержденных клинических протоколов и стандартов». Пример: Изменение формулировки пункта 2.3:

2.3 (в новой редакции): «Согласование переводов пациентов из ОАРИТ осуществляется только на основании консилиумного заключения с участием лечащего врача, заведующего профильного отделения и представителя администрации. Исключения допускаются только по решению директора.»

6. Стратегия подразделения:

Прописать, что стратегия утверждается приказом директора после согласования с заместителем по медчасти.

Пример: Уточнение пункта 2.5:

2.5 (в новой редакции): «Определяет стратегию и направления развития деятельности ОАРИТ, с обязательным утверждением предложений приказом директора после согласования с заместителем по медицинской части и медицинским советом.»

7. Изменение пункта 3.5:

3.5 (в новой редакции): Назначать и отменять лечебно-диагностические мероприятия в пределах утвержденных клинических протоколов и стандартов,

с обязательным документированием оснований в медицинской документации пациента. Решения должны приниматься коллегиально при наличии нестандартной клинической ситуации.

На основе **анализа должностной инструкции главной медицинской сестры** Предприятия выявлены следующие правовые пробелы и элементы широты дискреционных полномочий, способные создавать риски для управления, подотчетности и антикоррупционной устойчивости.

Правовые пробелы

Неурегулированность процедуры дачи распоряжений – пункт 4.9: «дает распоряжения среднему и младшему персоналу и контролирует их выполнение».

Правовой пробел: нет указания на обязательную письменную форму, не определено, как фиксируется контроль, нет порядка обжалования незаконного распоряжения. Это может привести к злоупотреблению полномочиями и давлению на подчиненных.

Обобщённость в разделе ответственности – раздел 5: «несёт ответственность за разглашение информации, за материальный ущерб, дисциплину...»

Правовой пробел: не указаны механизмы расследования, формы актов/выводов, участие комиссий или профсоюза. Это затрудняет защиту прав как работника, так и работодателя.

Антикоррупционные меры не обеспечены механизмом реализации – раздел 6 описывает важные принципы (честность, отказ от взяток), но:

- отсутствуют формы отчетности,
- не указано, кому и как сообщать о коррупции,
- нет порядка регистрации нарушений и их расследования.

Нет упоминания о взаимодействии с комплаенс-службой: при наличии антикоррупционного блока, игнорируется прямое взаимодействие с комплаенс-службой и каналами сообщения о рисках, что снижает эффективность системы внутреннего контроля.

Полномочия по закупкам не определены: последний абзац упоминает, что лицо «инициирующее закупки» несёт ответственность, но:

- не определено, кто именно (должность? уровень?)
- отсутствует механизм согласования заявки, контроль, журнал заявок —

это создаёт серую зону.

Широта дискреционных полномочий

Расстановка кадров – пункты 3.2, 4.4: «организует расстановку средних и младших медработников».

Проблема: не прописан порядок согласования с руководством отделений, профсоюзом или ОУЧР. Это даёт возможность перераспределения кадров без объяснения причин.

Право назначать/предлагать наказание – пункт 4.6: «вносит предложения о поощрении/наказании сотрудников».

Проблема: нет критериев, не определено, на основании чего делается предложение — есть риск субъективного давления и фаворитизма.

Широкое трактование понятия контроля – пункты 3.3, 3.6, 3.9, 3.12–3.14: контроль за документацией, расходами, отходами, растворами и др.

Проблема: при отсутствии регламентов, актов контроля, журналов, эти полномочия могут применяться избирательно или формально, без подотчетности.

Рекомендации:

1. Введение регламента по распоряжениям и контролю исполнения:

Дополнить пункт 4.9: «Все распоряжения, отдаваемые главной медицинской сестрой среднему и младшему персоналу, должны оформляться в письменной форме (в том числе через систему электронного документооборота), регистрироваться в журнале распоряжений и сопровождаться актом исполнения. Устные распоряжения допускаются только в экстренных ситуациях с последующим документированием.»

2. Конкретизация механизма ответственности:

Дополнить раздел 5 «Ответственность» пунктом: «Все случаи ненадлежащего исполнения обязанностей, дисциплинарных проступков и нарушений оформляются актом внутреннего расследования с участием представителя профкома и ОУЧР. Решения по взысканиям принимаются на основании заключения дисциплинарной комиссии.»

3. Дополнить раздел 3 следующими пунктами:

3.26. Контроль за соблюдением санитарных и эпидемических требований, за эксплуатацией оборудования, расходом материалов и документацией осуществляется в соответствии с утвержденными планами-графиками, по итогам которых оформляются акты контроля.

3.27. Все выявленные нарушения подлежат регистрации в журнале внутреннего контроля, с последующим анализом на ежемесячных совещаниях.

4. Дополнить раздел 6 «Антикоррупционные меры» следующими пунктами:

6.6. Главная медицинская сестра ежеквартально предоставляет Антикоррупционной комплаенс-службе отчет по выявленным коррупционным рискам и мероприятиям по их снижению.

6.7. Все обращения и сигналы о коррупционных проявлениях фиксируются в журнале учета и направляются в установленном порядке для дальнейшего рассмотрения.

5. Определение роли в закупках:

Дополнить раздел 5 пунктом: «Лицо, инициирующее закупки, должно быть назначено приказом директора с указанием объема полномочий. Все заявки на закупки товаров и услуг должны сопровождаться обоснованием потребности, согласованием с заведующими отделений и быть зафиксированы в журнале заявок, подлежащем ежеквартальному аудиту.»

6. Уточнение порядка кадровых решений:

Дополнить пункт 4.4: «Распределение кадров осуществляется только по согласованию с заведующими отделений и руководителем ОУЧР. Все изменения в расстановке персонала оформляются служебной запиской и приказом директора.»

7. Конкретизация предложений о взысканиях:

Дополнить пункт 4.6: «Предложения о дисциплинарных взысканиях подаются в письменной форме, с указанием обстоятельств, даты инцидента, объяснительной работника и акта служебной проверки.»

Анализ должностной инструкции врача-анестезиолога-реаниматолога приемно-интенсивного отделения (ПИТ) ОАРИТ, который может создать предпосылки для коррупционных или управленческих рисков.

Правовые пробелы

Назначение и освобождение от должности: "назначается на должность и освобождается от нее приказом директора Предприятия"

Проблема: нет описания конкурсной процедуры, критериев отбора или оценки.

Риск: возможность субъективного или неформального влияния на кадровые решения.

Замещение в период отсутствия: "возлагаются на другого врача, назначенного приказом директора"

Проблема: отсутствуют условия, регламент и логика распределения замещений.

Риск: неравномерная нагрузка, возможное произвольное управление замещениями, основанное на субъективном мнении.

Формулировки обязанностей без привязки к стандартам: "Обеспечивает надлежащий уровень наблюдения", "контролирует процедуры", "организует работу персонала"

Проблема: расплывчатость без привязки к KPI, СОП или утвержденным алгоритмам.

Риск: невозможность объективной оценки выполнения обязанностей, манипуляции в аудитах и при проверках.

Информирование родственников: "сообщает с учетом сохранения врачебной тайны".

Проблема: нет указания на форму, объем и критерии разглашения/неразглашения.

Риск: возможные конфликты с родственниками, юридические последствия, неодинаковая практика.

Ответственность врача: "несет ответственность в пределах, определённых трудовым/гражданским законодательством".

Проблема: не определены внутренние механизмы фиксации и эскалации нарушений.

Риск: низкая управляемость процессом привлечения к ответственности.

Широкие дискреционные полномочия

Назначать и отменять любые лечебно-диагностические мероприятия: "...назначает и отменяет любые мероприятия..."

Риск: при отсутствии двойного контроля или МДК (например, медико-консультативной комиссии) это может приводить к злоупотреблению полномочиями или ошибкам без аудита.

Самостоятельно определяет тактику, откладывает операции: "...откладывает плановую операцию до выполнения его требований..."

Риск: может быть использовано в качестве рычага давления, без двойного контроля или документированной процедуры.

Организует и контролирует работу младшего персонала: "...организует и контролирует работу подчиненного ему персонала..."

Риск: без регламента может приводить к неформальным отношениям, фаворитизму, неравномерному распределению нагрузки.

«Содействует выполнению обязанностей подчиненными».

Риск: неясный статус полномочий: наставник? координатор? формальный руководитель? Нет границ ответственности.

Рекомендации:

Неопределенность назначения/освобождения: утвердить прозрачную процедуру, включающую оценку квалификаций и собеседование.

Замещения — по приказу без правил: ввести таблицу ротации или механизм «первый освободившийся врач».

Расплывчатость обязанностей: привязать к СОП, КРІ, чек-листам.

Полномочия по отмене операций: требовать обязательного второго мнения (подпись заведующего/дежурного координатора).

Ответственность без механизмов: ввести форму "акт фиксирования нарушения", привязать к внутреннему аудиту.

Контроль за подчинёнными без регламента: определить статус "координатора смены", "старшего врача смены", зафиксировать границы

Анализ должностной инструкции сестры-хозяйки

Правовые пробелы

Подотчетность: не указано, кто именно контролирует действия сестры-хозяйки в ежедневной работе (указано только подчинение главной акушерке). Возможность неформального управления, отсутствие контроля.

Регламент работы: отсутствуют ссылки на конкретные нормативные акты (приказы МЗ РК, ГОСТы, СанПиН и т.д.) по учету, хранению, инвентаризации. Усложняет проверку законности действий и применимость нормативов.

