



«УТВЕРЖДАЮ»
Директор ГКП на ПХВ
«Многопрофильная
городская детская больница №2»
акимата города Астана
Г.Е. Кулушева

«24» 07 2026 года

АНАЛИТИЧЕСКАЯ СПРАВКА

по результатам внутреннего анализа коррупционных рисков
ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская
больница № 2» акимата города Астана

г.Астана

«24» 07 2026 года

Состав рабочей группы:

Руководитель рабочей группы:

Нугманов Медет Галимджанович, заместитель директора Предприятия по контролю качества медицинских услуг и стратегическому развитию

Члены рабочей группы:

Кадирова Ельмира Асылбековна, руководитель отдела управления человеческими ресурсами Предприятия;

Темиркулова Гульмира Аманбаевна, главный бухгалтер Предприятия;

Сугирбаева Ботагоз Мухтаровна, комплаенс-офицер Предприятия.

Основание проведения внутреннего анализа коррупционных рисков:

Приказ директора Предприятия от 19.05.2026г. №77-Ө.

Период проведения ВАКР: с 1 июня по 13 июля 2026 года.

Анализируемый период деятельности Предприятия: За предыдущие 12 месяцев.

Наименование объекта ВАКР: ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница №2» акимата города Астана (далее - **Предприятие**).

При проведении внутреннего анализа коррупционных рисков в Предприятии Рабочая группа руководствовалась Конституцией Республики Казахстан, Законом Республики Казахстан «О противодействии коррупции», Типовыми правилами проведения внутреннего анализа коррупционных рисков, (Приказ Председателя Агентства РК по делам государственной службы и противодействию коррупции от 19 октября 2016 года № 12), Методическими рекомендациями по проведению внутреннего анализа коррупционных рисков, (Приказ Председателя Агентства РК по противодействию коррупции (Антикоррупционной службы) от 30 декабря 2022 года № 488), Картой проектов реализации Типового базового направления

№ 4 «Предупреждение и противодействие коррупции» на 2026 год, (Утвержден Директором Департамента антикоррупционной политики Агентства РК по делам государственной службы от 2026 года), иными правовыми актами.

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

- в 2024 году: в период с 2 мая по 14 июня 2024 года, на основании приказами директора Предприятия от 20 мая 2024 года № 62-Ө и от 3 мая 2024 года №56-Ө. Аналитическая справка по результатам проведенного ВАКР в Предприятии от 22 июня 2024 года;

- в 2025 году: в период с 2 июня 2025 года по 14 июля 2025 года, на основании приказа директора Предприятия от 23 мая 2025 года № 67-Ө и от 23 мая 2025 года №68-Ө. Аналитическая справка по результатам проведенного ВАКР в деятельности Предприятия от 14 июля 2025 года.

Следует отметить, что в 2025 году **Предприятие успешно прошло сертификационный аудит** на соответствие системы менеджмента противодействия коррупции (СМПК) требованиям международного стандарта ISO 37001:2016.

По результатам аудита, проведенного в период 7 октября 2025 года международным органом по сертификации CERT INTERNATIONAL, подтверждено соответствие СМПК Предприятия требованиям стандарта ISO 37001:2016 в области оказания медицинской помощи, о чем выдан сертификат соответствия № ABMS-2180/A.

В настоящее время на Предприятии внедрены и функционируют основные механизмы противодействия коррупции, включая оценку и анализ коррупционных рисков, ведение реестра коррупционных рисков, проведение SWOT-анализа, внутреннего аудита и мониторинга СМПК, разработку корректирующих мероприятий, а также регулирование вопросов конфликта интересов, дарения подарков, приглашений и знаков делового гостеприимства.

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.

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.
- 4) По итогам ВАКР выявлено 65 коррупционных рисков, из них рекомендован 34, без учета условно допустимых коррупционных рисков, которые могут возникнуть будущем.
- 5) Выявленные и условно допустимые коррупционные риски рекомендованы для внесения в реестр.

1. Общая информация о Предприятии

Больница была открыта в 1993 году как *Областная детская клиническая больница Целиноградской области* на 300 коек. Впоследствии учреждению был присвоен статус государственного коммунального предприятия «Городская детская больница №2» акимата города Астаны на праве хозяйственного ведения.

В соответствии с Уставом Предприятия, утвержденным постановлением акимата города Астаны № 444 от 27 февраля 2025 года предметом деятельности Предприятия является осуществление производственно-хозяйственной деятельности в области здравоохранения;

Целью деятельности Предприятия является оказание высокоспециализированной, специализированной, квалифицированной медицинской помощи, а также оказание амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению.

Финансирование больницы осуществляется в рамках оказания специализированной медицинской помощи (СМП), гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) и высокоспециализированной медицинской помощи (ВТМУ).

В настоящее время больница является **единственным детским многопрофильным медицинским учреждением города**, значительно превзошедшим рамки привычного представления об учреждении практического здравоохранения.

Подъездные пути: Центральный вход находится со стороны пр. Абылай-хана, также имеется 2 КПП для транспортных средств со стороны ул. Кобда.

Территория вокруг благоустроена, имеются средства размещения информации, элементы озеленения, ограждение, детская площадка, автостоянка, технические зоны инженерных коммуникаций, гараж.

Общая площадь с отдельно стоящими зданиями составляет - 65 056,4 м².

Предприятие имеет свидетельство об аккредитации о соответствии деятельности субъекта здравоохранения стандартам аккредитации в области здравоохранения Республики Казахстан № KZ52VEG00014476 от 10 июля 2024 года сроком на 3 года присвоена высшая категория.

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

- на право занятия медицинской деятельности от 22.11.2022г. № 22021762;
- фармацевтической деятельности от 28.11.2022 г. № 22022225;
- деятельностью в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в области здравоохранения от 16.01.2025 г. № 25001193;
- на обращение с приборами и установками, генерирующими ионизирующее излучение от 29.10.2025 г. № 25036063.

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

- 1) Выявление коррупционных рисков в нормативных правовых актах, затрагивающих деятельность Предприятия;
- 2) Выявление коррупционных рисков в организационно-управленческой деятельности Предприятия.

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

3.1. В ходе проведения ВАКР изучены следующие документы:

- Аналитическая справка по результатам проведенного внутреннего анализа коррупционных рисков Предприятий на 2024- 2025 г.;
- План мероприятий по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам внутреннего анализа коррупционных рисков в Предприятий на 2024 и 2025 гг.;
- Результаты мониторинга исполнения рекомендаций объектом внутреннего анализа коррупционных рисков в 2024 и 2025 годы» (Приложение 7 к Методическим рекомендациям по проведению внутреннего анализа коррупционных рисков);
- Положение об Антикоррупционной комплаенс-службе ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница №2» (Утвержден решением НС в соответствии с требованиями законодательства РК, Устава и Типовое положение об антикоррупционных комплаенс-службах в субъектах квазигосударственного сектора №6 от 30.09.2025 г.);
- Устав Предприятий (Постановление акимата города Астана от 27.02.2025 г. №444);
- Организационная структура Предприятия, утвержденная решением Наблюдательного совета Предприятия от 20 ноября 2024 года № 5;

- Организационная структура Предприятия, утвержденная решением Наблюдательного совета структура от 22 апреля 2025 года № 2;
- Организационная структура Предприятия, утвержденная решением Наблюдательного совета структура от 26 декабря 2025 года № 9;
- Иные внутренние нормативные документы (далее – ВНД), регулирующие деятельность Предприятия.

3.2 Анализ исполнения рекомендаций по результатам ВАКР за 2024 - 2025 годы

Согласно Приложению 7 к Методическим рекомендациям по проведению внутреннего анализа коррупционных рисков «Результаты мониторинга исполнения рекомендаций объектом внутреннего анализа коррупционных рисков» за 2024 и 2025 годы, все мероприятия, предусмотренные Планом мероприятий по устранению выявленных коррупционных рисков, исполненный в полном объеме.

3.3. В ходе проведения внутреннего анализа коррупционных рисков рабочей группой изучено **Положение об антикоррупционной комплаенс-службе ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница № 2»**, утвержденное приказом директора Предприятия от 15 мая 2023 года № 79-Ө и актуализированное в соответствии с Типовым положением об антикоррупционных комплаенс-службах в субъектах квазигосударственного сектора, утвержденным приказом Председателя Агентства Республики Казахстан по противодействию коррупции (Антикоррупционной службы) от 31 марта 2023 года № 112, решением Наблюдательного совета Предприятия от 30 сентября 2025 года № 6, а также требованиями международного стандарта ISO 37001:2016.

Вместе с тем установлено, что отдельные функции, предусмотренные Положением об антикоррупционной комплаенс-службе, **реализуются не в полном объеме.**

Так, одной из функций антикоррупционной комплаенс-службы является **заслушивание информации структурных подразделений и работников Предприятия по вопросам противодействия коррупции**, предусмотренной подпунктом 18 пункта 12 Положения об антикоррупционной комплаенс-службе.

Однако в ходе анализа не установлены факты заслушивания руководителей структурных подразделений и работников Предприятия по вопросам исполнения антикоррупционного законодательства, реализации антикоррупционных мероприятий, соблюдения антикоррупционных ограничений и управления коррупционными рисками.

Выявленный коррупционный риск: Отсутствие практики заслушивания структурных подразделений по вопросам противодействия коррупции может привести к снижению эффективности внутреннего контроля, несвоевременному выявлению коррупционных рисков, недостаточному мониторингу исполнения антикоррупционных мероприятий и формальному исполнению требований системы менеджмента противодействия коррупции.

