

Утверждаю  
Директор ГКП на ПХВ «Городская  
многопрофильная больница № 2»  
акимата города Астана

Турсынбаев Н.Н.  
« \_\_\_\_\_ » 2025 год

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

г.Астана

22 мая 2025 года

**Состав рабочей группы:**

Руководитель Рабочей группы:

Касимов Дастан Оразович, заместитель директора по экономическим вопросам Предприятия;

Члены Рабочей группы:

Смайыл Еркебулан Алданұлы, специалист Антикоррупционной комплаенс-службы Предприятия;

Керимова Римма Киргизбаевна, руководитель Отдела управления человеческими ресурсами Предприятия;

Айтуганова Ляззат Габидовна, руководитель Службы поддержки пациентов и внутренней экспертизы Предприятия;

Тыныштыкова Зауреш Сарамбетовна, врач эксперт Службы поддержки пациентов и внутренней экспертизы Предприятия;

Внешний привлеченный эксперт:

Шакишев К.Д. – директор ИП «SHAKISH Consulting Group».

**Основание проведения внутреннего анализа коррупционных рисков:**

Приказ директора Предприятия №256-Ө от 4 апреля 2025 года

**Период проведения внутреннего анализа коррупционных рисков:**

Со 7 апреля по 21 мая 2025 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 (далее - Предприятие).

Анализ проведен руководствуясь Конституцией Республики Казахстан, с пунктом 5 статьи 8 Закона Республики Казахстан № 410-V от 18.11.2015г. «О

противодействию коррупции», Типовыми правилами проведения внутреннего анализа коррупционных рисков (далее - ВАКР) №12 от 19.10.2016г. (с изменениями за №21 от 16.01.2023 года), Методическими рекомендациями по проведению ВАКР №488 от 30.12.2022 года, Картой проектов реализации Типового базового направления №4 «Предупреждение и противодействие коррупции» на 2025 год.

*Справочно: предыдущий ВАКР проведен в мае 2024 года (Аналитическая справка о результатах ВАКР в деятельности ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2»).*

### **О Предприятии**

ГКП на ПХВ "Городская многопрофильная больница №2" акимата г. Астана - многопрофильное лечебно-диагностическое учреждение (стационар), одно из крупнейших в г. Астана, штат которого насчитывает более 2000 сотрудников, оказывающее круглосуточную неотложную и плановую медицинскую помощь более чем 34 000 пациентам ежегодно.

Высокий профессионализм квалифицированных специалистов, использование современного диагностического оборудования, а также чуткое и внимательное отношение к пациентам составляют основу деятельности нашей больницы.

ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана организована в августе 2018 года путем присоединения к ГКП на ПХВ, «Городская больница №2» акимата г. Астаны ГКП на ПХВ «Перинатальный центр №1» акимата г. Астаны согласно Постановления акимата города Астаны за № 106-1438 от 22.08.2018 г. «О реорганизации некоторых организаций здравоохранения г. Астаны».

Клиника представлена двумя блоками: клинический блок и акушерский блок. Клинический блок функционирует с 29 июня 2010 года, занимает общую площадь -32 506 кв. м., с прилегающей территорией 4,6 га. Акушерский блок функционирует с 2009, общая площадь здания - 41493 м2 прилегающей территорией 3,2 га.

Ведущие направления деятельности ГКП на ПХВ "Городская многопрофильная больницы №2» - хирургический и акушерский, а также востребованные терапевтические профили. При этом на базе общей терапии действует несколько профилей, такие как ревматология и аллергология. Клиника оказывает широкий спектр высокотехнологичной, высокоспециализированной, специализированной медицинской помощи, а также амбулаторной лечебно-диагностической помощи населению города, женскому населению в период беременности, родов, и в послеродовом периоде в комплексе с многопрофильным стационаром. Активно участвует в реализации программ развития и модернизации здравоохранения, в рамках которых ведется тщательная работа над повышением качества оказываемой медицинской помощи, совершенствуется материально-техническая база и создаются лучшие условия для пребывания пациентов.

**Внутренний анализ коррупционных рисков осуществлен по следующим направлениям:**

- 1) выявление коррупционных рисков в нормативных правовых актах, затрагивающих деятельность объекта анализа;
- 2) выявление коррупционных рисков в организационно-управленческой деятельности объекта анализа.