Ответственность: описана в общих формулировках, без конкретизации (например: «ненадлежащее исполнение» чего именно?). Трудности в юридической оценке нарушений, уход от ответственности.

Описание обязанностей: некоторые обязанности дублируются или не имеют чётких критериев выполнения (например, «обучение санитарок» — нет формы, регулярности, методики). Возможность субъективного исполнения или игнорирования обязанностей.

Антикоррупционные меры: нет механизма взаимодействия с комплаенс-службой, не указаны сроки/порядок уведомления. Недостаточная реализация антикоррупционной политики на практике.

Широта дискреционных полномочий

Контроль за санитарками: «Обучение и консультирование санитарок» без регламентов. Субъективная оценка, возможные конфликты, неформальное давление.

Управление имуществом: «Обеспечение сохранности и надлежащего состояния имущества» — без механизмов или формы отчётности. Возможность занижения/завышения данных, злоупотребление.

Предложения по улучшению: имеет право «вносить предложения» без процедуры рассмотрения или обратной связи. Инициативы могут игнорироваться или использоваться выборочно.

Оценка качества услуг аутсорсинга: «Взаимодействие по вопросам качества услуг» — без критериев оценки. Возможность субъективного одобрения или жалоб, риск коррупционного взаимодействия.

Ответственность за санитарный режим: общая формулировка без мер реагирования или отчётности. Проблемы при наступлении последствий (например, инфекций в отделении).

Рекомендации:

- Уточнить нормативно-правовую базу: добавить ссылки на действующие приказы, стандарты, внутренние положения.

- Ограничить дискрецию через формализацию процедур: создать формы актов, чек-листы, инструкции для обучения санитарок.

- Уточнить ответственность с привязкой к конкретным действиям и последствиям.

- Внедрить механизмы контроля за исполнением (например, ежемесячные отчёты, акты приёмки).

- Уточнить антикоррупционные меры — добавить пункт о взаимодействии с комплаенс-службой, процедуру информирования.

Рекомендации к обновлению должностной инструкции

1. По устранению правовых пробелов.

- 1.1 Подотчетность – Указать: «Сестра-хозяйка контролируется главной акушеркой/менеджером по СД, а при её отсутствии — ответственным лицом по приказу директора».

- 1.2 Регламент работы: Внести ссылки на применимые нормативные акты: приказы МЗ РК, СанПиН, ГОСТ, внутренние положения.

- 1.3 Ответственность: Конкретизировать ответственность, например: «за отсутствие акта приёма-передачи», «за несвоевременную подачу заявки на инвентарь».

- 1.4 Описание обязанностей: Добавить показатели эффективности исполнения, сроки, формы отчётности (журналы, акты, чек-листы и др.).

- 1.5 Антикоррупционные меры: Добавить обязательство: «ежеквартально взаимодействовать с комплаенс-службой, заполнять форму по коррупционным рискам».

2. По сужению широты дискреционных полномочий.

- 2.1 Контроль за санитарками: Утвердить инструкции по обучению и проверке знаний санитарок, ввести журнал контроля.

- 2.2 Управление имуществом: Ввести формы: акт проверки, журнал перемещения, ежемесячный отчёт.

2.3 Предложения по улучшению: Создать систему: форма предложений → регистрация → обратная связь от руководства.

2.4 Оценка качества услуг: Внедрить чек-лист оценки услуг аутсорсинга, утвердить его руководством.

2.5 Санитарный режим: Закрепить график проверок, журнал нарушений, систему отчётности по мероприятиям.

Анализ Положения «Менеджеры по акушерскому делу»

1. Правовые пробелы

1.1. Назначение и освобождение от должности.

"назначаются и освобождаются от должности приказом директора Предприятия".

Нет описания критериев назначения, процедуры конкурса или оценки кандидатов. Это создает риск субъективного подхода.

1.2. Оценка эффективности персонала.

"проводить оценку эффективности работы персонала отделения и поиск путей для улучшения".

Отсутствуют чёткие критерии оценки или ссылки на утвержденные формы/методики. Это даёт возможность для манипуляций и давления на подчинённых.

1.3. Внесение предложений о поощрениях и взысканиях.

"вносить предложения о поощрении работников или наложении на них дисциплинарных взысканий".

Не описаны основания и формы этих предложений, нет процедуры проверки. Возможен выборочный подход.

1.4. Контроль за ведением документации:

"контроль за правильным ведением учетной документации и ввода данных в информационные системы".

Не указано, какие именно документы, в какой форме и с какой периодичностью. Это оставляет место для двойных стандартов.

1.5. Замещение на время отсутствия.

"замещения осуществляется по согласованию с главной акушеркой приказом директора".

Процедура замещения не регламентирована — нет сроков, нет формы заявления или согласования, что создает возможность для фаворитизма.

2. Широкие дискреционные полномочия

2.1. "Рациональная организация труда".

Термин слишком абстрактный. Можно оправдать любые решения без конкретных показателей.

2.2. "Создание благоприятного микроклимата".

Отсутствие чётких индикаторов. Может использоваться для морального давления или оправдания кадровых решений.

2.3. "Предоставление информации подчиненным лицам".

"своевременно предоставлять информацию подчинённым лицам, необходимую для выполнения обязанностей".

Понятие "своевременно" и "необходимая информация" не расшифрованы — это даёт возможность влиять на качество работы персонала через ограничение доступа к информации.

Рекомендации.

1. Утвердить чёткие критерии назначения, оценки и замещения менеджеров.
2. Разработать регламенты по дисциплинарным и поощрительным мерам.
3. Ввести механизм апелляции для подчинённых.
4. Ограничить личную интерпретацию "эффективности" и "рациональности" через KPI и показатели.
5. Создать реестр решений по персоналу, подлежащий внутреннему аудиту.

Анализ должностной инструкции менеджеров по сестринскому делу (СД) и акушерскому делу (АД).

1. Правовые пробелы

1.1 Нормативная база. Не указаны конкретные законы, приказы МЗ, стандарты, на которых основаны обязанности. Например, не ссылались на Приказ МЗ РК от 22 октября 2020 года №ҚР ДСМ-148/2020 или другие регламенты. Это делает документ уязвимым при спорах.

1.2 Ответственность. Формулировки об ответственности размыты: "несет ответственность в пределах законодательства". Нет расшифровки по видам дисциплинарной, административной или материальной ответственности.

1.3 Полномочия по контролю. Указан "контроль за работой", но не уточнены процедуры, механизмы фиксации нарушений, последствия. Это может быть предметом спора с подчиненными.

1.4 Назначение и освобождение от должности. Не описаны порядок назначения/освобождения от должности, подчиненность, замещение. Эти процедуры должны быть закреплены четко, особенно в случае споров или проверок.

1.5 Работа с персональными данными. Упомянута "конфиденциальность", но нет конкретики по Закону РК «О персональных данных и их защите». Важно прописать соблюдение конкретных процедур защиты персональных данных.

2. Дискреционные полномочия

2.1 Оценка деятельности персонала. Формулировки вроде «оценка деятельности», «представление к поощрению или наказанию» без критериев. Возможность субъективного подхода, конфликтов, обжалования.

2.2 Распределение обязанностей. Широкое усмотрение: "распределяет обязанности между медработниками". Может привести к перегрузке отдельных сотрудников или конфликтам.

Выводы

Правовые пробелы делают документ уязвимым с юридической точки зрения. Их стоит устранить путем:

- добавления ссылок на законы и приказы,
- детализации обязанностей и ответственности,
- описания регламентов контроля и дисциплины.

Дискреционные полномочия менеджера довольно широки, что полезно для инициативных работников, но при отсутствии формализованных критериев может привести к:

- субъективности в оценке и управлении,
- сложностям при проверках или конфликтных ситуациях.

Рекомендации.

1. Вставка ссылки на нормативные акты.

В начало документа (после наименования должности):

Настоящая должностная инструкция разработана в соответствии с:

- Трудовым кодексом Республики Казахстан;
- Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- Приказом Министра здравоохранения РК от 22 октября 2020 года №ҚР ДСМ-148/2020;
- Приказами и внутренними нормативными актами Предприятия.

2. Уточнение ответственности.

Раздел «Ответственность»:

Менеджер по сестринскому делу несет ответственность:

- За нарушение норм законодательства РК, приведших к ущербу пациентам или учреждению;
- За неисполнение или ненадлежащее исполнение должностных обязанностей;
- За несоблюдение конфиденциальности персональных данных, в соответствии с Законом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- За нарушение санитарно-эпидемиологических требований (в соответствии с Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

3. Формализация дискреционных решений

В раздел «Должностные обязанности» — добавить подзаголовки с критерием:

Оценка работы персонала.

Оценка деятельности среднего и младшего медперсонала осуществляется по результатам:

- соблюдения стандартов ухода,
- ведения документации без нарушений,
- результатов внутреннего аудита,
- жалоб/обращений пациентов и коллег.

По итогам оценки формируется служебная записка с предложением о поощрении или дисциплинарных мерах.

Обучение и повышение квалификации

Менеджер составляет годовой план обучения, согласованный с главной медицинской сестрой и ОУЧР, в котором:

- отражаются приоритетные направления обучения,

- указывается формат (семинар, стажировка, онлайн-курс),
- приводятся ответственные лица и сроки.

4. Добавление механизма принятия решений

Новый раздел: «Порядок принятия управленческих решений».