Рекомендация

1. Внедрить практику регулярного заслушивания руководителей структурных подразделений по вопросам реализации антикоррупционных

мероприятий, исполнения рекомендаций ВАКР и соблюдения требований законодательства о противодействии коррупции.

2. Определить порядок подготовки и представления структурными подразделениями отчетной информации о:

- выполнении антикоррупционных мероприятий;
- исполнении рекомендаций по результатам ВАКР;
- выявленных коррупционных рисках и принятых мерах по их минимизации;
- фактах возникновения конфликта интересов и мерах по его урегулированию.

3. Рассматривать результаты заслушивания на совещании при директоре с оформлением протокольных решений, определением ответственных лиц, сроков исполнения и последующим контролем выполнения поручений.

4. Комплаенс-офицеру осуществлять мониторинг исполнения принятых решений и ежегодно представлять руководству Предприятия аналитическую информацию о состоянии исполнения антикоррупционных мероприятий и эффективности принимаемых мер.

3.4. Согласно Уставу Предприятия, учредителем ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница № 2» является местный исполнительный орган – акимат города Астаны, а уполномоченным органом – Государственное учреждение «Управление общественного здравоохранения города Астаны».

Уставом Предприятия определены его правовой статус, предмет и цели деятельности, полномочия органов управления, порядок распоряжения имуществом, финансирования деятельности, ведения бухгалтерского учета и отчетности, оплаты труда работников, а также вопросы реорганизации и ликвидации Предприятия.

В ходе проведения ВАКР установлено, что в анализируемом периоде в Устав Предприятия внесены изменения и дополнения, связанные с расширением видов деятельности Предприятия в части организации деятельности пищеблока с буфетом общественного питания.

По результатам изучения внесенных изменений нарушений требований законодательства Республики Казахстан, а также факторов, способствующих возникновению коррупционных рисков, **не установлено.**

Коррупционные риски в положениях Устава Предприятия, регулирующих деятельность органов управления, распоряжение имуществом и осуществление уставной деятельности, в ходе анализа **не выявлены.**

Вместе с тем **расширение видов деятельности Предприятия в части организации питания пациентов и посетителей требует дополнительного контроля** за процессами закупки продуктов питания, заключения договоров, учета товарно-материальных ценностей и соблюдения санитарно-эпидемиологических требований, поскольку указанные процессы относятся к числу коррупционные уязвимых направлений деятельности.

3.5. За период, прошедший после проведения внутреннего анализа коррупционных рисков в 2024 - 2025 годах, **в организационную структуру**

Предприятия вносились изменения решениями Наблюдательного совета Предприятия.

В результате внесенных изменений штатная численность Предприятия увеличилась с 1406 до 1455 штатных единиц, то есть на 51 штатную единицу.

Справочно: Организационная структура, утвержденная решением Наблюдательного совета от 20 ноября 2024 года № 5;

- Организационная структура, утвержденная решением Наблюдательного совета от 22 апреля 2025 года № 22;

- Организационная структура, утвержденная решением Наблюдательного совета от 25 декабря 2025 года № 25.

Утверждение Организационной структуры Предприятия проведено в соответствии с требованиями статьи 149 Закона Республики Казахстан «О государственном имуществе».

Выводы:

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

- процедура утверждения Положения о комплаенс-службе и его содержание соответствуют требованиям статьи 16 Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции», Типового положения об антикоррупционных комплаенс-службах в субъектах квазигосударственного сектора, утвержденного приказом Председателя Агентства Республики Казахстан по противодействию коррупции (Антикоррупционной службы) от 31 марта 2023 года № 112, Устава Предприятия, в соответствии с решением Наблюдательного совета Предприятия от 30 сентября 2025 года № 6, а также требованиями международного стандарта ISO 37001:2016.

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

Рекомендации

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

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

ВНД Предприятия, регулирующие деятельность структурных подразделений, разработаны и утверждены в Предприятии по единообразной форме и структуре.

Анализ в части выявления правовых пробелов, юридико-лингвистической неопределенности и широты дискреционных полномочий в настоящей аналитической справке представлен на примере следующих ВНД:

3.6.1. Правовое сопровождение деятельности

В целях правового сопровождения деятельности Предприятия разработка ВНД осуществляется в соответствии с **Правилами управления документами, утвержденными приказом директора Предприятия от 29.12.2023 года № 162-Ө**, регламентирующими порядок разработки, согласования, утверждения, учета и хранения внутренних нормативных документов.

Ответственным структурным подразделением за управление внутренними нормативными документами является **Отдел контроля качества и поддержки пациента (далее – ОКК и ПП)**. После утверждения внутренних нормативных документов приказом директора их оригиналы подлежат регистрации и хранению в ОКК и ПП.

Правилами управления документами определены полномочия и ответственность руководителей структурных подразделений и работников в части разработки, актуализации, учета, хранения и применения внутренних нормативных документов.

Кроме того, в ходе выборочного изучения внутренних нормативных документов структурных подразделений установлено, что на отдельных листах ознакомления отсутствуют подписи работников, подтверждающие факт ознакомления с соответствующими документами.

Указанное обстоятельство свидетельствует о недостаточном контроле за соблюдением установленного порядка доведения внутренних нормативных документов до сведения работников и не позволяет достоверно подтвердить факт их ознакомления с требованиями локальных актов Предприятия.

Выявленный коррупционный риск: Отсутствие документального подтверждения ознакомления работников с внутренними нормативными документами создает риск неоднозначного толкования обязанностей работников, уклонения от ответственности за несоблюдение внутренних процедур, а также риск принятия управленческих решений при отсутствии надлежащего информирования работников о действующих требованиях и ограничениях.

Рекомендации:

1. Ежегодно проводить анализ и актуализацию внутренних нормативных документов Предприятия, обеспечивать их своевременное утверждение и размещение на официальном интернет-ресурсе Предприятия в случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан и внутренними нормативными документами.

2. Провести ревизию листов ознакомления по действующим внутренним нормативным документам и устранить выявленные недостатки.

3.6.2. Порядок поиска, отбора и найма персонала

регламентирован Правилами поиска, отбора и найма персонала, утвержденными директором Предприятия от 02.05.2024 года и Программой управления человеческими ресурсами, утвержденной приказом № 52-ө от 26.04.2024 года.

Ежемесячно сведения, в том числе о вакансиях, направляются в КГУ «Центр занятости» и информация размещается на сайте Енбек KZ. о наличии вакансии на определенные должности.

Однако, на официальном интернет-ресурсе Предприятия размещено информация о вакансиях по состоянию на 2025 год, тем самым указывает, на то что информация о вакансиях не обновляется. (п.8.5 Программа УЧР - Внутренний поиск осуществляется: объявление о вакантной позиции по внутренней электронной почте, в чаты WhatsApp и/или вывешивается на сайте больницы в разделе «Вакансии»), также в требованиях к кандидатам перечень требуемых документов не опубликован.

Указанные данные свидетельствуют о том, что предусмотренный Правилами механизм конкурсного отбора фактически применяется в ограниченном объеме, что не позволяет обеспечить в полной мере принципы открытости, прозрачности и объективности при принятии кадровых решений.

Кроме того, **норма пункта 17 главы 2 Правил содержит коррупциогенный фактор**, связанный с необоснованно широким перечнем должностей, не подлежащих конкурсному отбору.

В частности, должности инженера и оператора медицинских газов включены в перечень должностей, не подлежащих конкурсному отбору, несмотря на то, что их деятельность связана с обеспечением безопасности функционирования медицинской организации и требует наличия специальных знаний, соответствующей квалификации и профессиональной подготовки.

Вместе с тем, **пунктами 21 и 26 главы 3 Правил выявлены нормы**, допускающие неоднозначное толкование и создающие предпосылки для возникновения коррупционных рисков.

Так, **пунктом 21 Правил предусмотрено**, что конкурсную комиссию возглавляет директор больницы либо лицо, им уполномоченное. При этом документом не определены основания, порядок и пределы передачи таких полномочий, а также требования к уполномоченному лицу.

Пунктом 26 Правил установлено, что решение конкурсной комиссии является основанием для осуществления процедур найма кандидата, однако окончательное решение о приеме на работу принимает директор больницы либо лицо, им уполномоченное.

Действующая редакция пунктов 21 и 26 Правил предоставляет руководителю Предприятия **широкие дискреционные полномочия** при принятии окончательного решения о трудоустройстве кандидатов независимо от результатов конкурсного отбора, что создает предпосылки для субъективного подхода, конфликта интересов и предоставления необоснованных преимуществ отдельным кандидатам.

Устранения коррупциогенного фактора рекомендую изложить в следующей редакции: «Решение конкурсной комиссии является обязательным основанием для принятия решения о назначении кандидата. В случае несогласия руководителя с решением конкурсной комиссии мотивированное решение оформляется в письменном виде и приобщается к материалам конкурса».

Особого внимания заслуживает вопрос соблюдения требований Правил порядок поиска, отбора и найма персонала.

Так, что предусмотренный Правилами механизм конкурсного отбора в большинстве случаев фактически не применяется либо применяется формально.

Таким образом, выявлен не только коррупционный риск, связанный с отсутствием прозрачных и объективных процедур отбора персонала, но и факт ненадлежащего исполнения требований внутренних нормативных документов Предприятия.