Перед началом проведения ВАКР рабочей группой была проведена работа по сбору информации:

- 1) правовые акты, внутренние документы, регулирующие деятельность объекта анализа;
- 2) ведомственная статистическая отчетность о деятельности объекта анализа;
- 3) данные информационных систем государственных и правоохранительных органов о деятельности объекта анализа;
- 4) результаты проверок, ранее проведенных государственными органами в отношении объекта анализа;
- 5) результаты контрольных мероприятий служб внутреннего аудита;
- 6) результаты антикоррупционного мониторинга;
- 7) публикации в средствах массовой информации;
- 8) обращения физических и юридических лиц в отношении объекта анализа;
- 9) сведения о выявлении и привлечении к ответственности работников объекта анализа за совершение коррупционных правонарушений;
- 10) результаты ранее проведенного внутреннего анализа коррупционных рисков;
- 11) результаты опроса (интервью) работников объекта анализа;
- 12) иные сведения, представление которых не запрещено законодательством Республики Казахстан.

Для выявления условий и причин коррупционных рисков и выработки рекомендаций членами рабочей группы применялись различные методы анализа, в том числе сбор и изучение информации Предприятия, собеседования, интервью, обсуждения в фокус-группах, мозговой штурм сбор и обобщение опыта по противодействию коррупции в схожих и смежных сферах, организациях, бизнес-процессах, проектах, анализ сценариев, моделирование ситуации и др.

Для сбора и обобщения членами комиссии собрана информация о деятельности Предприятия, в том числе отчетные данные и правовая статистика за год, предшествующий внутреннему анализу коррупционных рисков.

Достоверность и актуальность источников информации, отчеты о деятельности Предприятия заверены подписями руководителей структурных подразделений, которые их предоставили.

Изучены сведения из данных Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры, Банка судебных актов

Верховного суда о привлечении к ответственности должностных лиц Предприятия за совершение коррупционных правонарушений.

По итогам внутреннего анализа коррупционных рисков (далее - ВАКР) проведены следующие мероприятия:

- 1) подготовка итоговой справки по проведению ВАКР;
- 2) опубликование на открытых интернет-ресурсах результатов ВАКР;
- 3) публичное обсуждение результатов ВАКР, в том числе на заседаниях Предприятия.

### **1. Выявление коррупционных рисков во внутренних нормативных документах, затрагивающих деятельность Предприятия**

В ходе проведения ВАКР были изучены нормативно-правовые акты, затрагивающие деятельность Предприятия, результаты проверок, публикации в средствах массовой информации и т.д.

Исследованы нижеследующие внутренние нормативные документы (далее - ВНД) Предприятия:

1. Устав ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», утвержденный постановлением акимата города Астаны № 106-3108 от 1 ноября 2022 года;

2. Политика противодействия коррупции в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана, утвержденная приказом директора ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана № 233-ө от 2 мая 2023 года;

3. Корпоративный кодекс этики и поведения ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана, утвержденный приказом директора ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана № 233-ө от 2 мая 2023 года №233-ө от 2 мая 2023 года;

4. План развития на 2024 год ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2»;

5. Политика противодействия коррупции ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана, утвержденная приказом директора ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана № 233-ө от 2 мая 2023 года;

6. Инструкция по противодействию коррупции, незаконному вознаграждению и коммерческому подкупу работников ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана, утвержденная приказом директора ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана № 233-ө от 2 мая 2023 года;

7. Правила урегулирования конфликта интересов должностных лиц и работников ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана, утвержденные приказом директора ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана № 233-ө от 2 мая 2023 года №233-ө от 2 мая 2023 года;

8. Положение об антикоррупционной комплаенс-службе ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана,

утвержденное приказом директора ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана № 233-ө от 2 мая 2023 года, впоследствии переутвержденное приказом директора ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана № 594-ө от 29 ноября 2024 года;

9. Аналитическая справка о результатах внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» 2024 года;

10. План мероприятий по противодействию коррупции в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» на 2024 год;

11. Программа управления человеческими ресурсами, № 691 от 26.12.2021 года;

12. Положение о дисциплинарной комиссии в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», утвержденное приказом директора ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана № 7-ө от 05.01.2022 года;

13. Правила проведения служебных расследований в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», утвержденные приказом директора ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» акимата города Астана № 323-ө от 25.06.2023 года.