Все инициативы по изменениям в организации ухода, графиках, обязанностях, методах работы оформляются в виде:

- служебной записки на имя директора или заместителя директора,
- протокола совещания с подписью участников,
- внутреннего приказа с визированием всех заинтересованных сторон.

Анализ Положения отделения женского здоровья (ОЖЗ).

Кадровые назначения и перемещения. «Прием, увольнение, перемещение сотрудников производится на основании приказа директора...»

Риск назначения персонала без прозрачных критериев. Возможность протекционизма.

Закуп медицинского оборудования и изделий. «Планирование и закуп нового медицинского оборудования...», «Составление заявки на изделия медицинского назначения...».

Риск лоббирования интересов поставщиков, завышение потребностей в заявках.

Оказание платных медицинских услуг. «Реализация медицинских услуг согласно утвержденному объему в рамках ГОБМП и платных услуг.»

Риск злоупотребления полномочиями при оказании услуг за оплату (необоснованное направление пациентов на платные услуги).

Ведение отчетности и статистики. «Правильное ведение медицинской документации, предоставление оперативной информации и статистической отчетности...».

Риск искажения данных о деятельности отделения в целях сокрытия недочетов или улучшения показателей.

Использование имущества отделения. «Обеспечивать сохранность документации, имущество отделения.».

Риск нецелевого использования помещений, оборудования и расходных материалов в личных целях.

Рассмотрение жалоб. «Рассматривать обращения и принимать меры по устранению выявленных недостатков.».

Риск игнорирования или сокрытия жалоб пациентов о нарушениях.

Условно допускаются коррупционные риски. В данном случае возникают коррупционные риски, связанные с юридико-лингвистической неопределенностью. Во-первых, формулировка, содержащаяся в Положении ОЖЗ и ДИ заведующего ОЖЗ, которая имеет неясный или двоякий смысл и таким образом, допускает неправомерные толкования. Невозможность установления из содержания внутреннего документа непосредственного подчинения должностным лицам. При непосредственном подчинении двум должностным лицам, образуется, так называемая «вилка», что может привести к конфликту либо неисполнению поручений одного из двух непосредственных

руководителей, а также при определении ответственности непосредственных руководителей за своих подчиненных.

Во-вторых, согласно организационной структуре Предприятия, утвержденной решением Наблюдательного совета от 19 июня 2025 года № 30, должности главного врача и заместителя главного врача по амбулаторной службе отсутствуют.

Так, в п. 1.8. Положения ОЖЗ регламентировано, что «Отделение женского здоровья подчиняется непосредственно руководителю амбулаторной службы, заместителю директора по родовспоможению Предприятия ...».

Однако, в разделе 1 ДИ заведующего ОЖЗ, определено, что «Заведующий отделением, при выполнении своих должностных обязанностей подчиняется непосредственно главному врачу и заместителю главного врача по амбулаторной службе».

Во-третьих, титульный лист Положения ОЖЗ, в части «Название документа» приведена неправильная формулировка, где указано «Должностная инструкция врача акушера-гинеколога».

Рекомендации

1. Все кадровые назначения и перемещения проводить через конкурсные процедуры или с обязательным согласованием с ОУЧР и профсоюзом.

2. Формировать заявки на закуп оборудования на основе прозрачных потребностей, утвержденных проектно-бюджетной комиссией, с обязательным сравнением коммерческих предложений.

3. Разработать критерии отбора пациентов на платные услуги; вести журнал учета предложений и направлений на платные услуги.

4. Вести двойной контроль отчетности: обязательная проверка статистических данных ответственными за качество.

5. Проводить антикоррупционные тренинги для сотрудников, работающих напрямую с пациентами (особенно по ВРТ, ЭКО и консультациям).

6. Проводить ежегодную инвентаризацию имущества с участием представителей бухгалтерии и внутреннего аудита.

7. Организовать внутренний аудит рассмотрения жалоб пациентов.

8. Привести ДИ заведующего ОЖЗ в соответствие с Положением об ОЖЗ.

9. Рекомендуется определить непосредственное подчинение одному должностному лицу, с функциональным подчинением другим руководителям.

10. Наименование должностей привести в соответствие с должностями, указанными в организационной структуре Предприятия, утвержденной решением Наблюдательного совета от 19 июня 2025 года № 30.

Непосредственное подчинение — это подчинение руководителю подразделения, в котором трудоустроен сотрудник.

Функциональное подчинение — это частичное подчинение руководителям других отделов или служб Предприятия в соответствии с внутренними регламентами.

Непосредственный руководитель отвечает за использование рабочего времени сотрудником и требует от него соблюдения норм и правил Предприятия.

Функциональный руководитель задействует сотрудников для решения определенных задач в рамках своих полномочий.

У сотрудника, может быть, только один непосредственный руководитель и неограниченное количество функциональных руководителей. Сотрудник выполняет все прямые распоряжения непосредственного руководителя и в определенных областях — указания и рекомендации функциональных руководителей. Права и полномочия функционального руководителя прописываются как в должностной инструкции самого руководителя, так и в должностных инструкциях подчиненных ему сотрудников.

Положение о таблице учета использования рабочего времени.

Так, в соответствии с п.42 Положения «На период учебного отпуска, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком, отпуска без сохранения заработной платы за работником сохраняется место работы (должность), без сохранения Времени работы в праздничные и выходные дни производиться в повышенном полуторном размере исходя из дневной (часовой) ставки работника».

Условно допускаются коррупционные риски. В данном случае возникают коррупционные риски, связанные с юридико-лингвистической неопределенностью. Формулировка, содержащаяся в Положении, которая имеет неясный или двоякий смысл и таким образом, допускает неправомерные толкования. Невозможность установления из содержания внутреннего документа ответственного за принятие решение должностного лица.

Рекомендации.

Пункт 42 Положения о таблице учета использования рабочего времени – привести в соответствие.

Выводы:

Положения структурных подразделений и ДИ иных медицинских работников Предприятия в большинстве случаев идентичны. Анализ показал, что они также содержат ряд норм, сформулированных в общем виде, с обширными возможностями для дискреционного подхода и отсутствием процедурной детализации.

Рекомендации:

В целях минимизации и устранения условий для коррупционных рисков, повышения прозрачности, подотчетности и контроля пересмотреть Положения и ДИ всех структурных подразделений Предприятия, с учетом вышеуказанных рекомендаций.

Установление права вместо обязанности должностных лиц

Диспозитивное установление возможности совершения должностными лицами действий в отношении граждан и организаций – **не установлено.**

Завышенные требования к лицу, предъявляемые для реализации принадлежащего ему права.

Завышенных требований, предъявляемые для реализации принадлежащего лицу права, которые превышают степень разумных (необходимых) требований и/или предъявление которых не обосновано нормами законодательства – **не установлено.**

Наличие излишних административных барьеров

Установление требований, выполнение которых необходимо для реализации физическими и юридическими лицами своих прав, из которых вытекают полномочия должностных лиц отказать в реализации права, приостановить или ликвидировать деятельность, либо привлечь к ответственности - **не установлено.**

Ненадлежащее определение функций, обязанностей, прав и ответственности

Анализ Положений и Должностных инструкций структурных подразделений показал ряд коррупционных факторов:

1. Не установлена персональная ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение должностных обязанностей;
2. Не определена процедура контроля за исполнением должностными лицами обязанностей и полномочий.

Рекомендации.

Внедрение четких должностных инструкций с описанием:

- Обязанностей и прав;
- Ответственности за неисполнение;
- Сроков исполнения и критериев оценки.

Разработка Положения об ответственности работников, которое предусматривает:

- Виды нарушений и ответственность за них;
- Порядок привлечения к дисциплинарной и материальной ответственности;
- Ведение персонального учета выполнения обязанностей (в системах контроля задач, журналов, чек-листов).

Включение положений о персональной ответственности в трудовые договоры, включая:

- Пункты о санкциях за бездействие;
- Условия о возмещении ущерба, причиненного бездействием/нарушением;
- Регулярное проведение оценки деятельности работников (аттестации, КРІ, проверка отчетов).

Установление фактов использования служебной и иной информации, не подлежащей официальному распространению, в целях получения или извлечения имущественных и неимущественных благ и преимуществ:

В Предприятии сотрудники соблюдают требования по использованию служебной информации, не подлежащей официальному распространению. Основной программой работы медицинских работников является Комплексная медицинская информационная система «Акгюн», которая требует двухэтапной аутентификации пользователя для обеспечения дополнительной защиты информации. Фактов использования служебной информации для извлечения имущественных и неимущественных благ и преимуществ не зафиксировано.

Для сведения: решением Наблюдательного совета Предприятия от 31 августа 2022 года №14 утверждены:

- Правила обеспечения сохранности коммерческой и служебной тайны Предприятия;
- Инструкция по обеспечению сохранности коммерческой и служебной тайны Предприятия.