Выявленные коррупционные риски:

1. Формального применения конкурсных процедур, когда предусмотренный внутренними документами порядок фактически не используется при замещении вакантных должностей.
2. Предоставления необоснованных дискреционных полномочий должностным лицам при принятии решений о трудоустройстве кандидатов без прохождения конкурсных процедур.
3. Создания преимущественных условий для отдельных кандидатов вследствие отсутствия прозрачного механизма отбора и оценки претендентов.
4. Возникновения конфликта интересов при приеме на работу работников без коллегиального рассмотрения кандидатур.
5. Нарушения принципов равного доступа граждан к трудоустройству вследствие отсутствия надлежащей конкурсной процедуры по должностям.

Рекомендации

1. Провести ревизию Правил порядок поиска, отбора и найма персонала на предмет актуальности перечня должностей, не подлежащих конкурсному отбору.
2. Обеспечить обязательное соблюдение конкурсных процедур по должностям, для которых они предусмотрены внутренними документами.
3. Установить механизм документального контроля за прохождением конкурсных процедур.
4. Предусмотреть обязательное оформление протоколов заседаний конкурсной комиссии и оценочных листов кандидатов.
5. Усилить контроль со стороны отдела управления человеческими ресурсами за соблюдением утвержденного порядка подбора персонала.
6. Рассмотреть вопрос о внедрении периодического мониторинга кадровых решений на предмет соблюдения принципов открытости, прозрачности и недопущения конфликта интересов.

3.6.3. Правила о конкурсном замещении вакантных должностей руководителей медицинских клиник/центров, структурных подразделений ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница № 2» акимата города Астаны (Утвержден директором Предприятия от 5.01.2025г.) (далее – Правила) настоящая Правила определяют и условия конкурсного отбора и заключения трудовых договоров между Университетом и работниками из числа АУП и иных работников.

В ходе анализа выявлены отдельные юридико-лингвистические неопределенности и нормы, допускающие неоднозначное толкование и причины для наступления коррупционных рисков.

Установлено, что в тексте документа содержится ссылка на «Университет», не соответствующая организационно-правовой форме и наименованию Предприятия, свидетельствует о возможном использовании шаблонного документа без надлежащей адаптации.

Кроме того, не определен исчерпывающий перечень должностей, подлежащих конкурсному замещению, а также отсутствует четкое разграничение категорий работников, на которых распространяется действие Правил.

Выявленный коррупционный риск: используемые формулировки допускают неоднозначное толкование и могут создавать условия для субъективного принятия решений при подборе и назначении работников на вакантные должности, а также ограничению принципов открытости и прозрачности при подборе персонала.

Аналогичные замечания по отдельным пунктам Правила о конкурсном замещении вакантных должностей

Рекомендации по устранению рисков и несоответствий.

1. Привести Правила о конкурсном замещении вакантных должностей в соответствие с действующим законодательством Республики Казахстан и фактической организационной структурой Предприятия.

2. Исключить из текста документа ссылки на сторонние организации и неактуальные наименования.

3. Определить исчерпывающий перечень должностей, подлежащих конкурсному замещению.

4. Установить четкие критерии отбора кандидатов и порядок принятия решений конкурсной комиссией.

5. Исключить нормы, допускающие неоднозначное толкование и дискреционные полномочия при проведении конкурсных процедур.

6. Провести юридическую экспертизу локального нормативного акта перед его повторным утверждением.

3.6.4. Для анализа состояния дел об информированности работников относительно установленных заработных и иных выплат по штатной должности, на изучение представлены трудовые договора между работодателем и работниками, о принятии на работу.

Фактов закрытости информации о заработных платах и надбавках работникам объекта анализа, **не установлено.**

Справочно: работник при приеме и подписании трудового договора информируется об окладе и иных выплатах согласно установленному штатному расписанию. Порядок информирования регламентирован внутренними нормативными документами Предприятия (Коллективный договор Предприятия).

3.6.5. В ходе изучения материалов заседаний комиссии по рассмотрению вопросов соблюдения норм деловой этики установлены несоответствия в организации деятельности данного коллегиального органа.

Так, согласно приказу директора Предприятия № 147-Ө от 31 декабря 2024 года **утвержден персональный состав Этической комиссии.**

Вместе с тем при изучении протоколов заседаний установлено, что в рассмотрении отдельных вопросов принимали участие лица, не включенные в состав комиссии указанным приказом, при этом документы о внесении

изменений в состав комиссии либо о наделении указанных лиц соответствующими полномочиями не представлены.

Кроме того, протоколы заседаний оформлены как протоколы **Этического совета**, тогда как внутренними документами Предприятия предусмотрено создание и функционирование **Этической комиссии**.

Документы, подтверждающие создание Этического совета, утверждение его состава, полномочий и порядка деятельности, в ходе анализа не представлены.

Коррупционный риск

Выявленные несоответствия создают риск принятия решений коллегиальным органом в неправомочном составе, ставят под сомнение легитимность принятых решений, а также могут повлечь оспаривание результатов рассмотрения обращений заинтересованными лицами.

Кроме того, отсутствие единообразия в наименовании и статусе органа, рассматривающего вопросы соблюдения норм деловой этики, создает правовую неопределенность в распределении полномочий и ответственности, что является коррупциогенным фактором, допускающим неоднозначное толкование внутренних процедур.

Рекомендации

1. Привести деятельность Этической комиссии в соответствие с приказом директора № 147-Θ от 31.12.2024 года.

2. Обеспечить участие в заседаниях комиссии только лиц, включенных в утвержденный состав комиссии либо наделенных соответствующими полномочиями в установленном порядке.

3. При необходимости пересмотреть и актуализировать состав Этической комиссии путем издания соответствующего приказа.

4. Обеспечить единообразное применение наименования коллегиального органа во всех внутренних документах Предприятия.

5. Провести ревизию ранее принятых протокольных решений на предмет их соответствия требованиям внутренних нормативных документов.

В настоящей аналитической справке приведены правовые пробелы и широта дискреционных полномочий, которые потенциально могут создать коррупционные риски, выявленные при анализе данных ДИ.

А) Анализ Положения об оториноларингологическое отделение

В представленном Положении об оториноларингологическом отделении (Утвержден приказом директора Предприятия от 8.04.2024г. № 44-Θ): имеются отдельные правовые пробелы, юридико-лингвистические неопределенности и коррупциогенные факторы, которые целесообразно отразить в ВАКР.

1. Правовой пробел: неопределенность порядка назначения исполняющего обязанности заведующего

Пункт 5 Положения: «В случае временного отсутствия заведующего отделением его обязанности исполняет лицо, назначенное приказом уполномоченного должностного лица больницы».

Проблема: Не определено: кто является «уполномоченным должностным лицом», по каким критериям осуществляется выбор кандидата, требуется ли согласование с директором, кто может быть назначен исполняющим обязанности.

Коррупционный риск: Создаются условия для субъективного назначения работников без прозрачных критериев, что может привести к фаворитизму и конфликту интересов.

Рекомендация: Изложить пункт в следующей редакции:

«В случае временного отсутствия заведующего отделением исполнение его обязанностей возлагается приказом директора Предприятия либо уполномоченного им должностного лица на работника, соответствующего квалификационным требованиям к занимаемой должности.»

2. Широта дискреционных полномочий при взаимодействии с внешними организациями

Пункт 3.6 Положения: «взаимодействие ... с иными лечебно-профилактическими учреждениями по вопросам лечения и реабилитации пациентов, в том числе на платной основе».

Проблема: Не определены: порядок взаимодействия, основания направления пациентов, критерии выбора организаций, необходимость согласования.

Коррупционный риск: Возможность необоснованного направления пациентов в определенные медицинские организации на платной основе.

Рекомендация: Дополнить: «Направление пациентов в сторонние организации осуществляется исключительно по медицинским показаниям в порядке, установленном законодательством и внутренними документами Предприятия.»

3. Неопределенность полномочий по созданию рабочих групп

Пункт 4.7 Положения

«создавать и участвовать в рабочих группах (комиссиях и др.)»

Проблема: Не указано: кто утверждает состав, основания создания, порядок оформления решений.

Коррупционный риск: Возможность формирования комиссий по субъективному принципу.

Рекомендация: Предусмотреть: «Рабочие группы и комиссии создаются на основании приказа директора либо уполномоченного должностного лица.»

4. Юрико-лингвистическая неопределенность в пункте 4.4

Пункт 4.4 «привлекать к выполнению своих задач работников других подразделений»

Проблема: Не определены пределы такого привлечения.

Коррупционный риск: Возможность неформального использования работников других подразделений вне установленной подчиненности.

Рекомендация: Дополнить словами: «по согласованию с руководителем соответствующего структурного подразделения и в пределах компетенции работников».

5. Избыточно широкий характер взаимодействия

Пункт 6.1 «взаимодействует со всеми структурными подразделениями, государственными органами, физическими и юридическими лицами»

Проблема: Отсутствуют пределы полномочий.

Коррупционный риск: Неопределенность круга лиц и оснований взаимодействия.

Рекомендация: Уточнить: «в пределах компетенции, определенной законодательством и внутренними документами Предприятия».

6. Необоснованное освобождение от ответственности

Раздел 5, пункт 2 «Работники отделения не несут ответственность за ... причинение ущерба больнице...»

Проблема: Внутренний документ не вправе освобождать работников от ответственности, установленной законодательством.