14. Положение о поощрениях работников в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», от 8.01.2024 года;

15. Правила внутреннего трудового распорядка в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2»;

16. Положение о Комиссии по трудовым отношениям в ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», от 25.06.2023 года;

17. Коллективный договор между ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» и работниками ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» на 2021-2024 годы;

18. Политики, Положения, Инструкции, Планы работ, должностные инструкции и иные внутренние нормативные документы (ВНД), регламентирующие процедуры и деятельность структурных подразделений Предприятия.

#### **Анализ исполнения ВАКР за 2024 год.**

В соответствии с Планом мероприятий по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам ВАКР, утвержденный приказом директора ГМБ №2 от 24.04.2024 года №270-Ө (далее - План) в Предприятии определены 43 рекомендаций и мероприятий.

План рассылался на исполнение заместителям директора и руководителям структурных подразделений. Служебные записки с напоминанием об исполнении Плана рассылались дважды: 20.11.2024 г. №02/01-3090 и 09.12.2024 г. №01/01-1560.

По резолюции директора Предприятия от 17.12.2024 г. срок исполнения был продлен до 15.01.2025 года.

Однако, на момент проведения ВАКР, исполнение Плана составил 70%. Из 43 пунктов Плана исполнение составил по 30 пунктам:

- Комплаенс-офицер: 10 пунктов (№ 1, 2, 3, 4, 5, 19, 20, 26, 40, 43);
- Отдел физиологии новорожденных: 4 пункта (пункты № 12, 21, 22, 43);
- Бухгалтерская служба: 1 пункт (пункты № 37);
- Отдел государственных закупок: 4 пункта (пункты № 32, 33, 34, 36, 39);
- Отделение приемного покоя акушерского блока: 4 пункта (пункты № 21, 22, 39, 43);
- Отделение инфекционного контроля: 4 пункта (пункты № 21, 22, 39, 43);
- Главная акушерка: 3 пункта (пункты № 21, 22, 43), но не предоставлены подтверждающие документы;
- Экономической служба: 21 пункт (пункты № 12, 13, 14, 16, 18, 21, 22, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43).

Итого, информация по исполнению предоставлена от 8 подразделений.

#### **Мероприятия по Исполнению Плана.**

В целях формирования принципа нулевой терпимости к коррупционным проявлениям среди сотрудников Предприятия осуществлены следующие мероприятия:

- регулярно через WhatsApp группы публикуются информационно справочные материалы, подготовленные на тему: «Ответственность за получение взятки и дача взятки (незаконное материальное вознаграждение, подарки, льготы или услуги и т.д.)»,

- розданы буклеты на тему «Скажем коррупции «Нет!»;

- разработаны и размещены во всех подразделениях Предприятия WhatsApp-QR-код, посредством которого граждане могут оставлять сообщения о фактах коррупции и неэтичного поведения о сотрудниках Предприятия;

- 19.06.2024 г. под девизом «Стоп, коррупция» старшим офицером Департамента антикоррупционной службы по городу Астана Сагандыковой Г.С. проведена лекция на тему “Антикоррупционная политика Республики Казахстан”.

- 22-23.07. - 30.07.2024 г. во исполнение Плана мероприятий по противодействию коррупции на 2024 год комплаенс-офицером проведена встреча с трудовым коллективом, в ходе которой они ознакомлены с Антикоррупционным стандартом, Кодексом этики и поведения, Политики противодействия коррупции, принципы и ценности Предприятия;

- Обновлены Правила проведения служебных расследований и утверждены приказом директора ГМБ №2 от 25.06.2024 г. №323-Ө;

- Утверждено Положение о порядке информирования работниками ГМБ №2 о фактах или возможных нарушениях антикоррупционного законодательства, приказ директора ГМБ №2 от 25.06.2024 г. №323-Ө;

- Разработано Положение о работе антикоррупционной горячей линии ГМБ №2, утверждено приказом директора ГМБ №2 от 25.06.2024 №323-Ө;

- Разработано Положение о дарении, получении подарков и брендированных сувениров, утверждено приказом директора ГМБ №2 от 11.10.2024 г. №503-Ө;