Анализ организационно-управленческой деятельности

1. Управление персоналом

1.1. **Определение должностей, подверженных коррупционным рискам** – определены и изложены в Перечне должностей, подверженных коррупционным рискам;

1.2. Неурегулированность вопросов порядка отбора и назначения на должность – **не обнаружены;**

1.3. Назначение на должность без проведения конкурсного отбора – **не обнаружены;**

1.4. Формальное проведение конкурсного отбора, принятие на работу лиц, не соответствующих квалификационным требованиям – **не обнаружены;**

1.5. Не размещение, несвоевременное и/или неполное размещение информации о наличии вакансии, квалификационных требований, перечне необходимых документов, лицах, допущенных к различным этапам отбора – **не обнаружены;**

1.6. Отсутствие сроков проведения этапов отбора (размещение объявления о вакансии, прием документов, собеседования, тестирования и т.д.) - **не установлены;**

1.7. Отсутствие механизма формирования и защиты вопросов для проведения собеседования и тестирования - **не установлены;**

1.8. Создание неравных условий для кандидатов - **не установлены;**

1.9. Не обеспечение мер по урегулированию конфликта интересов у лиц, принимающих решение о приеме кандидатов на работу - **не установлены;**

1.10. Повышение работников в должности, перевод на иные должности без проведения конкурсного отбора - **не установлены;**

1.11. Закрытость информации о заработных платах, поощрениях работников объекта анализа - **не обнаружены;**

1.12. Поощрение работников при наличии не снятых дисциплинарных взысканий - **не установлены;**

1.13. Большой удельный вес досрочно снятых дисциплинарных взысканий - **не обнаружены;**

1.14. Поощрение работников на усмотрение должностных лиц объекта анализа вне зависимости от результатов работы - **не обнаружены;**

1.15. Снятие дисциплинарных взысканий в чрезмерно короткие сроки - **не установлены;**

1.16. Не применение мер дисциплинарного характера к лицам, совершившим или допустившим нарушения законодательства, нарушения или ограничения прав физических или юридических лиц и др. - **не обнаружены.**

2. Установление фактов осуществления должностных обязанностей при наличии конфликта интересов.

2.1. Штатная численность Предприятия на период проведения ВАКР составляет 2 152,25 единиц. Среди них установлены работники, являющиеся близкими родственниками. Вместе с тем, их деятельность не находится в прямом подчинении, либо не являются совместной службой в рамках одного структурного подразделения. Конфликт интересов **не установлен.**

2.2. Отсутствие документа (политики), регулирующего процедуры по урегулированию конфликта интересов - **не установлено;**

2.3. Отсутствие лица, на которое возложены функции по мониторингу и урегулированию конфликта интересов – возложены на ОУЧР;

2.4. Непринятие мер по мониторингу конфликта интересов и его урегулированию – **не установлены;**

2.5. Наличие противоречий между административными регламентами, должностными инструкциями с одной стороны и плановыми показателями - с другой стороны – **не обнаружены;**

2.6. Наличие противоречий между регулятивными и контрольными функциями – **не обнаружены;**

2.7. Факты конфликта интересов у работников объекта анализа при выполнении ими должностных функций – **не обнаружены;**

2.8. Отсутствие требований по урегулированию конфликта интересов в документах, регулирующих деятельность коллегиальных органов – **не обнаружены.**

2.9. Установление фактов принятия лицами, уполномоченными на выполнение государственных функций, и лицами, приравненными к ним, материального вознаграждения, подарков или услуг за действия (бездействие) в пользу лиц, их предоставивших, если такие действия входят в служебные полномочия – фактов принятия лицами, уполномоченными на выполнение государственных функций, и лицами, приравненными к ним, материального вознаграждения, подарков или услуг за действия (бездействие) в пользу лиц, их предоставивших, если такие действия входят в служебные полномочия – **не установлено.**

Вместе с тем, такие факты установлены среди врачебного персонала, среднего медицинского персонала, младшего медицинского персонала:

1) 6 февраля 2025 года и 13 февраля 2025 года в приемную директора Предприятия акушером-гинекологом Отделения родильного блока Райымбековой А.А. доставлены книги общей численностью 20 экземпляров на общую сумму 142 500 (сто сорок две тысячи пятьсот) тенге для передачи директору Предприятия. О факте доставки книг было сообщено директору Предприятия заведующей канцелярией Хангелді А.А. 13 февраля 2025 года. По данному факту директором Предприятия издан приказ от 14 февраля 2025 года № 173-Ө «О создании Комиссии по проведению служебного расследования». По результатам служебного расследования, по рекомендации Дисциплинарной комиссии, приказом директора Предприятия от 25 февраля 2025 года № 196-Ө Райымбековой А.А. вынесено дисциплинарное взыскание в виде строгого выговора. Книги возвращены Райымбековой А.А. по Акту возврата книг от 18 февраля 2025 года.

2) 8 марта 2025 года установлен факт принятия санитаркой Отделения приемного покоя акушерского блока Маликовой З.С. незаконного вознаграждения от физического лица (далее – партнер) в размере 10 000 (десять тысяч) тенге за доступ в родильный зал для участия в партнерских родах без наличия документа, подтверждающего прохождение ежегодной плановой флюорографии. Данная сумма была перечислена партнером безналичным переводом на номер мобильного телефона санитаркой Отделения приемного покоя акушерского блока Тортеновой Б.С., к которому привязан ее счет в мобильном приложении «Kaspi.kz». По устному замечанию и требованию и.о. заведующей Отделением приемного покоя акушерского блока Кудериной Г.С. Тортенова Б.С. вернула вышеуказанную сумму партнеру путем перечисления безналичным переводом на счет в мобильном приложении «Kaspi.kz». Кудерина Г.С. поставила в известность руководство Предприятия о данном факте. По данному факту директором Предприятия издан приказ от 12 марта 2025 года № 209-Ө «О создании Комиссии по проведению служебного расследования». По результатам рассмотрения дела по рекомендации дисциплинарной комиссии приказом директора Предприятия от 2 апреля 2025 года № 249-Ө Маликовой З.С. и Тортеновой Б.С. вынесено дисциплинарное взыскание в виде строгого выговора в соответствии со статьей 64 Трудового кодекса Республики Казахстан. Приказом директора Предприятия от 7 апреля 2025 года № 371-ж с Маликовой З.С. расторгнут трудовой договор по соглашению сторон с 7 апреля 2025 года в соответствии со статьей 49 Трудового кодекса Республики Казахстан.

3) 13 октября 2025 года на имя директора Предприятия Турсынбаева Н.Н. от главной акушерки Предприятия Акбаровой А.М. поступила докладная, зарегистрированная в Отделе канцелярии Предприятия за № 03/01-1003 от 14 октября 2025 года (далее – докладная). В данной докладной Акбарова А.М. сообщает, что санитаркой Отделения приемного покоя акушерского блока Предприятия Сабитовой Г.П. и санитаркой Отделения приемного покоя акушерского блока Предприятия Рахметовой Б.З. были получены денежные средства в размере 4000 тенге у супруга пациентки Пулатовой У., поступившей

в Отделение приемного покоя акушерского блока Предприятия 6 октября 2025 года в 19:03 часов. По данному факту от вышеуказанных работников Предприятия получены объяснительные, прилагаемые к докладной. Санитарка Отделения приемного покоя акушерского блока Предприятия Сабитова Г.П. в объяснительной на имя руководителя Антикоррупционной комплаенс-службы Предприятия Бахытжанова А.Б. от 9 октября 2025 года поясняет следующее: 6 октября 2025 года около 19:00 часов она доставила пациентку Пулатову Улбосын в родильный зал Отделения родильного блока. После доставки в родильный зал супруг пациентки Пулатовой У. попросил ее передать пациентке телефон. При этом он дал Сабитовой Г.П. 4000 тенге, с тем чтобы поделиться с ней своей радостью. Далее Сабитова Г.П. из указанной суммы дала своей коллеге 2000 тенге. В заключительной части объяснительной Сабитова Г.П. обязуется более не совершать повторно подобных действий. Санитарка Отделения приемного покоя акушерского блока Предприятия Рахметова Б.З. в объяснительной на имя руководителя Антикоррупционной комплаенс-службы Предприятия Бахытжанова А.Б. от 9 октября 2025 года поясняет следующее: 6 октября 2025 года около 19:00 часов, во время доставки пациентки в Отделение родильного блока, Рахметова Б.З. находилась в лаборатории с анализами экстренного пациента. При этом с пациенткой Пулатовой У. и ее супругом она не виделась. Далее Сабитова Г.П. дала ей 2000 тенге. На вопрос Рахметовой Б.З. о том, откуда у Сабитовой Г.П. данные денежные средства, Сабитова Г.П. ответила, что супруг одной пациентки таким образом поделился с ней своей радостью. Санитарка Отделения родильного блока Предприятия Ергасам Г. в объяснительной на имя директора Предприятия Турсынбаева Н.Н. от 14 октября 2025 года поясняет следующее: по прибытии на работу 6 октября 2025 года в 08:00 часов, после принятия родзала № 2, в том родзале приступила к процедуре по гигиеническому уходу за находящейся там пациенткой, имя и фамилия которой в объяснительной не указаны. По завершении данных процедур пациентка спросила у Ергасам Г. ее номер в мобильном приложении «Kaspi.kz», после чего перечислила на ее номер сумму в размере 10000 тенге в качестве благодарности. Ергасам Г. выразила отказ от принятия данной суммы, но пациентка настояла, мотивируя это тем, что она довольна ее работой. Далее Ергасам Г. обязуется более не совершать повторно подобных действий. 6 октября 2025 года Ергасам Г. осуществила возврат суммы 10000 тенге вышеупомянутой пациентке путем перевода в мобильном приложении «Kaspi.kz». Служебное расследование по вышеизложенным обстоятельствам проведено Комиссией по проведению служебного расследования в соответствии с приказом директора Предприятия от 22 октября 2025 года № 518-Ө. По результатам рассмотрения служебного расследования, дисциплинарной комиссией принято решение направить директору Предприятия рекомендации о применении в отношении виновных лиц дисциплинарного взыскания в виде выговора в соответствии со статьями 64, 65, 66 Трудового кодекса Республики Казахстан. Приказами директора Предприятия от 29 октября 2025 года №1528-ж/қ и от 12 ноября 2025 года №1590-ж/қ в отношении Сабитовой Г.П., Рахметовой Б.З. и Ергасам Г. применено дисциплинарное взыскание в виде выговора.