Коррупциогенный фактор: Норма может использоваться для уклонения от ответственности.

Рекомендация: Исключить данный пункт либо изложить: «Ответственность работников определяется законодательством Республики Казахстан, трудовым договором и внутренними документами Предприятия.»

7. Отсутствие антикоррупционных обязанностей отделения

В Положении отсутствуют нормы о:

- предотвращении конфликта интересов;
- соблюдении антикоррупционных ограничений;
- недопустимости получения подарков и иных выгод;
- информировании о коррупционных рисках.

Риск: Несоответствие требованиям Закона РК «О противодействии коррупции», ISO 37001:2016 и Политики Предприятия по противодействию коррупции.

Рекомендация: Дополнить раздел «Ответственность» пунктом: «Работники отделения обязаны соблюдать требования антикоррупционного законодательства Республики Казахстан, Политику Предприятия по противодействию коррупции, принимать меры по предотвращению конфликта интересов и незамедлительно информировать руководство и антикоррупционную комплаенс-службу о выявленных коррупционных рисках.»

Б) При анализе должностной инструкции заведующего **оториноларингологические отделений** (далее – ДИ), выявлены следующие правовые пробелы и элементы широты дискреционных полномочий, потенциально создающие коррупционные, предусмотренный Методическими рекомендациями по проведению ВАКР.

1. Широта дискреционных полномочий

Пункт 21 подбор и расстановка кадров в отделении».

Проблема: Не определены порядок, пределы и критерии реализации данного полномочия.

Из текста неясно: самостоятельно ли заведующий принимает решение, согласовывает ли кандидатуры с отделом УЧР, учитывается ли конкурсная процедура, каким образом документируются решения.

Коррупционный риск: Создаются условия для лоббирования интересов отдельных лиц, трудоустройства родственников и знакомых, а также необъективного распределения кадровых ресурсов.

Пункт 32 «иные обязанности в соответствии с задачами и функциями отделения, поручениями заместителя директора по медицинской части и директора».

Проблема: Формулировка не содержит пределов полномочий.

Коррупциогенный фактор: Широта дискреционных полномочий.

Фактически руководитель может поручить любые обязанности, не предусмотренные должностной инструкцией.

2. Юрико-лингвистическая неопределенность

Пункт 18 «за решение всех оперативных вопросов, относящихся к деятельности отделения».

Проблема: Понятие «все оперативные вопросы» является оценочным и не имеет четкого содержания.

Риск: Неопределенность полномочий и ответственности.

Пункт 14 «проведение разбора жалоб и обращений граждан»

Не определены: сроки рассмотрения, порядок участия заведующего, полномочия по принятию решений.

Риск: Субъективное рассмотрение жалоб пациентов.

3. Коррупционный риск при поощрении работников

Пункт 16 «осуществление подготовки материалов по поощрениям и награждениям работников отделения».

Пункт 9 раздела «Права» - «представлять администрации больницы подчиненных ему сотрудников к поощрению».

Проблема: Не определены критерии оценки работников.

Коррупционный риск: Субъективное премирование и поощрение отдельных работников.

4. Коррупционный риск при распределении пациентов

Пункт 6 «распределение пациентов между врачами отделения».

Проблема: Не определены критерии распределения.

Коррупционный риск: Возможность создания предпочтительных условий отдельным врачам, в том числе по платным услугам.

5. Коррупционный риск при госпитализации

Пункт 5 раздела «Права» «решать вопросы госпитализации, перевода и выписки больных из отделения»

Проблема: Полномочие сформулировано слишком широко.

Коррупционный риск: Предоставление преимуществ отдельным пациентам при госпитализации.

6. Правовой пробел по конфликту интересов

В инструкции отсутствуют обязанности: по предотвращению конфликта интересов, по уведомлению о возникновении конфликта интересов, по недопущению аффилированности при подборе кадров, по соблюдению ограничений, предусмотренных антикоррупционным законодательством.

Рекомендации

1) Пункт 21 подбор и расстановка кадров в отделении».

Изложить в следующей редакции: «Участвует в подборе и расстановке кадров отделения в пределах компетенции с соблюдением требований трудового законодательства, внутренних нормативных документов Предприятия и установленных процедур подбора персонала».

2) Пункт 32 изложить в следующей редакции: «иные обязанности, непосредственно связанные с деятельностью отделения и не противоречащие трудовому законодательству Республики Казахстан, трудовому договору и настоящей должностной инструкции».

3) Пункт 18 Указать конкретные направления: «за организацию текущей деятельности отделения в пределах предоставленных полномочий».

4) Пункт 14 «проведение разбора жалоб и обращений граждан»

Ввести регламент: срок рассмотрения - 3 рабочих дня, письменный отчет - обязателен, журнал учета жалоб - обязателен.

Пример: Включение нового пункта 14: «14.1. Рассмотрение жалоб осуществляется в срок не более 3 рабочих дней. Результаты рассмотрения оформляются в письменной форме, фиксируются в журнале обращений, с последующим предоставлением ответа инициатору. Все случаи жалоб анализируются с последующим докладом на клинико-экспертной комиссии (КЭК) или медицинском совете.»

5) Пункт 9 раздела «Права» - предусмотреть: «на основании утвержденных критериев оценки эффективности деятельности работников».

6) Пункт 6 изложить в следующей редакции: «распределение пациентов между врачами осуществляется с учетом профиля заболевания, нагрузки врача и утвержденного порядка работы отделения».

7) Пункт 5 раздела «Права» изложить в следующей редакции: «принимать решения о госпитализации, переводе и выписке пациентов в соответствии с клиническими показаниями, нормативными правовыми актами и внутренними документами Предприятия».

8) в ДИ внести с новой редакции, дополнить инструкцию:

«Незамедлительно уведомлять руководство Предприятия и антикоррупционную комплаенс-офицера о возникновении потенциального либо реального конфликта интересов при исполнении должностных обязанностей»;

9) Дополнить инструкцию: «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».

В) Анализ должностной инструкции главной медицинской сестры

(Утвержден приказом директора Предприятия от 08.04.2024г. № 44-Ө):

В ходе изучения Должностной инструкции главной медицинской сестры установлены следующие коррупциогенные факторы.

1. Широта дискреционных полномочий

Ряд полномочий сформулирован без определения порядка их реализации, критериев принятия решений и механизмов контроля.

Например:

- п. 10 – «*проводит работу по удержанию человеческих ресурсов путем разработки стратегий найма и удержания персонала*»;
- п. 20 – «*принимает решения о распределении ресурсов*»;
- п. 30 – «*создает возможности для сотрудников участвовать в принятии решений*»;
- п. 41 – «*другие функции и обязанности по поручению непосредственного руководителя*».

Не определено:

- какие именно решения вправе принимать главная медицинская сестра;
- какие ресурсы распределяются;
- пределы полномочий;
- основания принятия решений;
- форма оформления решений.

Коррупционный риск: Создаются условия для: субъективного принятия кадровых решений, необоснованного распределения материальных ресурсов, предоставления преимуществ отдельным работникам, расширительного толкования полномочий.

2. Отсутствие процедуры принятия кадровых решений

Инструкция предусматривает: разработку стратегий найма персонала (п.10), внесение предложений о поощрении (п.8 раздела «Права»), предложения о дисциплинарных взысканиях.

Однако отсутствует: порядок подготовки предложений, критерии оценки работников, необходимость документального обоснования, порядок рассмотрения предложений комиссией.

Коррупционный риск: Возможны: фаворитизм, конфликт интересов, необоснованное продвижение отдельных работников, субъективное применение дисциплинарных мер.

3. Юрико-лингвистическая неопределенность Используются оценочные понятия, не имеющие правового содержания: «создает возможности», «обеспечивает наставничество», «создает культуру», «предоставляет информацию», «устанавливает шаги», «инициирует изучение».

Не определено: каким документом оформляются данные действия, как оценивается исполнение, каким образом осуществляется контроль.

Коррупционный риск: оценка деятельности становится субъективной и зависит от усмотрения руководителя.

4. Дублирование функций - несколько пунктов повторяют друг друга:

Например, организация работы персонала, контроль исполнения внутренних документов, контроль среднего медицинского персонала, управление рисками.

При этом отсутствует разграничение между: полномочиями заместителя директора, главной медицинской сестры, старших медицинских сестер.

Коррупционный риск: возникает возможность перекладывания ответственности либо принятия решений вне установленной компетенции.

5. Отсутствие антикоррупционных обязанностей

В отличие от большинства должностных инструкций руководителей подразделений отсутствуют обязанности: соблюдать ограничения, установленные Законом РК «О противодействии коррупции», предотвращать конфликт интересов, незамедлительно сообщать о коррупционных рисках, принимать меры по предупреждению коррупции среди подчиненных, обеспечивать исполнение внутренних антикоррупционных документов, соблюдать требования ISO 37001.

Коррупционный риск: Снижается персональная ответственность руководителя одного из наиболее **рискованных направлений деятельности** (лекарственные средства, медицинские изделия, расходные материалы, кадровые вопросы среднего персонала).

6. Отсутствие обязанностей по управлению конфликтом интересов

Инструкция не предусматривает обязанность: сообщать о возникновении конфликта интересов, уведомлять руководство, воздерживаться от принятия решений при наличии личной заинтересованности.

Коррупционный риск: создаются условия для принятия решений в интересах родственников, знакомых либо аффилированных лиц.