- В ходе анализа кадровой структуры ГМБ № 2 выявлено несоответствие действовавшей организационной структуры в части наличия должностей, не предусмотренных приказом Министра здравоохранения РК от 21.12.2020 года №ҚР ДСМ-305/2020 и приказом Министра труда и социальной защиты населения РК от 30.12.2020 года №553. По рекомендации комплаенс-оффисера данное несоответствие было устранено – решением Наблюдательного совета Предприятия от 22 декабря 2023 года (протокол № 22) утверждена обновленная организационная структура ГМБ № 2, согласно которой были внесены следующие изменения: - должность заместителя директора по административно хозяйственному обеспечению упразднена и заменена на должность руководителя по административно хозяйственному обеспечению, с переводом административно хозяйственной службы в подчинение заместителя директора по экономическим вопросам; - должность заместителя директора переименована в соответствии с изменением его функций и должностных обязанностей – заместитель директора по экономическому и административно хозяйственному обеспечению; - должность заместителя директора по амбулаторной службе упразднена и заменена на должность руководителя амбулаторной службы, которая была переведена в подчинение заместителя директора по родовспоможению; - лечебно-диагностический центр, находившийся в ведении заместителя директора по амбулаторной службе, переведен в ведение заместителя директора по медицинской части; - должность заместителя директора по сестринскому делу упразднена и заменена на должность главной медицинской сестры;

- ОУЧР и комплаенс-оффисером проведен мониторинг и разъяснительная работа со вновь принятыми работниками, по результатам которой каждый вновь принимаемый работник подписывает:

- 1) Согласие о принятии антикоррупционных ограничений
- 2) Подтверждение об ознакомлении и соблюдении Политики противодействия коррупции в ГМБ №2
- 3) Обязательство о принятии и соблюдении Корпоративного кодекса этики и поведения ГМБ № 2
- 4) Подтверждение об ознакомлении и соблюдении правил по урегулированию конфликта интересов должностных лиц и работников ГМБ №2;

- Разработано Положение о правилах проведения комплексной проверки в ГМБ № 2 Вып. 1, Дата 01.07.2024. В отношении должностных лиц подверженных коррупционным рискам, внедрена процедура комплексной проверки.

#### **Рекомендации.**

1. Устранить причины и условия, способствующие совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам ВАКР за 2024 год.
2. Анализ на наличие коррупционных факторов.

## **2.1. Правовой пробел, юридико-лингвистическая неопределенность и широта дискреционных полномочий.**

В Положении об отделении анестезиологии и реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ), утвержденный приказом директора от 05 января 2025 г. № 4-Ө можно, выделить следующие правовые пробелы и широту дискреционных полномочий, которые потенциально могут создать коррупционные риски:

### **1. Правовые пробелы**

1.1. Отсутствие четких критериев оценки эффективности работы отделения и персонала.

В разделе "ОТВЕТСТВЕННОСТЬ" указано, что отделение несет ответственность за «невыполнение целевых, качественных показателей работы». Однако конкретные метрики, показатели, нормативы и методы их расчета не указаны. Это дает возможность субъективной трактовки результатов и снижает подотчетность.

1.2. Неопределенность порядка перевода пациентов в/из ОАРИТ.

Перевод пациентов осуществляется «по согласованию» и с участием «консилиума и администрации», но не указана процедура оформления, фиксирования решения, ответственность членов консилиума, критерии перевода, что открывает возможности для манипуляций.

1.3. Недостаточная регламентация ночного и выходного дежурства.

Замещение заведующего отделением в ночное время осуществляется врачом со стажем более 3 лет по графику и «согласованием». Однако не прописан механизм утверждения этого графика, ответственности, ни порядок отчетности за принятые решения.

1.4. Поверхностное упоминание антикоррупционного мониторинга.

Упоминается обязанность «проводить антикоррупционный мониторинг», однако не указано, как он проводится, кто отвечает, какая методология используется и как оформляются результаты. Это превращает норму в формальность.

### **2. Широта дискреционных полномочий**

2.1. Решения администрации по исключениям.

Например, в отношении паллиативных больных: «в исключительных случаях по распоряжению администрации» такие пациенты могут быть переведены в ОАРИТ, несмотря на прямой запрет. Это предоставляет абсолютную свободу администрации решать, когда можно отклоняться от стандарта, что создает коррупционный люфт.

2.2. Составление заявок на ЛС и оборудование

ОАРИТ самостоятельно составляет заявки на ЛС, ИМН, оборудование и др., но не указано, кто контролирует обоснованность, на каких данных строится расчет, есть ли внутренние лимиты или бюджетные ориентиры, что оставляет значительный простор для злоупотреблений.

2.3. Проведение клинических конференций и разборов некачественной помощи



Организация и участие указаны, но не прописан механизм протоколирования, ответственности, отражения решений, что позволяет "замалчивать" случаи при наличии интересов.