4) В соответствии с приказом директора Предприятия от 22 декабря 2025 года № 577-Ө проведено служебное расследование по факту обнаружения в личных шкафчиках акушерок Отделения родильного блока предприятия Тургуновой М.М., Хамидолловой М.А., Лепесбаевой А.С., Шотановой Ж.Н., Абдуллаевой Ұ.Б. лекарственных средств и изделий медицинского назначения, принадлежащих Предприятию. Данный факт установлен в ходе обхода и проверки помещений Отделений родильного блока Предприятия главной акушеркой Предприятия Акбаровской А.М., проведенного 10 декабря 2025 года. Принадлежность вышеперечисленных лекарственных средств и изделий медицинского назначения Предприятию установлена согласно Акту описи имущества от 11 декабря 2025 года. По Заключению служебного расследования от 23 декабря 2025 года и рекомендации Дисциплинарной комиссии Предприятия, приказом директора Предприятия от 30 декабря 2025 года №1759-ж/қ Тургуновой М.М., Хамидолловой М.А., Лепесбаевой А.С., Шотановой Ж.Н., Абдуллаевой Ұ.Б., а также и.о. менеджера Отделения родильного блока Предприятия Турмагамбетовой С.Т. вынесено дисциплинарное взыскание в виде выговора.

Выводы:

1) В 2025 году и за отчетный период 2026 года в клиническом блоке Предприятия подобных фактов не выявлено, что свидетельствует о положительных результатах работы, направленной на формирование и укрепление антикоррупционной культуры и нулевой терпимости к коррупционным проявлениям среди работников клинического блока Предприятия;

2) Вышеперечисленные нарушения допущены работниками акушерского блока Предприятия, что свидетельствует о недостаточном уровне антикоррупционной культуры и нулевой терпимости к коррупционным проявлениям среди работников акушерского блока Предприятия;

3) Возможные причины более высоких рисков коррупционных правонарушений в акушерском блоке:

- особенности работы, связанные с контингентом пациентов, обслуживаемых в акушерском блоке, предоставляющие медицинскому персоналу возможность непосредственного контакта с супругами и родственниками пациентов и связанной с этим возможностью требования и получения незаконного вознаграждения за действие или бездействие;

- участие супругов, родственников либо законных представителей пациентов в партнерских родах создает условия и предпосылки для получения медицинским персоналом незаконного вознаграждения за допуск к партнерским родам лиц, не имеющих права участия на партнерские роды, в обход требований, установленных законодательством и внутренними нормативными документами Предприятия;

- факт рождения детей, являющийся радостным и волнительным событием для супругов и родственников пациентов, может создавать предпосылки и поводы для медицинского персонала использовать данные обстоятельства для получения незаконного вознаграждения.

Для сведения: в данном направлении комплаенс-службой приняты меры в акушерском блоке – 2 апреля 2025 года руководителем комплаенс-службы проведена разъяснительная беседа с коллективом акушерского блока Предприятия – с работниками младшего медицинского персонала по соблюдению антикоррупционных ограничений. Встреча проведена в целях разъяснения требований антикоррупционного законодательства Республики Казахстан и соответствующих внутренних нормативных актов Предприятия в части соблюдения антикоррупционных ограничений в целях формирования антикоррупционной культуры в Предприятии.

Рекомендации:

1) Обеспечить усиление контроля со стороны директора, заместителей директора, должностных лиц и руководителей структурных подразделений Предприятия по соблюдению в вверенных им подразделениях антикоррупционного законодательства Республики Казахстан и внутренних нормативных актов Предприятия, регулирующих вопросы противодействия коррупции;

2) Обеспечить усиление контроля со стороны директора, заместителей директора, должностных лиц и руководителей структурных подразделений Предприятия по соблюдению в вверенных им подразделениях в части обеспечения сохранности вверенного имущества Предприятия;

3) Директору Предприятия, заместителю директора Предприятия по родовспоможению усилить работу по формированию и укреплению антикоррупционной культуры и нулевой терпимости к коррупционным проявлениям среди работников акушерского блока Предприятия;

4) Введение полного запрета на подарки (даже символические), закрепленного в Антикоррупционном стандарте Предприятия;

5) Внести дополнения в должностные инструкции работников, касательно персональной ответственности за принятие материального вознаграждения, подарков или услуг за действия (бездействие) в пользу лиц, их предоставивших;

6) Обучение персонала антикоррупционным стандартам;

7) Информирование пациентов в части соблюдения антикоррупционного законодательства и о требованиях внутренних нормативных актов Предприятия.

Оказание государственных услуг

В сфере оказания государственных услуг рекомендации по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных в ходе ВАКР в 2025 году были изложены в Аналитической справке за 2025 год, а также в Плане мероприятий на 2025 год.

Служебные записки с напоминаниями комплаенс-службы по исполнению Плана мероприятий на 2025 год направлялись директору Предприятия служебной запиской от 4 августа 2025 года № 03/01-668, служебной запиской от 24 ноября 2025 года и служебной запиской от 11 марта 2026 года.

К началу даты проведения текущего ВАКР от ответственных структурных подразделений Предприятия, указанных Плане мероприятий на 2025 год в качестве исполнителей, в комплаенс-службу не поступала информация по исполнению рекомендаций.

В связи с чем, данные рекомендации считаются неисполненными и сохраняется необходимость их включения в настоящую аналитическую справку и в План мероприятий по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам ВАКР в Предприятии на 2026 год.

В связи с этим в настоящей аналитической справке ниже приведены выводы и рекомендации касательно сферы оказания государственных услуг.

Предприятие, в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) оказывает следующие виды медицинской помощи:

- в плановом порядке – по направлению специалистов первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) или другой организации здравоохранения;
- по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) – вне зависимости от наличия направления

В Предприятии медицинская помощь всем пациентам, беременным, роженицам, родильницам и женщинам вне беременности оказывается в рамках ГОБМП и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - ОСМС), в рамках добровольного медицинского страхования в соответствии с Законом Республики Казахстан "О страховой деятельности", на платной основе согласно Правилам и условиям оказания платных услуг в организациях здравоохранения, утвержденным приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 апреля 2015 года.

Медицинская помощь оказывается по следующим профилю:

- аллергология
- гастроэнтерология
- гинекология
- кардиология
- аритмология
- кардиохирургия
- колопроктология
- неврология
- нейрохирургия
- нефрология
- отоларингология
- офтальмология
- пульмонология
- ревматология
- сосудистая хирургия
- торакальная хирургия
- травматология

- терапия
- урология
- хирургия
- челюстно–лицевая хирургия
- медицинская реабилитация и восстановительное лечение: кардиология, кардиохирургия, неврология, травматология
- родовспоможение
- патология беременных
- выхаживание новорожденного
- хирургия новорожденных
- гинекология для детей
- медицинская реабилитация (отделение катамнеза)
- медико-генетическое консультирование
- диагностические исследования (КТ, МРТ)

1) Несоответствие фактических процессов оказания государственных услуг установленным требованиям, в том числе системные факты нарушения сроков оказания услуг, истребования не предусмотренных правовыми актами документов, факты нарушения порядка процедур оказания услуг – **не установлены;**

2) Противоречия требований, предусмотренных в правилах оказания государственной услуги нормам вышестоящих нормативных правовых актов - **не установлены;**

3) Ненадлежащая работа информационных систем, используемых при оказании государственных услуг, приводящая к нарушению установленного порядка - **не установлена;**

4) Возможность «ручной» корректировки процессов оказания государственной услуги при использовании информационных систем - **не установлена;**

5) Прием документов и выдача результатов оказания государственных услуг непосредственно через услугодателя - **соответствует;**

6) Постановка на утрату правил по оказанию государственных услуг без утверждения нового правового акта – **не обнаружена;**

7) Чрезмерно длительное принятие правового акта, регулирующего оказание государственной услуги - **не обнаружена;**

8) Оказание «скрытых» государственных услуг, выдача разрешительных документов или согласований в порядке, установленном Законом РК «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц» - **не установлена.**

Реализация разрешительных функций

Предприятие не реализует разрешительные функции.

Реализация контрольно-ревизионных функций

Предприятие не реализует контрольно-ревизионных функций.

Освоение и распределение бюджетных и финансовых средств

В сфере освоения и распределения бюджетных и финансовых средств рекомендации были изложены в Аналитической справке за 2025 год, а также в Плане мероприятий на 2025 год.

Служебные записки с напоминаниями комплаенс-службы по исполнению Плана мероприятий на 2025 год направлялись директору Предприятия служебной запиской от 4 августа 2025 года № 03/01-668, служебной запиской от 24 ноября 2025 года и служебной запиской от 11 марта 2026 года.

К началу даты проведения текущего ВАКР от ответственных структурных подразделений Предприятия, указанных в Плане мероприятий на 2025 год в качестве исполнителей, в комплаенс-службу не поступала информация по исполнению рекомендаций.

В связи с чем, данные рекомендации считаются неисполненными и сохраняется необходимость их включения в настоящую аналитическую справку и в План мероприятий по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам ВАКР в Предприятии на 2026 год.