7. Отсутствие ответственности за нарушения антикоррупционного законодательства

Раздел «Ответственность» не содержит ответственности за:

- нарушение Закона «О противодействии коррупции»;
- нарушение Политики по противодействию коррупции;
- несоблюдение ограничений;
- непринятие мер по предотвращению коррупции.

Коррупционный риск: Отсутствует персональная ответственность руководителя за исполнение антикоррупционных требований.

Рекомендации

1. Конкретизировать полномочия главной медицинской сестры, исключив оценочные формулировки («создает возможности», «принимает решения», «инициирует», «создает культуру», «предоставляет информацию», «другие функции»), заменив их конкретными административными действиями.

В частности:

- формулировку **«создает возможности для сотрудников участвовать в принятии решений»** заменить на: *«организует проведение рабочих совещаний, рассматривает предложения работников, оформляет результаты обсуждений протоколами и представляет соответствующие предложения руководству Предприятий»;*

- формулировку **«принимает решения о распределении ресурсов»** заменить на: *«формирует предложения по распределению материальных, кадровых и иных ресурсов в пределах утвержденного бюджета и штатной численности, которые реализуются после согласования с заместителем директора по медицинской части и (или) директором Предприятий в пределах их компетенции»;*

- формулировку **«разрабатывает стратегии найма и удержания персонала»** заменить на: *«вносит руководству предложения по совершенствованию кадровой политики сестринской службы, участвует в подборе кандидатов, адаптации, наставничестве и оценке персонала в порядке, установленном внутренними нормативными документами Предприятий»;*

- формулировку **«создает культуру межпрофессиональной командной работы»** заменить на: *«организует проведение совместных рабочих совещаний, обучающих мероприятий и мероприятий по обмену опытом между структурными подразделениями Предприятий»;*

- формулировку **«предоставляет информацию по эффективному пациент-ориентированному уходу»** заменить на: *«разрабатывает информационные материалы, проводит обучение и доводит до работников утвержденные клинические рекомендации, стандарты и внутренние документы по вопросам пациент-ориентированного ухода»;*

- формулировку **«инициирует изучение альтернативных моделей обучения»** заменить на: *«подготавливает предложения по внедрению современных образовательных программ и представляет их на рассмотрение руководству Предприятий»;*

- формулировку **«другие функции и обязанности по поручению непосредственного руководителя»** изложить в следующей редакции: *«выполняет иные поручения непосредственного руководителя, связанные с деятельностью сестринской службы, если они не противоречат законодательству Республики Казахстан, трудовому договору, настоящей должностной инструкции и внутренним нормативным документам Предприятий».*

Определить порядок подготовки предложений по: поощрениям, дисциплинарным взысканиям, кадровым вопросам, распределению ресурсов.

3. Разграничить полномочия главной медицинской сестры, заместителя директора по медицинской части и старших медицинских сестер.

4. Дополнить должностную инструкцию обязанностями: соблюдать требования Закона РК «О противодействии коррупции», предотвращать и урегулировать конфликт интересов, принимать меры по предупреждению коррупционных проявлений среди подчиненных, обеспечивать исполнение внутренних антикоррупционных документов Предприятия и требований системы менеджмента противодействия коррупции (ISO 37001:2016).

5. Дополнить раздел «Ответственность» положением о персональной ответственности за нарушение антикоррупционного законодательства, внутренних антикоррупционных документов Предприятия и непринятие мер по предупреждению коррупционных правонарушений.

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

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

Дополнительно рекомендую **ввести обязательное документальное оформление** всех решений главной медицинской сестры по вопросам:

- распределения среднего и младшего медицинского персонала;
- внесения предложений о поощрении и дисциплинарных взысканиях;
- распределения материальных ресурсов;
- согласования внутренних документов;
- формирования потребности в медицинских изделиях и расходных материалах.

Именно отсутствие документально закреплённых критериев и процедур по этим вопросам является одним из наиболее существенных коррупционных рисков, поскольку позволяет принимать решения на основе субъективного усмотрения без возможности их последующей проверки.

Г) Анализ должностной инструкции старшей медицинской сестры хирургического блока (Утвержден приказом директора Предприятия от 08.04.2024г. № 44-Θ):

При изучении должностной инструкции старшей медицинской сестры хирургического блока выявлены положения, содержащие коррупциогенные факторы, юридико-лингвистические неопределенности и нормы, допускающие неоднозначное толкование.

1. Широта дискреционных полномочий

Пункт 21 предусматривает: «...участвует в кадровом планировании и принятии решений о трудоустройстве, принимает участие в распределении ресурсов..., проводит расстановку кадров согласно образованию, компетентности и практическим навыкам».

При этом не определены:

- пределы полномочий старшей медицинской сестры;
- порядок участия в принятии кадровых решений;
- критерии оценки компетентности кандидатов;
- порядок документального оформления предложений;
- лицо, принимающее окончательное решение.

Коррупционный риск: возможность субъективного влияния на подбор, расстановку персонала и распределение кадровых ресурсов.

Предлагает изложить пункт 21 в следующей редакции: «Участвует в планировании потребности хирургического блока в персонале, готовит письменные предложения по расстановке работников с учетом их образования, квалификации и профессиональных компетенций. Расстановка работников осуществляется в пределах утвержденной организационной структуры и штатного расписания. Окончательные кадровые решения принимаются директором Предприятия либо уполномоченным должностным лицом.»

2. Использование оценочных понятий

В должностной инструкции используются формулировки: «создает условия», «поддерживает разработки», «представляет эффективную перспективу ухода», «устанавливает шкалу оценки», «поощряет и мотивирует», «создает культуру межпрофессиональной работы», «активно работает», «реализовывает коммуникационные стратегии».

Указанные выражения не содержат конкретных действий, критериев оценки результатов и порядка исполнения.

Коррупционный риск: субъективная оценка выполнения обязанностей, невозможность объективного контроля эффективности деятельности. Для каждой обязанности определить ожидаемый результат (контроль, организация, проведение обучения, оформление документов, мониторинг, подготовка отчетности и др.). Исключить формулировки, допускающие субъективное толкование.

3. Неопределенность полномочий при распределении ресурсов

Пункт 21 предусматривает: «...принимать участие в распределении ресурсов...»

Не раскрыто:

- какие именно ресурсы имеются в виду (финансовые, кадровые, материальные);
- каким документом оформляются решения;
- кто утверждает распределение.

Коррупционный риск: возможность влияния на распределение ресурсов без установленной процедуры.

Предлагается:

1) Конкретизировать, что под распределением ресурсов понимаются материальные ресурсы, медицинские изделия, расходные материалы, оборудование и кадровые ресурсы (при необходимости).

2) Установить, что участие старшей медицинской сестры носит подготовительный (консультативный) характер.

3) Предусмотреть, что решения оформляются служебной запиской, заявкой либо иным внутренним документом.

4) Закрепить, что утверждение распределения ресурсов осуществляется руководителем структурного подразделения либо директором Предприятия в пределах компетенции.

4. Неопределенность поручений руководителя

Пункт 27 предусматривает: «другие функции и обязанности по поручению непосредственного руководителя».

Не определено: какие поручения могут даваться, должны ли они оформляться письменно, ограничения полномочий руководителя.

Коррупционный риск: возможность возложения обязанностей, не предусмотренных должностной инструкцией, а также принятия решений в устной форме.

Предлагается: Изложить пункт в следующей редакции: «Выполняет иные обязанности, непосредственно связанные с деятельностью хирургического блока и соответствующие занимаемой должности, предусмотренные законодательством Республики Казахстан, локальными актами Предприятия и письменными поручениями непосредственного руководителя.»

Предусмотреть, что поручения, влекущие изменение трудовой функции либо дополнительную ответственность, оформляются в соответствии с трудовым законодательством Республики Казахстан.

5. Несогласованность подчиненности

Пункт 4 предусматривает двойное подчинение: «непосредственно подчиняется главному хирургу и главной медицинской сестре».

При этом отсутствует разграничение полномочий каждого руководителя.

Коррупционный риск: получение противоречивых указаний, отсутствие персональной ответственности за принятые решения.

Предлагается: Четко определить непосредственного руководителя старшей медицинской сестры.

При наличии функционального подчинения нескольким руководителям разграничить их компетенцию,

например: главному хирургу - по вопросам организации лечебного процесса;

главной медицинской сестре - по вопросам сестринского дела, санитарно-эпидемиологического режима и организации работы среднего медицинского персонала.

Закрепить порядок разрешения противоречивых поручений (исполнение письменного поручения непосредственного руководителя либо решение директора Предприятия).

6. Отсутствие антикоррупционных обязанностей

Дополнительно рекомендуется

Включить обязанности по:

соблюдению требований Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции»;

предотвращению и урегулированию конфликта интересов;

незамедлительному информированию руководства и комплаенс-офицера о выявленных коррупционных рисках;

соблюдению Кодекса корпоративной этики, Антикоррупционной политики и иных внутренних документов Предприятия.

Рекомендации

1. Конкретизировать полномочия старшей медицинской сестры, исключив оценочные формулировки и заменив их конкретными административными действиями.

2. Разграничить полномочия главного хирурга и главной медицинской сестры путем определения вопросов организационного и профессионального подчинения.

3. Исключить право самостоятельного участия в принятии кадровых решений либо определить, что участие осуществляется исключительно в форме письменных предложений руководству без права принятия окончательного решения.