2.4. 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, формулированных в общем виде, с обширными возможностями для дискреционного подхода и отсутствием процедурной детализации, что:

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

#### **Рекомендации:**

##### **1. Устранение правовых пробелов**

###### **1.1. Метрики и показатели эффективности.**

Мера: внести в положение или отдельным приложением утвердить: 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).

###### **1.2. Прозрачная процедура перевода пациентов в/из ОАРИТ**

Мера:

Установить жесткие критерии медицинских показаний для перевода;

Прописать обязательное документирование консилиума (форма протокола, подписи всех членов);

Ввести регистрационный журнал переводов, подлежащий внутреннему аудиту;

Запретить устные распоряжения: все "исключения" фиксируются письменно и подписываются двумя членами администрации (для минимизации риска).

###### **1.3. Регламентация ночного и выходного дежурства**

Мера:

Утвердить график дежурств отдельным приказом;

Прописать ответственность дежурного врача за решения в ночное время;

Требовать письменный отчет по каждому инциденту или переводу в ночное время.

###### **1.4. Четкий механизм антикоррупционного мониторинга**

Мера:

Приложением к положению утвердить форму отчета антикоррупционного анализа;

Назначить ответственного сотрудника (не из ОАРИТ) за сбор и верификацию информации;

Ввести ежеквартальную отчетность в адрес комплаенс-офицера и комиссии по этике.

## **2. Снижение дискреционных полномочий**

### **2.1. "Исключительные случаи по распоряжению администрации"**

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.

### **2.2. 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.

### **2.3. 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.

### **2.4. 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), утвержденный приказом директора от 05 января 2025 г. № 4-Θ выявлены следующие правовые пробелы и элементы широты дискреционных полномочий, потенциально создающие коррупционные и управленческие риски.**

## **1. Правовые пробелы**

### **1.1. 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.

### **1.2. 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.

1.3. Не прописана процедура утверждения и оценки должностных обязанностей персонала.

Пункт 2.19 — «Разрабатывает должностные обязанности сотрудников отделения».

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

1.4. 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.

## **2. Широта дискреционных полномочий**

2.1. Формулировка «определяет политику и стратегию подразделения»

Пункт 2.5

Полномочие сформулировано без ограничений — не указано, утверждает ли стратегия с директором, медсоветом, или в рамках годового плана. Это дает широкую свободу действия.

2.2. 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.

2.3. 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 и.о.

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 клиничко-экспертной комиссии (КЭК) или медицинском совете.

### 3. Полномочия по разработке.

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 комплаенс-офицеру, 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 комплаенс-офицеру в утверждённой форме;
- фиксировать случаи нарушения этики, конфликта интересов и неправомерных 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** ГКП на ПХВ «ГМБ №2» выявлены следующие правовые пробелы и элементы широты дискреционных полномочий, способные создавать риски для управления, подотчетности и антикоррупционной устойчивости.

### **1. Правовые пробелы**

#### **1.1. Неурегулированность процедуры дачи распоряжений.**

Пункт 4.9: «дает распоряжения среднему и младшему персоналу и контролирует их выполнение».

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.

#### **1.2. Обобщённость в разделе ответственности**

Раздел 5: «несёт ответственность за разглашение информации, за материальный ущерб, дисциплину...»

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

#### **1.3. 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.

#### **1.4. Нет упоминания о взаимодействии с комплаенс-офицером.**

При наличии антикоррупционного блока, игнорируется прямое взаимодействие с комплаенс-службой и каналами сообщения о рисках, что снижает эффективность системы внутреннего контроля.

#### **1.5. 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.

### **2. Широта дискреционных полномочий**

#### **2.1. 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.

#### **2.2. 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.

### 2.3. 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 СЭД), 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): 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 комиссии по трудовой дисциплине.

#### 3. Дополнить раздел 3 новыми подпунктами:

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):

6.6. Главная медицинская сестра ежеквартально предоставляет комплаенс-офицеру 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 заключение раздела 5: Лицо, инициирующее закупки, должно быть назначено приказом директора с указанием объема полномочий. Все заявки на закуп 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.

### 1. Правовые пробелы

#### 1.1. 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.

#### 1.2. Замещение в период отсутствия.

"возлагаются на другого врача, назначенного приказом директора"

Проблема: отсутствуют условия, регламент и логика распределения замещений.

Риск: неравномерная нагрузка, возможное «ручное» управление замещениями.