В связи с этим в настоящей аналитической справке ниже приведены выводы и рекомендации касательно сферы освоения и распределения бюджетных и финансовых средств.

1) Отсутствие коллегиального органа, утверждающего бюджет или освоение финансовых средств - **не установлена (определена Проектно-бюджетная комиссия);**

2) Отсутствие документа, регламентирующего деятельность коллегиального органа в том числе положений по урегулированию конфликта интересов, персональной ответственности членов коллегиального органа - **не установлена (Положение о Проектно-бюджетной комиссии);**

3) Отсутствие или слабая проработка видов отчетности, механизмов мониторинга, внутреннего и внешнего контроля за процедурами освоения и распределения бюджетных и финансовых средств – **не установлена (осуществляется ежегодный независимый аудит);**

4) Отсутствие или слабая проработка видов отчетности по освоению бюджетных и финансовых средств - **не установлена (ежегодно формируется финансовая отчетность с публикацией на официальном сайте Предприятия);**

5) Отсутствие системы управления рисками – **установлена:** руководство и персонал не осведомлены о существующих коррупционных уязвимостях. Без системы рисков невозможно установить, кто отвечает за выявление и устранение нарушений. Бизнес-процессы строятся по усмотрению исполнителей, без оценки их коррупционной уязвимости. Нет инструментов для выявления и устранения коррупционных факторов на ранней стадии. Высокая вероятность сокрытия нарушений. Без системы управления рисками отсутствует доверие со стороны партнеров, сотрудников и регуляторов.

Риски:

- Невозможность локализовать источник проблемы.
- Уход от ответственности под предлогом «не знал/не предусмотрено».
- Системное нарушение процедур.
- Внедрение коррупционных схем до момента выявления ущерба.
- Скрытые конфликты интересов.
- Использование служебного положения в личных целях.
- Устные договоренности без контроля.
- Оплата фиктивных услуг.
- Переплаты по контрактам.
- Потери имущества, оборудования, медикаментов и др.
- Невозможность доказать халатность или умысел.

Рекомендации.

Определить ответственных лиц и/или структурное подразделение за управления рисками в Предприятии.

6) Отсутствие в организационной структуре Предприятия подразделений по внутреннему аудиту, внутреннему контролю при оперировании объектом анализа значительными суммами бюджетных и финансовых средств – **не установлено** (в соответствии с утвержденной организационной структурой Предприятия, в структуре Предприятия предусмотрена Служба внутреннего аудита);

7) Отсутствие за предыдущие 2 года мероприятий по аудиту, ревизии и иных мер финансового контроля при оперировании объектом анализа значительными суммами бюджетных и финансовых средств – **не установлены**;

8) Непрозрачность расходования бюджетных и финансовых средств, в том числе несоблюдение п.п.9 ст. 6 Закона РК «О доступе к информации» - **не установлены**;

9) Несоответствие количества и объема закупаемых товаров и услуг их фактической потребности (натуральным нормам) – **не установлены**;

10) Необоснованность цены за единицу товара – **не установлены**;

11) Несоответствие запланированной стоимости рыночной стоимости товаров – **не установлены**;

12) Несвоевременность размещения плана закупок на портале государственных закупок – **не установлены**;

13) Наличие характеристик в технических спецификациях, относящих закупку к конкурентному поставщику, так называемые «заточки» – **не установлены**;

14) Наличие фактов пересмотра или отмены закупок по результатам камерального контроля со стороны органов государственного аудита – **установлены**. За отчетный 2024 год наличие фактов выявления нарушений при проверке органов государственного аудита и финансового контроля – **установлены**.

За 2024 год РГУ "Департамент внутреннего государственного аудита по городу Астане Комитета внутреннего государственного аудита Министерства финансов Республики Казахстан" установлены 11 нарушений в государственных закупках, касательно:

1. Нарушения пп.1) п.238 Правил осуществления государственных закупок, утвержденных приказом Министра финансов Республики Казахстан от 11 декабря 2015 года № 648, связанные с необоснованным допуском потенциального поставщика в нарушение п.3 ст.9 Закона РК «О государственных закупках» конкурсной комиссией. Нарушение пункта 238 Правил осуществления государственных закупок — когда конкурсные заявки допускаются необоснованно, несмотря на их несоответствие требованиям — создаёт серьёзный коррупционный риск, затрагивающий ключевые принципы госзакупок: законность, прозрачность и равный доступ.

- Коррупционные риски при нарушении п.238 Правил:

Фаворитизм / лоббизм конкретного участника:

– Заявка "проталкивается" несмотря на несоответствие требованиям — в обмен на взятку, "откат" или по личной договоренности.

Конфликт интересов:

– связь членов конкурсной комиссии с участником: через родственные, финансовые или корпоративные связи.

– сговор между организатором и поставщиком — заведомо создание ситуации, в которой реальный победитель определен заранее.

Манипуляции с оценкой заявок:

– Занижение требований или игнорирование отклонений — чтобы "подогнать" заявку под условия.

- Возможные последствия:

получение подряда некомпетентным поставщиком — риск некачественного исполнения;

финансовый ущерб Предприятию и бюджету;

признание закупки недействительной при проверке;

уголовная и административная ответственность для членов комиссии.

Рекомендации по устранению и предупреждению:

Протоколы отклонения и допуска должны содержать аргументацию и ссылки на конкретные пункты ТЗ и конкурсной документации.

Анонимизация заявок при первом допуске (если позволяет система).

Персональная ответственность членов комиссии — через подписание антикоррупционных деклараций перед началом работы.

Видеофиксация процесса допуска и обсуждений.

Обязательное участие представителя комплаенс-службы, службы внутреннего аудита или юридического отдела в качестве наблюдателя.

2. Нарушения п.1 ст. 37 Закона РК «О государственных закупках». Государственные закупки способом запроса ценовых предложений проводятся на однородные товары, работы, услуги, если годовые объемы таких однородных товаров, работ, услуг в стоимостном выражении не превышают восьмидесятикратный размера месячного расчетного показателя, установленного на соответствующий финансовый год законом о республиканском бюджете.

В нарушение пункта 1 статьи 37 Закона, организатором закупаются однородные товары годовой объем которых превышает 8000 МРП.

Коррупционный риск:

Уход от обязательных конкурентных процедур (дробление закупок, неправомерное применение неконкурентных методов — например, из одного источника).

Суть нарушения:

Согласно большинству антикоррупционных и закупочных норм, при превышении порога закупки обязаны проводиться на конкурсной основе.

Деление закупки на части (дробление) или выбор неконкурентного способа — прямое нарушение.

Возможные коррупционные мотивы:

Закупка у "своего" поставщика без конкурса;

Личное или финансовое заинтересованное участие должностного лица;

Получение "откатов" или иных форм неправомерной выгоды.

Потенциальные последствия:

Ущерб бюджету (закупка по завышенной цене);

Уголовная и административная ответственность;

Признание сделки недействительной;

Утрата доверия со стороны контролирующих органов.

Рекомендации по устранению и минимизации риска:

Внедрить контроль за совокупным годовым объемом закупок.

Аудит закупок на предмет дробления (ретроспективный анализ разбивки по датам, поставщикам и объемам).

Ответственность за выбор способа закупки — с визированием юридическим отделом.

Инструктаж должностных лиц по антикоррупционным требованиям в сфере госзакупок.

В нарушение п.1 ст.38 Закона, отсутствуют национальные стандарты и/или межгосударственные стандарты накупаемые товар. При отсутствии национальных и межгосударственных стандартов указываются требуемые функциональные, технические, качественные и эксплуатационные характеристикикупаемых товаров, работ, услуг с учетом нормирования государственных закупок.

Необоснованное отклонение аукционной комиссией заявки потенциального поставщика.

Рекомендации.

Соблюдение требований законодательства и ВНД Предприятия (Правила взаимодействия структурных подразделений Государственного коммунального Больницы на праве хозяйственного ведения "Городская многопрофильная больница № 2" акимата города Астана по организации, проведению государственных закупок и исполнению договоров о государственных закупках).

15) Своевременность и качество исполнения поставщиком обязательств, вытекающих из договора поставки товара, оказания работ и услуг – **нарушения не установлены;**

16) Своевременность и полнота принятия мер реагирования в отношении поставщиков, не надлежаще исполнивших условия договора поставки – **нарушения не установлены;**

17) Отсутствие утвержденного документа, регламентирующего порядок размещения временно свободных денежных средств на текущих счетах банков, соответствующих мер мониторинга, контроля и персональной ответственности уполномоченных лиц - **не установлены.**

Сбор налогов и иных платежей

1) Неурегулированность административных процедур, связанных с деятельностью по сбору налогов и иных платежей, и сборов - **не установлены;**

2) Личный контакт представителей объекта анализа и плательщиков налогов и иных платежей - **не установлены;**

3) Сложность процедур исполнения обязательств по оплате налогов и иных платежей - **не установлены;**

4) Ненадлежащая работа информационных систем, используемых при сборе налогов и иных платежей - **не установлены;**

5) Доля начисленных и фактически взысканных налогов, сборов и платежей - **нарушения не установлены;**

6) Отсутствие форм отчетности и доступа к ней общества и неправительственных, общественных организаций - **нарушения не установлены.**

Заключение договоров с физическими и юридическими лицами

1) Отсутствие антикоррупционных оговорок в договорах – **не установлено;**

2) Неоднократное заключение договоров с одними организациями при наличии предложений от иных организаций с аналогичными или более выгодными условиями - **не установлено;**

3) Наличие аффилированных компаний, выполнение контрагентом разнопрофильных и несвойственных ему работ - **не установлено;**

4) Отсутствие либо уменьшенные штрафные санкции к контрагенту - **не установлено;**

5) Неприменение санкций в случае нарушения договорных обязательств - **не установлено;**

6) Значительные корректировки условий на этапе исполнения договора - **не установлено;**

7) Несвоевременная подача иска к контрагенту за нарушения договорных обязательств - **не установлено;**

8) Необоснованный отказ от претензий или судебных разбирательств при нарушении контрагентами договорных обязательств - **не установлено;**

9) Отсутствие актов, регулирующих порядок проведения претензионно-исковой работы - **не установлено;**

10) Отсутствие механизмов работы по изучению контрагентов в целях предотвращения конфликта интересов и аффилированности - **не установлено**.