4. Конкретизировать порядок распределения кадровых и иных ресурсов, определив основания, критерии, пределы полномочий и порядок документального оформления решений.

5. Изложить пункт о выполнении иных поручений в следующей редакции: «Выполняет иные поручения непосредственного руководителя, связанные с деятельностью хирургического блока, если они не противоречат законодательству

Республики Казахстан, трудовому договору, настоящей должностной инструкции и внутренним нормативным документам Предприятия.»

6. Дополнить раздел «Обязанности» положениями о соблюдении антикоррупционного законодательства, предотвращении конфликта интересов, соблюдении Политики по противодействию коррупции и требований ISO 37001:2016 и персональной ответственности за недопущение коррупционных проявлений.

Ж) Анализа должностной инструкции медицинской сестры инфекционного отделения (фильтра) (Утвержден приказом директора Предприятия от 08.04.2024г. № 44-Ө)

1. Широта дискреционных полномочий

1.1. Пункт 1 «Осуществлять прием и сдачу смены... проверять состояние...»

Риск: Не определен порядок приема-передачи смены (акт, журнал, чек-лист), отсутствует механизм фиксации выявленных недостатков.

Коррупционный риск: возможность скрыть недостачу медикаментов, возможность скрыть неисправность оборудования, отсутствие персональной ответственности.

Рекомендация

Предусмотреть обязательное оформление приема-передачи смены в журнале либо акте с подписью сдающего и принимающего смену.

2. Правовой пробел

Пункт 6 «Получает у старшей медсестры медикаменты, отвечает за их хранение и утилизацию...»

Не определено: кто оформляет передачу, каким документом оформляется, кто проводит инвентаризацию, кто принимает решение о списании.

Риск: Создает возможность: необоснованного списания лекарств, сокрытия недостачи, незаконного использования медикаментов.

Рекомендация: Сделать ссылку на Правила учета лекарственных средств и локальный порядок материальной ответственности.

3. Юрико-лингвистическая неопределенность

Пункт 5 «Контролирует работу младшего медицинского персонала.»

Не раскрыто: в каком объеме, какие решения вправе принимать, имеет ли право давать обязательные поручения.

Получается противоречие с должностной инструкцией санитаров и старшей медицинской сестры.

4. Неопределенность полномочий

Пункт 16 «При отсутствии старшей медицинской сестры должна организовать сопровождение представителей администрации и контролирующих органов.»

Не определено: кто назначает ответственное лицо, каким документом, распространяются ли полномочия на всех медсестер.

Коррупционный риск: Руководитель может произвольно возложить функции на любого сотрудника.

5. Дискреция

Пункт 21 «Контролирует передачу еды, медикаментов, средств личной гигиены.»

Не установлено: каким образом осуществляется контроль, вправе ли запрещать передачу, каким документом оформляется отказ.

Риск создаются условия для субъективных решений.

6. Правовой пробел

Пункт 17 «Запрещается получать вознаграждения...»

Отсутствует:

- обязанность уведомления руководства при попытке передачи подарка;
- обязанность сообщать комплаенс-офицеру;
- порядок регистрации подобных случаев.

Хотя запрет имеется, механизм его реализации отсутствует.

Рекомендация: Дополнить обязанностью незамедлительно информировать непосредственного руководителя и антикоррупционную комплаенс-офицеру.

7. Широта дискреционных полномочий

Пункт 20 «Оказать компетентную помощь...»

Понятие «компетентную помощь» является оценочным.

Следует заменить на «оказывать медицинскую помощь в пределах своей компетенции в соответствии с клиническими протоколами, стандартами организации медицинской помощи и назначениями врача».

8. Неопределенность ответственности

Пункт 11 «Сообщает врачу...»

Не установлен: срок сообщения, форма сообщения, обязанность письменной фиксации.

Риск: Возможность скрытия неблагоприятных событий.

9. Правовой пробел

Пункт 7 «Вести необходимую учетно-отчетную документацию.»

Не указано: какую именно, в какой информационной системе и в какие сроки.

Следует сделать ссылку на номенклатуру медицинской документации.

10. Коррупционный риск при работе с лекарственными средствами

Пункты: 6 и 12 «Медицинская сестра получает, хранит, учитывает и списывает лекарственные препараты».

Однако отсутствуют:

- механизм двойного контроля;
- инвентаризация;
- порядок сверки остатков;
- разграничение полномочий между получением, учетом и списанием.

Это является одним из наиболее существенных коррупционных рисков.

11. Отсутствуют обязанности по антикоррупционному комплаенсу

В отличие от руководителей подразделений инструкция не содержит обязанностей:

- соблюдать антикоррупционную политику;
- предотвращать конфликт интересов;

- сообщать о коррупционных рисках;
- сообщать о попытках склонения к коррупции;
- соблюдать требования ISO 37001;
- проходить антикоррупционное обучение.

12. Неопределенная формулировка

Пункт 29 «Соблюдать стандарты национальной аккредитации.»

Не указано: какие именно стандарты, каким документом утверждены, какие требования обязательны именно для медицинской сестры.

Изложить в следующий редакций: «Соблюдать требования Стандартов аккредитации медицинских организаций Республики Казахстан в части, относящейся к выполняемым должностным обязанностям.»

Рекомендации

1. Исключить оценочные и неопределенные формулировки, заменив их конкретными административными действиями и ссылками на внутренние процедуры.

2. Регламентировать порядок приема-передачи смены, учета, хранения и списания лекарственных средств с обязательной фиксацией операций.

3. Определить пределы полномочий медицинской сестры при контроле деятельности младшего медицинского персонала и взаимодействии с проверяющими органами.

4. Дополнить должностную инструкцию обязанностями по соблюдению антикоррупционной политики Предприятия, предотвращению конфликта интересов, уведомлению о попытках склонения к коррупционным правонарушениям и взаимодействию с антикоррупционной комплаенс-службой.

5. Установить обязанность документирования сообщений о чрезвычайных ситуациях, неблагоприятных событиях и выявленных нарушениях с указанием сроков и ответственных лиц.

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.

Установление права вместо обязанности должностных лиц

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

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

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

Ненадлежащее определение функций, обязанностей, прав и ответственности Анализ Положений и Должностных инструкций структурных подразделений показал ряд коррупционных факторов.

В частности, установлено:

1. Использование юридико-лингвистически неопределенных и оценочных формулировок, допускающих неоднозначное толкование полномочий работников, таких как: «создает условия», «инициирует», «координирует», «обеспечивает», «организует», «принимает решения», «создает культуру», «оказывает содействие» и др., без определения конкретных административных действий, порядка их реализации и критериев оценки исполнения.

2. Ненадлежащее разграничение полномочий между руководителями структурных подразделений, главной медицинской сестрой, старшими медицинскими сестрами и медицинским персоналом, что создает дублирование отдельных функций либо неопределенность ответственности за принятие решений.

3. Отсутствие регламентированных процедур исполнения отдельных должностных обязанностей, в том числе:

- приема-передачи материальных ценностей и смен;
- документирования результатов контроля;
- порядка осуществления внутреннего контроля;
- распределения пациентов;
- контроля за использованием лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

4. Отсутствие механизмов реализации предоставленных полномочий, когда работнику предоставлено право принимать решения либо осуществлять контроль, однако не определены основания, пределы, порядок принятия решений и формы их документального оформления.

5. Отсутствие в отдельных должностных инструкциях обязанностей по соблюдению требований антикоррупционного законодательства, предупреждению конфликта интересов, уведомлению о попытках склонения к совершению коррупционных правонарушений, соблюдению внутренних антикоррупционных политик и взаимодействию с антикоррупционной комплаенс-офицером.

6. Наличие открытых формулировок, предусматривающих выполнение «иных поручений руководителя», без определения их пределов и связи с трудовой функцией работника, что допускает возможность произвольного расширения должностных обязанностей.

7. Несоответствие отдельных положений требованиям принципа правовой определенности, поскольку ряд полномочий сформулирован без

указания ответственных лиц, сроков исполнения, порядка документирования и контроля результатов.

Коррупционные риски

Указанные недостатки создают условия для:

- субъективного принятия кадровых и управленческих решений;
- произвольного распределения полномочий между должностными лицами;
- ухода от персональной ответственности;
- дублирования либо необоснованного перераспределения функций;
- необъективной оценки результатов деятельности работников;
- злоупотребления служебными полномочиями;
- возникновения конфликта интересов;
- затруднения последующего внутреннего контроля и проведения служебных расследований.

Рекомендации

1. Провести комплексную ревизию положений о структурных подразделениях и должностных инструкций на предмет исключения коррупциогенных факторов.

2. **Конкретизировать функции, права, обязанности и ответственность каждого работника**, исключив оценочные и неопределенные формулировки.

3. Регламентировать процедуры реализации полномочий (порядок принятия решений, сроки, формы документов, критерии контроля и отчетности).

4. Исключить дублирование полномочий между должностными лицами и четко разграничить зоны ответственности.

5. Дополнить все должностные инструкции обязанностями по соблюдению требований Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции», внутренних антикоррупционных документов Предприятия, требований системы менеджмента противодействия коррупции ISO 37001:2016, а также обязанностью уведомлять о возникновении конфликта интересов и попытках склонения к коррупционным правонарушениям.

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 (КМИС), 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: Инструкция по обеспечению сохранности коммерческой и служебной тайны Предприятия утвержден приказом директора Предприятий от 26.04.2024. №52-Ө.