#### 1.3. Формулировки обязанностей без привязки к стандартам.

"Обеспечивает надлежащий уровень наблюдения", "контролирует процедуры", "организует работу персонала"

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

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

#### 1.4. Информирование родственников.

"сообщает с учетом сохранения врачебной тайны"

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

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

#### 1.5. Ответственность врача

"несет ответственность в пределах, определенных трудовым/гражданским законодательством"

Проблема: не определены внутренние механизмы фиксации и эскалации нарушений.

Риск: низкая управляемость процессом привлечения к ответственности.

### 2. Широкие дискреционные полномочия

#### 2.1. Назначать и отменять любые лечебно-диагностические мероприятия

"...назначает и отменяет любые мероприятия..."

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

2.2. 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.

2.3. 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.

2.4. «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**

### **1. Правовые пробелы**

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

1.2 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.

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

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



1.5 Антикоррупционные меры. Нет механизма взаимодействия с комплаенс-офицером, не указаны сроки/порядок уведомления. Недостаточная реализация антикоррупционной политики на практике.

## 2. Широта дискреционных полномочий

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

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

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

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

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

### Рекомендации:

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

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

3. Уточнить ответственность с привязкой к конкретным действиям и последствиям.

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

5. Уточнить антикоррупционные меры — добавить пункт о взаимодействии с комплаенс-офицером, 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-офицером, 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 КРІ 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 № ҚР ДСМ-220/2020 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». 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 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-220/2020 «Об утверждении квалификационных требований...»;
- Приказами и внутренними нормативными актами ГКП на ПХВ «ГМБ №2» акимата г. Астана.

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 персональных данных»;

- За нарушение санитарно-эпидемиологических требований (в соответствии с Кодексом «О здоровье народа...»).

### 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.

**1. 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, утвержденного решением Наблюдательного совета от 20 декабря 2024 года (Протокол № 28), 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.

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 табеле 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.

#### **1.2. Установление права вместо обязанности должностных лиц**

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

#### **1.3. 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.**

#### **1.4. 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.**

#### **1.5. 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.**

1. 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).

### **1.6. 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 (Протокол №14) утверждены:

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

## **2. Анализ организационно-управленческой деятельности**

### **2.1. Управление персоналом**

**2.1.1. Определение должностей, подверженных коррупционным рискам** – определены и прилагаются к Аналитической справке;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.2. Установление фактов осуществления должностных обязанностей при наличии конфликта интересов.**

В Предприятии штатная численность составляет 2 101,25 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.**

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

**2.2.2.** Отсутствие лица, на которое возложены функции по мониторингу и регулированию конфликта интересов – возложены на ОУЧР;

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

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

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

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

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

**2.2.8.** Установление фактов принятия материального вознаграждения, подарков или услуг за действия (бездействие) в пользу лиц, их предоставивших, если такие действия входят в служебные полномочия.

Фактов принятия материального вознаграждения, подарков или услуг за действия (бездействие) в пользу лиц, их предоставивших, если такие действия входят в служебные полномочия – не установлено.

Комплаенс-офицером в целях проведения работы по формированию «Нулевой терпимости» к коррупционным проявлениям среди сотрудников Предприятия регулярно через «WhatsApp-группы» публикуются информационно-справочные материалы, подготовленные на тему: «Ответственность за получение взятки и дача взятки (незаконное материальное вознаграждение, подарки, льготы или услуги и тд.)», розданы буклеты подготовленных на тему «Скажем, что коррупции нет».

Кроме того, разработаны WhatsApp-QR-код, где граждане могут оставлять сообщения о фактах коррупции и неэтичного поведения о сотрудниках Предприятий, которые вывешены во всех подразделениях Предприятия.

В результате наблюдения можно заметить, что сотрудники своими действиями отрицательно относятся к проявлениям коррупции.

Однако, условно существует коррупционный риск получение подарков работниками больницы (врачи, медсестры, административный персонал и др.), особенно если это неформальные, недокументированные подарки от пациентов, родственников, поставщиков, подрядчиков или других заинтересованных сторон.

#### **Рекомендации.**

1. Введение полного запрета на подарки (даже символические), закрепленного в Антикоррупционном стандарте Предприятия.
2. Внести дополнения в должностные инструкции работников, касательно персональной ответственности за принятие материального вознаграждения, подарков или услуг за действия (бездействие) в пользу лиц, их предоставивших.
3. Руководителям структурных подразделений на регулярной основе проводить работы по формированию «Нулевой терпимости» к коррупционным проявлениям среди работников.
4. Обучение персонала антикоррупционным стандартам.
5. Информирование пациентов.