Разработка и эксплуатация информационных систем

- 1) Двойное финансирование проекта - **не установлены**;
- 2) Финансирование проектов, не влияющих на развитие IT-отрасли - **не установлены**;
- 3) Отсутствие конкретного перечня мероприятий, необходимых к финансированию - **не установлены**;
- 4) Отсутствие механизма проверки обоснованности стоимости услуг, наличия на рынке таких разработок, способствующие искусственному завышению конечной стоимости IT-продукта - **не установлены**;
- 5) Приобретение посредством государственных закупок способом из одного источника путем прямого заключения договора как объекта интеллектуальной собственности - **не установлены**;
- 6) Искусственная конкуренция, когда в конкурсе в качестве потенциальных поставщиков участвуют аффилированные организации - **не установлены**;
- 7) Дублирование информационных систем - **не установлены**;
- 8) Непрозрачность информационных систем - **не установлены**;
- 9) Разработка невостребованных и использование не введенных в эксплуатацию информационных систем – **установлены**.

В Предприятии внедрена ИС «Documentolog» (далее - ИС), однако анализ внутреннего документооборота показал ряд коррупционных рисков, в части неиспользования ИС при планировании, согласовании и утверждения ВНД, передаче, пересылке на личную электронную почту работников, должностных лиц.

Бумажный документооборот создает **ряд коррупционных рисков**, в том числе:

1. Соккрытие и подделка документов

Риск: Легче подделать или заменить бумажные документы (приказы, акты, согласования, протоколы).

Последствия: Фальсификация оснований для закупок, премий, командировок, оплат и др.

2. Умышленное затягивание согласований

Риск: Длительная передача документов между структурными подразделениями позволяет затягивать процессы.

Последствия: Возникают условия для вымогательства взяток за ускорение (например, подписание актов, визирование документов).

3. Несанкционированный доступ к документам

Риск: Документы могут быть доступны неуполномоченным лицам.

Последствия: Нарушение конфиденциальности, утечка информации, манипуляции документами.

4. Отсутствие прозрачного аудита

Риск: Нет цифровых следов (логов), кто и когда получил, изменил или согласовал документ.

Последствия: Сложно установить ответственных при выявлении нарушений.

5. Нарушения при регистрации и хранении

Риск: Возможность утери, преднамеренного "затеривания" или сокрытия важных документов.

Последствия: Удаление следов нарушений, махинации с отчетностью, архивами, договорами.

6. Неофициальное согласование

Риск: Возможность обхода официального порядка согласования решений и подписания документов "по звонку".

Последствия: Принятие решений без должной юридической оценки, согласования с заинтересованными подразделениями.

7. Риски двойного учета или подмены версий

Риск: Отсутствие единой версии документа, существование нескольких версий одного приказа или договора.

Последствия: Возможность манипулировать условиями контрактов, скрывать изменения.

8. Усложненная антикоррупционная экспертиза

Риск: Антикоррупционная комплаенс служба не может оперативно проанализировать документы.

Последствия: Несвоевременное выявление коррупционных схем и злоупотреблений.

Выводы.

Использование бумажного документооборота вместо ИС "Documentolog" значительно увеличивает коррупционные риски, ослабляет контроль, снижает прозрачность и подотчетность. Это противоречит современным принципам антикоррупционного управления и цифровой трансформации.

Рекомендации.

Использование в Предприятии ИС «Documentolog».

10) Отсутствие аудита информационных систем - **установлены**. Отсутствие аудита информационных систем (ИС) в больнице создает серьёзные коррупционные риски, особенно в условиях цифровизации процессов закупок, учета лекарств, распределения ресурсов и управления данными пациентов.

Риски.

Управление доступом. Несанкционированный доступ к данным и системам (например, администраторские права у "приближенных" лиц).

Изменение или удаление записей, манипуляции с данными, сокрытие нарушений.

Манипуляции в системе закупок. Внесение/удаление заявок, подделка протоколов, корректировка данных о поставщиках.

Фальсификация медицинских записей. Незаметное внесение изменений в историю болезни, процедуры, выписки. Подделка случаев оказания помощи, фиктивные пациенты, страховое мошенничество.

Отсутствие журналов действий (логов). Невозможно отследить, кто, когда и что делал в системе. Безнаказанность и сокрытие противоправных действий.

Удаление/подмена учетных данных. Удаление учетных записей, изменение ролей пользователей. Незаконный доступ, утечка данных, захват управления системой.

Сговор с IT-подрядчиком. Подрядчик создает "лазейки", скрытые доступы или отсутствующие системы логирования. Полный контроль над информацией и доступом без возможности внутренней проверки.

Утаивание инцидентов информационной безопасности (далее – ИБ). Отсутствие уведомлений о взломах, сбоях или нарушениях доступа. Массовые утечки данных пациентов, возможность шантажа.

Рекомендации.

Проведение регулярного IT-аудита. Внешний независимый аудит безопасности, доступа, логов, уязвимостей.

Внедрение журнала действий (логирования). Все действия пользователей и администраторов должны записываться и храниться.

Разделение ролей доступа. Административные и пользовательские функции должны быть четко разграничены.

Внедрение политики управления ИБ. Приказы, инструкции, и регламент обработки инцидентов ИБ.

Сканирование уязвимостей. Использование автоматических систем проверки на наличие технических «дыр».

Аудит подрядчиков и IT-договоров. Все IT-подрядчики должны проходить проверку, их ПО — верификацию и тестирование.

Организация работы по противодействию коррупции

1) Отсутствие лица или подразделения, в чью компетенцию входят функции по противодействию коррупции – **не установлено;**

2) Отсутствие плана мероприятий по профилактике коррупции, политики по противодействию коррупции - **не установлено;**

3) Не проведение или недостаточное проведение для работников объекта анализа разъясняющих и обучающих мероприятий по вопросам противодействия коррупции - **не установлено;**

4) Не проведение мероприятий по проверке знаний работников о действующих требованиях антикоррупционного законодательства, политики противодействия коррупции объекта анализа - **не установлено;**

5) Не принятие, неполное или несвоевременное принятие антикоррупционных ограничений работниками объекта анализа, являющихся лицами, уполномоченными на выполнение государственных функций, приравненных к ним лицам - **не установлено;**

6) Факты несоблюдения антикоррупционных ограничений работниками объекта анализа - **не установлено;**

7) Факты привлечения работников объекта анализа к уголовной ответственности за совершение коррупционных правонарушений - **не установлено;**

8) Отсутствие способов и каналов сообщения (в том числе анонимных) работниками информации об известных им фактах коррупции - **не установлено;**

9) Отсутствие правовых механизмов защиты лиц, сообщивших о фактах коррупции, от неправомерного наказания, увольнения или иных мер оказания давления - **не установлено;**

10) Наличие большого количества жалоб физических и юридических лиц, в том числе в СМИ, в отношении работников объекта анализа о неправомерных действиях коррупционного характера - **не установлено.**

Обеспечения прозрачности и гласности деятельности

1) Неполное и несвоевременное опубликование информации о деятельности объекта, представляющей общественный интерес: планы закупок, освоение бюджетных и финансовых средств, планы проведения контрольных мероприятий, правовые акты и внутренние документы, регулирующие функции по взаимодействию с физическими и юридическими лицами – **нарушения не установлены;**

2) Соблюдение требований Закона РК «О доступе к информации» и Правил информационного наполнения интернет-ресурса Предприятия, утвержденных решением Наблюдательного совета Предприятия от 30 сентября 2023 года № 20 - **нарушения не установлены;**

3) Не привлечение представителей общественности в процедуры принятия решений по вопросам, представляющим общественный интерес: распределение бюджетных средств, недвижимости, земельных участков, принятие в эксплуатацию объектов и др. - **не установлены.**

Иные вопросы, вытекающие из организационно-управленческой деятельности.

Стратегическое планирование

Отдел стратегического планирования и статистики – структурное подразделение ответственное за разработку Стратегического плана развития Предприятия.

Анализ стратегии развития Предприятия показал расхождение по целевым индикаторам Стратегии развития Предприятия и целевыми индикаторами уполномоченного органа.

Условно существуют коррупционные риски при расхождении целевых индикаторов Стратегии развития Предприятия и целевыми индикаторами уполномоченного органа.

1) Непрозрачное принятие решений

Недостаток четких целей и приоритетов

Последствия: при расхождении целевых индикаторов работники и руководство предприятия могут принимать решения на основе субъективных критериев, личных интересов или временных выгод.

Риск: Увеличение возможностей для принятия коррупционных решений, таких как заключение контрактов с аффилированными лицами или выбор поставщиков на основе взяток, а не объективных критериев.