Анализ организационно-управленческой деятельности

Оценка наличия коррупционных рисков в организационно- управленческой деятельности проводится с применением перечня наиболее типичных индикаторов коррупционных рисков (проявлений).

1. По направлению управление персоналом индикаторами коррупционных рисков являются:

Деятельность отдела УЧР осуществляется в соответствии с Уставом Предприятия, Программой управления человеческими ресурсами (Приказ директора Предприятий от 26.04.2024г. № 52-о).

За проверяемый период представлены следующие статистические данные:

По состоянию на 1 июня 2026 года штатная численность Предприятия составляет **1394,75** единиц, фактическая численность – **860** ед., вакансий – **125,25** ед. Укомплектованность кадрами составляет - **94,5%**.

За 2026 год наложено дисциплинарных взысканий на **5** (2025г.- 3) работников (в том числе: выговор - 1; замечание – 4 (2025г.-3), из них 1 - за ненадлежащий исполнение свой функциональной обязанности и **3 работник за нарушения норм профессиональной этики.**

Досрочно сняты - 1 работник, в виде «замечание».

С начала 2026 года уволено по собственному желанию - 136 человек (2025 году – 294), из них по инициативе работодателя -0 (2025г.-2).

Привлечение работников к дисциплинарной ответственности за коррупционные правонарушения отсутствует, а также совершение работниками Предприятий коррупционных правонарушений уголовного и административного характера **не установлена.**

Все работники соответствуют квалификационным требованиям, установленным нормативными правовыми актами. В личных делах имеются подтверждающие дипломы и справки об отсутствии судимости, выданные КПСиСУ при Генеральной прокуратуре РК. Сведений о совершении коррупционных правонарушений и наличии непогашенной судимости **не обнаружено.**

Нарушений антикоррупционных ограничений запретов, установленных законодательством, в ходе ВАКР не выявлено.

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

1.2. Назначение на должность без проведения конкурсного отбора – **установлено;**

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

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

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

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

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

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

1.9. Повышение работников в должности, перевод на иные должности без проведения конкурсного отбора - **установлено;**

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

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

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

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

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

1.15. 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. По направлению урегулирование конфликта интересов индикаторами коррупционных рисков являются:

2.1. В целях исполнения пункта 3 статьи 20 Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции» государственные органы, организации и субъекты квазигосударственного сектора обязаны принимать меры по предупреждению и урегулированию конфликта интересов, в том числе по выявлению лиц, состоящих в близком родстве, свойстве или иных отношениях, которые могут повлиять на объективное, беспристрастное и независимое исполнение ими своих должностных обязанностей.

Во исполнение требований указанного Закона в Предприятии разработаны и утверждены **Правила урегулирования конфликта интересов должностных лиц и работников**, утвержденные приказом директора Предприятия от 15 мая 2023 года № 79-Ө.

Указанные Правила предусматривают:

- меры по предупреждению возникновения конфликта интересов;
- порядок выявления, раскрытия, рассмотрения и урегулирования конфликта интересов;
- обязанности работников по уведомлению работодателя о возникновении либо возможности возникновения конфликта интересов;
- меры ответственности за несоблюдение требований по урегулированию конфликта интересов.

С работниками Предприятия на постоянной основе проводится информационно-разъяснительная работа по вопросам соблюдения требований антикоррупционного законодательства Республики Казахстан, недопущения конфликта интересов, а также соблюдения **Корпоративного кодекса этики и поведения**.

Кроме того, работники, в том числе вновь принимаемые на работу, под личную подпись подтверждают ознакомление с Правилами урегулирования конфликта интересов должностных лиц и работников, принятие установленных антикоррупционных ограничений и обязательство добросовестно соблюдать их требования.

Также они уведомляются о том, что за нарушение требований законодательства Республики Казахстан и внутренних нормативных документов Предприятия к ним могут быть применены меры дисциплинарной и иной ответственности, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

Вместе с тем, в ходе внутреннего анализа коррупционных рисков установлено, **что отдельные работники Предприятия не были ознакомлены под личную подпись с Правилами урегулирования конфликта интересов должностных лиц и работников, утвержденными приказом директора Предприятия от 15 мая 2023 года № 79-Ө, что подтверждается отсутствием листов ознакомления в их личных делах.**

Указанное свидетельствует о недостатках в организации работы по профилактике и урегулированию конфликта интересов и **создает риск несоблюдения требований антикоррупционного законодательства и внутренних нормативных документов Предприятия.**

Жалобы и обращения по конфликту интересов в делопроизводстве не зарегистрированы.

Рекомендации

1. Провести ревизию ознакомления работников с Правилами урегулирования конфликта интересов и иными внутренними антикоррупционными документами Предприятия.

2. Обеспечить ознакомление работников, не прошедших ознакомление ранее, под личную подпись с последующим помещением листов ознакомления в личные дела работников.

3. Установить постоянный контроль со стороны отдела управления человеческими ресурсами за своевременным ознакомлением всех вновь принимаемых работников с внутренними антикоррупционными документами.

4. Комплаенс-офицеру осуществлять периодический мониторинг соблюдения порядка ознакомления работников с внутренними антикоррупционными документами.

5. **Отделу управления человеческими ресурсами обеспечить ежеквартальный мониторинг наличия фактов исполнения должностных обязанностей работниками при наличии конфликта интересов и представлять антикоррупционному комплаенс-офицеру соответствующий отчет в соответствии с Инструкцией по исполнению проектов «Типового базового направления № 4 «Предупреждение и противодействие коррупции».**

2.3. В ходе анализа установлено наличие работников, зарегистрированных в качестве индивидуальных предпринимателей.

Фактов нарушения требований законодательства Республики Казахстан не установлено.

Вместе с тем сохраняются потенциальные **коррупционные риски**, связанные с возможным возникновением конфликта интересов, использованием служебного положения в личных целях, а также участием в процессах, связанных с государственными закупками и взаимодействием с поставщиками.

Рекомендации

В целях минимизации указанных рисков рекомендуется:

1. Обеспечить мониторинг наличия конфликта интересов, а также рассмотреть вопрос о периодическом декларировании работниками сведений о предпринимательской деятельности и аффилированности с контрагентами Предприятия.

2. Организовать получение от работников письменных деклараций (уведомлений) о наличии либо отсутствии конфликта интересов, фактов предпринимательской деятельности и аффилированности с поставщиками, подрядчиками и иными контрагентами Предприятия

3. Разработать и утвердить форму декларации (уведомления) о конфликте интересов, предпринимательской деятельности и аффилированности работников

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

2.5. Отсутствие лица, на которое возложены функции по мониторингу и урегулированию конфликта интересов – **не установлено (Указанные мероприятия реализуются ОУЧР - Инструкция ТБН 4)**;

2.6. Непринятие мер по мониторингу конфликта интересов и его урегулированию - **установлено**;

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

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

2.9. Факты конфликта интересов у работников объекта анализа при выполнении ими должностных функций – **установлено**;

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

3. По направлению оказания государственных услуг индикаторами коррупционных рисков являются:

3.1 В ходе внутреннего анализа коррупционных рисков изучена деятельность Предприятия по оказанию государственных услуг.

Предприятие, в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), согласно Постановлением Правительства Республики

Казахстан от 16 октября 2020 года № 672 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи....» и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) в соответствии с Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности», оказывает следующие виды медицинской помощи:

- специализированной и высокоспециализированной стационарной помощью;
- стационар замещающей медицинской помощью,
- оказывает экстренную неотложную медицинскую помощь при острых формах заболеваний и травмах,
- предоставляет специализированную консультативно-диагностическую помощь детскому населению города Астана.

Также установлено, что в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020 «Об утверждении Правил оказания платных услуг субъектами здравоохранения и типовой формы договора по предоставлению платных медицинских услуг (помощи)» на Предприятии организовано оказание платных медицинских услуг согласно утвержденному прейскуранту цен.

Коррупционные риски в сфере оказания государственных услуг не выявлены.

Вместе с тем **рекомендуется** продолжить мониторинг соблюдения сроков оказания государственных услуг, обеспечить постоянный контроль за соблюдением стандартов государственных услуг, а также проводить разъяснительную работу с работниками по вопросам соблюдения требований законодательства Республики Казахстан в сфере государственных услуг и противодействия коррупции.

3.3. 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;**

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

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

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

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

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

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

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

4. Реализация разрешительных функций - Предприятие не реализует разрешительные функции.

5. Реализация контрольно-ревизионных функций - Предприятие не реализует контрольно-ревизионных функций.

6. По направлению освоение и распределение бюджетных и финансовых средств индикаторами коррупционных рисков являются:

1) Отсутствие коллегиального органа, утверждающего бюджет или освоение финансовых средств - **не установлено**. Планирование и распределение финансовых средств осуществляются в соответствии с утвержденным Планом развития, который рассматривается Наблюдательным советом и утверждается учредителем. Решения по государственным закупкам принимаются коллегиальными комиссиями, что снижает риск единоличного принятия решений при расходовании финансовых средств.

2) Отсутствие документа, регламентирующего деятельность коллегиального органа в том числе положений по урегулированию конфликта интересов, персональной ответственности членов коллегиального органа - **не установлено**. Деятельность Наблюдательного совета Предприятия регламентирована Уставом Предприятия. В соответствии с главой 2 Устава к полномочиям Наблюдательного совета относятся:

- дача заключения уполномоченному органу по проекту плана развития Предприятия, а также по внесению изменений и дополнений в него;
- согласование проекта отчета о выполнении плана развития;
- предварительное утверждение годовой финансовой отчетности Предприятия.