### **2.3. Оказание государственных услуг**

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

1) в плановом порядке – по направлению специалистов первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) или другой организации здравоохранения;

2) 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 гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - 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, утвержденного приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 апреля 2015 года.

Медицинская помощь оказывается по следующим профилю:

- аллергология
- гастроэнтерология
- гинекология, включая производство абортов
- 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)

**2.3.1.** 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;**

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

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

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

**2.3.5.** Прием документов и выдача результатов оказания государственных услуг непосредственно через услугодателя - **соответствует;**

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

**2.3.7.** Чрезмерно длительное принятие правового акта, регулирующего оказание государственной услуги - **не обнаружена;**

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

#### **2.4. Реализация разрешительных функций**

Предприятие не реализует разрешительные функции.

#### **2.5. Реализация контрольно-ревизионных функций**

Предприятие не реализует контрольно-ревизионных функций.

#### **2.6. Освоение и распределение бюджетных и финансовых средств**

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

**2.6.2.** 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);**

**2.6.3.** 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);**

**2.6.4.** Отсутствие или слабая проработка видов отчетности по освоению бюджетных и финансовых средств - **не установлена (ежегодно**

**формируется финансовая отчетность с публикацией на официальном сайте Предприятия);**

**2.6.5.** 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:**

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

**Рекомендации.**

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

**2.6.6.** Отсутствие подразделений, выполняющих функции по внутреннему аудиту, внутреннему контролю при оперировании объектом анализа значительными суммами бюджетных и финансовых средств – **не установлено** (В соответствии с утвержденной орг.структурой, внутренний аудит проводится Службой внутреннего аудита);

**2.6.7.** 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;**

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

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

**2.6.10.** Необоснованность цены за единицу товара – **не установлены;**

**2.6.11.** Несоответствие запланированной стоимости рыночной стоимости товаров – **не установлены;**

**2.6.12.** Несвоевременность размещения плана закупок на портале государственных закупок – **не установлены;**

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

**2.6.14.** 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 Нур-Султану Комитета внутреннего государственного аудита Министерства финансов Республики Казахстан" установлены 11 нарушений в государственных закупках, касательно:

1) нарушения пп.1) п.238 Правилам осуществления государственных закупок, утвержденных приказом Министра финансов Республики Казахстан от 11 декабря 2015 года № 648, связанные с необоснованным допуском потенциального поставщика в нарушении п.3 ст.9 Правил 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

– Члены конкурсной комиссии связаны с участником: через родственные, финансовые или корпоративные связи.

Сговор между организатором и поставщиком

– Заведомо создаётся ситуация, где реальный победитель определён заранее.

Манипуляции с оценкой заявок

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

**Возможные последствия:**

Подряд получает некомпетентный поставщик риск некачественного исполнения.

Финансовый ущерб учреждению и бюджету.

Признание закупки недействительной при проверке.

Уголовная и административная ответственность для членов комиссии (ст. 361 УК РК — злоупотребление полномочиями).

**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 службы комплаенс, внутреннего аудита или юридического отдела в качестве наблюдателя.

2) нарушения п.1 ст. 37 Закона 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 (29 536 000 тенге).

**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 контролирурующих 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.

3) В нарушение п.1 ст.38 Закона, отсутствуют национальные стандарты и/или межгосударственные стандарты на закупаемые товар. При отсутствии национальных и межгосударственных стандартов указываются требуемые функциональные, технические, качественные и эксплуатационные



характеристики закупаемых 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).

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

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

**2.6.17.** 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.**

### **2.7. По направлению сбор налогов и иных платежей**

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

**2.7.2.** Личный контакт представителей объекта анализа и плательщиков налогов и иных платежей - **не установлены;**

**2.7.3.** Сложность процедур исполнения обязательств по оплате налогов и иных платежей - **не установлены;**

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

**2.7.5.** Доля начисленных и фактически взысканных налогов, сборов и платежей - **нарушения не установлены;**

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

### **2.8. Заключение договоров с физическими и юридическими лицами**

**2.8.1.** Отсутствие антикоррупционных оговорок в договорах – **не установлено;**

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

- 2.8.3. Наличие аффилированных компаний, выполнение контрагентом разнопрофильных и несвойственных ему работ - **не установлено;**
- 2.8.4. Отсутствие либо уменьшенные штрафные санкции к контрагенту - **не установлено;**
- 2.8.5. Неприменение санкций в случае нарушения договорных обязательств - **не установлено;**
- 2.8.6. Значительные корректировки условий на этапе исполнения договора - **не установлено;**
- 2.8.7. Не своевременная подача иска к контрагенту за нарушения договорных обязательств - **не установлено;**
- 2.8.8. Необоснованный отказ от претензий или судебных разбирательств при нарушении контрагентами договорных обязательств - **не установлено;**
- 2.8.9. Отсутствие актов, регулирующих порядок проведения претензионно-исковой работы - **не установлено;**
- 2.8.10. Отсутствие механизмов работы по изучению контрагентов в целях предотвращения конфликта интересов и аффилированности - **не установлено.**