2) Неправильное распределение ресурсов

Бесконтрольное распределение средств

Последствия: недостижение целевых индикаторов может привести к неэффективному использованию ресурсов, когда средства могут быть направлены не на приоритетные проекты, а на те, которые выгодны определенным лицам.

Риск: Воровство, хищения и злоупотребления служебным положением при распределении финансовых и материальных ресурсов.

3) Отсутствие мониторинга и оценки

Недостаток контроля и подотчетности

Последствия: без четких критериев для мониторинга и оценки эффективности работы предприятия, снижается уровень контроля и подотчетности.

Риск: Легкость сокрытия коррупционных действий, таких как подделка отчетности, завышение стоимости работ и услуг, мошенничество.

5) Недостаток долгосрочного планирования

Краткосрочная выгода над долгосрочным развитием

Последствия: без достижения стратегических, целевых индикаторов акцент делается на краткосрочные выгоды, что может привести к решениям, которые вредят долгосрочному развитию Предприятия.

Риск: Принятие решений, направленных на краткосрочные финансовые выгоды для руководства и работников, что может включать коррупционные действия, такие как завышение контрактных сумм, подписание невыгодных договоров и т.д.

Таким образом, отсутствие недостижение целевых индикаторов Стратегии развития Предприятия существенно увеличивает риск коррупционных действий, так как снижает уровень контроля, прозрачности и подотчетности в принятии решений и распределении ресурсов. Для минимизации этих рисков необходимо разработать и внедрить четкую Стратегию развития, включающую механизмы мониторинга и оценки, а также меры по предотвращению конфликта интересов и усилению внутреннего контроля.

Рекомендации по недопущению коррупционных рисков:

- Разработать Стратегию развития Предприятия на 2025-2029 годы, предусматривающую приоритетные направления, целевые индикаторы, ресурсы и т.п.;

- Произвести корреляцию целевых индикаторов Стратегии развития Предприятия с целевыми показателями уполномоченного органа.

Отсутствие порядка формирования бюджетных заявок для Плана развития или бюджета Предприятия создает значительные коррупционные риски. Эти риски возникают из-за отсутствия четких процедур, что приводит к непрозрачности, субъективности и возможности злоупотреблений:

1) **Непрозрачность Процессов**

Недостаток четких процедур

Последствия: Без установленного порядка формирование бюджетных заявок становится непрозрачным, что затрудняет мониторинг и контроль за расходами.

Риск: Увеличение возможностей для коррупционных действий, таких как подделка заявок, завышение сумм и включение в бюджет ненужных расходов с целью личного обогащения.

2) **Субъективность и необоснованность**

Отсутствие объективных критериев

Последствия: Без четких правил и критериев формирования заявок решения могут приниматься на основе личных предпочтений или интересов отдельных лиц.

Риск: Принятие необоснованных решений, направленных на удовлетворение личных или групповых интересов, а не на достижение целей предприятия.

3) **Злоупотребление полномочиями**

Сосредоточение полномочий

Последствия: Отсутствие порядка может привести к тому, что полномочия по формированию и утверждению заявок будут сосредоточены в руках одного или нескольких лиц.

Риск: Эти лица могут использовать свои полномочия для личного обогащения, включая в бюджет завышенные суммы или направляя средства на проекты, связанные с их личными интересами.

4) **Конфликт интересов**

Личная выгода

Последствия: без установленных правил сотрудники могут включать в бюджетные заявки проекты, связанные с их личными или семейными интересами.

Риск: Конфликт интересов, ведущий к коррупционным схемам, таким как подписание контрактов с аффилированными компаниями или получение откатов за включение в бюджет определенных проектов.

5) **Неэффективное использование ресурсов**

Распределение средств

Последствия: Неправильное и неэффективное распределение бюджетных средств из-за отсутствия четких приоритетов и планов.

Риск: Потери для предприятия из-за нецелевого использования средств, хищений и злоупотреблений.

6) **Недостаток контроля и отчетности**

Отсутствие механизмов контроля

Последствия: без порядка формирования заявок трудно организовать эффективный контроль и аудит расходования средств.

Риск: Упрощение условий для осуществления коррупционных действий, таких как фальсификация отчетности, скрывание реальных расходов и результатов.

7) Снижение мотивации работников

Деморализация персонала

Последствия: Отсутствие прозрачности и справедливости в распределении ресурсов может демотивировать сотрудников и создать негативную атмосферу в коллективе.

Риск: Повышение уровня мелкой коррупции, взяточничества и других неправомερных действий среди сотрудников.

Таким образом, отсутствие порядка формирования бюджетных заявок для Плана развития или бюджета Предприятия создает многочисленные коррупционные риски, которые могут серьезно подорвать эффективность работы предприятия и привести к значительным финансовым потерям.

Рекомендации по устранению и недопущению коррупционных рисков:

1) Разработать и внедрить четкие процедуры и критерии для формирования бюджетных заявок;

2) Обеспечить прозрачность и подотчетность всех этапов процесса формирования бюджетных заявок;

3) Внедрить эффективные механизмы контроля и аудита при формировании бюджета;

4) Создать систему мотивации, направленную на соблюдение принципов честности и профессионализма при формировании бюджета;

5) Внести соответствующие изменения и дополнения в Положения и должностные инструкции соответствующих структурных подразделений касательно формирования бюджета.

По вопросам осуществления административно-хозяйственной деятельности Предприятия

Непосредственное административно-хозяйственное обеспечение Предприятия осуществляется следующими структурными подразделениями:

- Главный инженер;
- Отдел материально-технического обеспечения;
- Отдел обслуживания медицинского оборудования и медицинских газов;
- Отдел энергетической службы;
- Отдел вентиляции, кондиционирования и отопления;
- Отдел сервисного обслуживания инфраструктуры;
- Отдел безопасности и охраны труда.

Непосредственное руководство осуществляется руководителем административно-хозяйственной службы и главным инженером.

В ходе анализа деятельности вышеуказанных служб, исследованы некоторые внутренние нормативы, которыми они руководствуются.

Также в ходе анализа проверено состояние дел по установке и списанию товарно-материальных ценностей.

Нормативы по процедурам установки и списания товарно-материальных ценностей (ТМЦ), расходу горюче-смазочных материалов (ГСМ).

Условно допустимые коррупционные риски.

Отсутствие единого регламента для вышеуказанных процедур, предоставляет возможность ответственным лицам на дискреционные действия, связанные с предоставлением не точных, либо не проверенных сведений при оформлении первичной документации.

Рекомендации по предотвращению коррупционных рисков.

Заинтересованным службам Предприятия, необходимо разработать соответствующий Регламент (Правила) и Инструкцию, с алгоритмом действий, порядком приобретения и приемки товара на склад, оформления специальных учетных документов, установкой и списания (ТМЦ).

В ходе разработки Регламента (Правила) обратить внимание:

- сформировать необходимый пакет документов к актам списания (*дефектный акт, установочный акт и прочее*);
- определить сроки передачи первичной документации в бухгалтерскую службу Предприятия;
- необходимо провести повторный хронометраж и утвердить параметры соответствующим внутренним документом, на предмет актуальности норм расходов горюче-смазочных материалов;
- касательно активов предприятия (*состоящих на балансе*) с истекшим сроком амортизации, но находящихся в использовании, необходимо разработать регламент коллегиального рассмотрения с предварительным проведением осмотра состояния, переутверждения сроков амортизации, заключений о дальнейшем использовании либо списания ТМЦ;
- по отдельным видам ТМЦ следует уточнить и обозначить сроки эксплуатации, с предварительным проведением материально-ответственными лицами сверок на соответствие товара техническим паспортам. Также необходимо провести хронометраж по срокам эксплуатации ТМЦ и утвердить нормативы.
- по основным средствам с полным истечением амортизационных сроков, находящимся в неудовлетворительном состоянии и не пригодным к дальнейшей эксплуатации необходимо провести процедуру списания активов и согласовать данное решение с уполномоченным органом в соответствии с действующим законодательством.

ВЫВОДЫ:

1. ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана в течение 10 рабочих дней со дня подписания настоящей аналитической справки, разработать и согласовать План мероприятий по устранению коррупционных рисков.

2. Руководителю Антикрупционннй комплаенс-службы со дня подписания настоящей аналитической справки по результатам внутреннего анализа коррупционных рисков осуществлять мониторинг и оценку исполнения рекомендаций.

3. Руководителю Антикрупционннй комплаенс-службы, руководителям структурных подразделений и должностным лицам Предприятия на постоянной основе проводить работу, направленную на профилактику коррупционных правонарушений и выработку антикрупционнй культуры среди работников Предприятия.

4. Руководителю Антикрупционннй комплаенс-службы уведомить директора Предприятия о возможном применении в его отношении и отношении ответственных должностных лиц Предприятия мер со стороны соответствующих уполномоченных органов, предусмотренных законодательством Республики Казахстан, в случае неисполнения рекомендаций по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам внутреннего анализа коррупционных рисков в Предприятии за 2024, 2025 и 2026 годы.

Руководитель Рабочей группы: Заместитель директора по экономическим вопросам Предприятия Касимов Д.О.

Члены Рабочей группы:

Руководитель Отдела управления человеческими ресурсами Предприятия Керимова Р.К.

Врач-эксперт Службы поддержки пациента и внутренней экспертизы Предприятия Ережепова К.А.

Специалист Антикрупционннй комплаенс-службы Предприятия Смайыл Е.А.