## 2.9. По направлению разработки и эксплуатации информационных систем.

- 2.9.1. Двойное финансирование проекта - **не установлены;**
- 2.9.2. Финансирование проектов, не влияющих на развитие IT-отрасли - **не установлены;**
- 2.9.3. Отсутствие конкретного перечня мероприятий, необходимых к финансированию - **не установлены;**
- 2.9.4. Отсутствие механизма проверки обоснованности стоимости услуг, наличия на рынке таких разработок, способствующие искусственному завышению конечной стоимости IT-продукта - **не установлены;**
- 2.9.5. Приобретение посредством государственных закупок способом из одного источника путем прямого заключения договора как объекта интеллектуальной собственности - **не установлены;**
- 2.9.6. Искусственная конкуренция, когда в конкурсе в качестве потенциальных поставщиков участвуют аффилированные организации - **не установлены;**
- 2.9.7. Дублирование информационных систем - **не установлены;**
- 2.9.8. Непрозрачность информационных систем - **не установлены;**
- 2.9.9. 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 «Документолог» 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».

**2.9.10.** 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 истории 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.

## **2.10 Организация работы по противодействию коррупции**

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

**2.10.2.** Отсутствие плана мероприятий по профилактике коррупции, политики по противодействию коррупции - **не установлено**;

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

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

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

**2.10.6.** Факты несоблюдения антикоррупционных ограничений работниками объекта анализа - **не установлено;**

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

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

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

**2.10.10.** 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.**

## **2.11 Обеспечения прозрачности и гласности деятельности**

**2.11.1.** 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;**

**2.11.2.** Соблюдение требований Закона «О доступе к информации» и приказа и.о. Министра по инвестициям и развитию от 28 января 2016 года № 116 «Об утверждении Правил информационного наполнения интернет-ресурсов государственных органов и требования к их содержанию» - **нарушения не установлены;**

**2.11.3.** 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.**

## **2.12 Другие вопросы, вытекающие из организационно-управленческой деятельности.**

### 2.12.1. Стратегическое планирование.

Отдел стратегического планирования и статистики, структурное подразделение ответственное за разработку Стратегического плана развития Предприятия (далее – План развития).

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, оотсутствие 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, предусматривающая 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, скрытие 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.

## **2.13 По вопросам осуществления административно-хозяйственной деятельности Предприятия.**



**Непосредственное административно-хозяйственное обеспечение** Предприятия осуществляется следующими структурными подразделениями:

- 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-хозяйственного обеспечения 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 аналитической справки, разработать и согласовать План мероприятий по устранению коррупционных рисков.

2. Ответственному лицу - руководителю Антикоррупционной комплаенс-службы в составе рабочей группы со дня подписания справки по результатам внутреннего анализа коррупционных рисков осуществлять мониторинг и оценку исполнения рекомендаций.

3. Ответственному лицу - руководителю Антикоррупционной комплаенс-службы, руководителям служб Предприятия на постоянной основе проводить работу, направленную на профилактику коррупционных правонарушений и выработку антикоррупционной культуры среди работников Предприятия.

Руководитель Рабочей группы:

Заместитель директора по  
экономическим вопросам Предприятия

Касимов Д.О.

Члены Рабочей группы:

Руководитель Отдела управления  
человеческими ресурсами Предприятия

Керимова Р.К.

Руководитель Службы поддержки  
пациентов и внутренней экспертизы  
Предприятия

Айтуганова Л.Г.

Специалист Антикоррупционной  
комплаенс-службы Предприятия

Смайыл Е.А.

Врач эксперт Службы поддержки  
пациентов и внутренней экспертизы  
Предприятия

Тыныштыкова З.С.

Внешний привлеченный эксперт:  
директор ИП  
«SHAKISH Consulting Group»

Шакишев К.Д.