Кроме того, вопросы разработки, утверждения, мониторинга и оценки реализации плана развития регулируются Правилами разработки, утверждения планов развития контролируемых государством акционерных обществ и товариществ с ограниченной ответственностью, государственных предприятий, мониторинга и оценки их реализации, а также разработки и представления отчетов по их исполнению, утвержденными приказом Заместителя Премьер-Министра – Министра национальной экономики Республики Казахстан от 30 апреля 2025 года № 18.;

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

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

5) Отсутствие системы управления рисками – **Недостаточная институционализация системы управления рисками (отсутствие специализированного структурного подразделения (должностного лица), ответственного за управление рисками).**

В ходе внутреннего анализа установлено, что на Предприятии внедрены отдельные элементы системы управления рисками. Утверждены Программа управления рисками, План мероприятий по управлению рисками, ведется Реестр идентифицированных рисков.

Вместе с тем установлено, что на Предприятии отсутствует специализированное структурное подразделение либо должностное лицо, за которым внутренними нормативными документами закреплены функции по организации, координации, методологическому сопровождению и развитию системы управления рисками.

Согласно общепринятым принципам корпоративного управления и внутреннего контроля система управления рисками должна обеспечивать:

- координацию процессов управления рисками;
- методологическое сопровождение структурных подразделений;
- организацию идентификации, оценки и мониторинга рисков;
- подготовку сводной отчетности по рискам;
- контроль исполнения мероприятий по управлению рисками;
- информирование руководства и Наблюдательного совета о состоянии

системы управления рисками.

Выявленный коррупционный риск

- формального функционирования системы управления рисками;
- отсутствия независимого внутреннего контроля эффективности принимаемых мер;
- принятия управленческих решений без комплексной оценки рисков;
- недостаточного информирования руководства и Наблюдательного совета о состоянии системы управления рисками;
- возникновения условий для злоупотреблений при отсутствии независимой контрольной функции.

Рекомендации

1. Определить структурное подразделение либо должностное лицо, ответственное за организацию и координацию системы управления рисками, с закреплением соответствующих функций во внутренних нормативных документах.

2. Актуализировать Программу управления рисками, определив полномочия, ответственность и порядок взаимодействия структурных подразделений в сфере управления рисками.

3. Обеспечить регулярное рассмотрение результатов управления рисками на заседаниях коллегиальных органов Предприятия с принятием управленческих решений.

Рекомендации

1. Рассмотреть вопрос о замещении вакантной должности (создании службы), выполняющей функции внутреннего аудита (внутреннего контроля), либо определить иной механизм осуществления независимого внутреннего контроля с закреплением соответствующих функций во внутренних нормативных документах Предприятия.

2. До укомплектования соответствующей службы обеспечить проведение регулярных внутренних контрольных мероприятий по наиболее коррупционно-уязвимым направлениям деятельности (государственные закупки, бухгалтерский учет, движение лекарственных средств и медицинских изделий, товарно-материальных ценностей, начисление заработной платы, кадровые процедуры).

3. Утвердить ежегодный план внутренних контрольных мероприятий с определением объектов контроля, периодичности проведения проверок, ответственных исполнителей и порядка представления результатов.

4. Обеспечить обязательное рассмотрение результатов внутренних контрольных мероприятий руководством Предприятия и Наблюдательным советом с принятием решений по устранению выявленных нарушений, причин и условий, способствующих их возникновению, а также контролем исполнения принятых решений.

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 (обеспечивается ежегодным независимым внешним аудитом);**

8) непрозрачность расходования бюджетных и финансовых средств, в том числе несоблюдение п.п.9 ст. 6 Закона «О доступе к информации» - **не установлена (ежегодно формируется финансовая отчетность с публикацией на официальном сайте Предприятия);**

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

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

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

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

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

14) наличие фактов пересмотра или отмены закупок по результатам камерального контроля со стороны органов государственного аудита - **нарушения не установлены;**

15) наличие фактов выявления нарушений при проверке органов государственного аудита и финансового контроля - **не установлено (осуществляется ежегодный независимый аудит);**

6) отсутствие подразделений, выполняющих функции по внутреннему аудиту, внутреннему контролю при оперировании объектом анализа значительными суммами бюджетных и финансовых средств - **установлено**, что в Предприятии штатная единица (служба), выполняющая функции внутреннего аудита (внутреннего контроля), **остается вакантной более 2-х лет**.

В соответствии с общепринятыми принципами корпоративного управления и внутреннего контроля служба внутреннего аудита (внутреннего контроля) обеспечивает независимую оценку эффективности системы внутреннего контроля, управления рисками и корпоративного управления, а также осуществляет мониторинг соблюдения внутренних процедур, финансовой дисциплины и требований внутренних нормативных документов.

В настоящее время отдельные контрольные функции осуществляются руководством Предприятия, структурными подразделениями, комиссиями, внешним аудитом и иными должностными лицами в пределах их компетенции. Вместе с тем независимая оценка эффективности системы внутреннего контроля, финансово-хозяйственной деятельности и процессов управления рисками специализированным подразделением (либо должностным лицом) не осуществляется.

Следует отметить, что ежегодное проведение внешнего аудита не заменяет функцию постоянного внутреннего аудита, поскольку внешний аудит носит периодический характер и направлен преимущественно на подтверждение достоверности финансовой отчетности, тогда как внутренний аудит обеспечивает постоянный мониторинг эффективности внутренних процессов и своевременное выявление нарушений.

Коррупционный риск Отсутствие специализированной службы (должностного лица), осуществляющей независимый внутренний аудит (внутренний контроль), при осуществлении Предприятием деятельности, связанной с управлением значительными объемами бюджетных и финансовых средств, создает предпосылки для снижения эффективности системы внутреннего контроля.

Это может привести к:

- несвоевременному выявлению нарушений финансовой дисциплины;
- недостаточному контролю за государственными закупками, использованием бюджетных и внебюджетных средств;
- недостаточному контролю за учетом, движением и сохранностью лекарственных средств, товарно-материальных ценностей и другого имущества;
- несвоевременному выявлению нарушений внутренних процедур и требований внутренних нормативных документов;
- снижению эффективности системы управления рисками и внутреннего контроля;
- возникновению условий, способствующих коррупционным правонарушениям, злоупотреблениям и неэффективному использованию ресурсов Предприятия.

16) своевременность и качество исполнения поставщиком обязательств, вытекающих из договора поставки товара, оказания работ и услуг - **не установлены;**

17) своевременность и полнота принятия мер реагирования в отношении поставщиков, не надлежаще исполнивших условия договора поставки - **нарушения не установлены;**

18) 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.**

7. По направлению сбор налогов и иных платежей индикаторами коррупционных рисков являются:

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

2) личный контакт представителей объекта анализа и плательщиков налогов и иных платежей- **не установлено;**

3) сложность процедур исполнения обязательств по оплате налогов и иных платежей - **не установлено;**

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

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

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

8. По направлению заключение договоров с физическими и юридическими лицами индикаторами коррупционных рисков являются:

1) отсутствие антикоррупционных оговорок в договорах - **не установлено;**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. По направлению разработки и эксплуатации информационных систем индикаторами коррупционных рисков являются:

1) двойное финансирование проекта - **не установлено**;

2) финансирование проектов, не влияющих на развитие IT-отрасли - **не установлено**;

3) отсутствие конкретного перечня мероприятий, необходимых к финансированию - **не установлено**;

4) отсутствие механизма проверки обоснованности стоимости услуг, наличия на рынке таких разработок, способствующие искусственному завышению конечной стоимости IT-продукта - **не установлено**;

5) приобретение посредством государственных закупок способом из одного источника путем прямого заключения договора как объекта интеллектуальной собственности - **не установлено**;

6) искусственная конкуренция, когда в конкурсе в качестве потенциальных поставщиков участвуют аффилированные организации - **не установлено**;

7) дублирование информационных систем - **не установлено**;

8) непрозрачность информационных систем - **не установлено**;

9) разработка невостребованных и использование не введенных в эксплуатацию информационных систем - **не установлено**;

10) отсутствие аудита информационных систем – **установлено**, что на Предприятии не проводится аудит информационных систем, используемых в финансово-хозяйственной деятельности, кадровом учете, документообороте и оказании медицинских услуг (КМИС, ГИС, 1С, Documentolog и др.).

В настоящее время контроль использования информационных систем фактически ограничивается блокировкой (удалением) учетных записей работников при увольнении на основании оформленного обходного листа. При этом не осуществляется периодическая проверка актуальности прав доступа действующих пользователей, анализ журналов событий, контроль предоставленных полномочий и оценка соблюдения требований информационной безопасности.

Коррупционный риск

Отсутствие системного внутреннего контроля и периодического аудита информационных систем создает риск:

1) Несанкционированного изменения, удаления или корректировки электронных данных;

2) Невозможности своевременного выявления неправомерных действий пользователей;

3) Недостаточного контроля за достоверностью информации в информационных системах;

4) Снижения эффективности внутреннего контроля и возникновения условий для коррупционных и иных злоупотреблений.

Рекомендации

1. Разработать и утвердить внутренний порядок проведения периодического контроля (аудита) информационных систем с определением периодичности, объектов проверки и ответственных лиц.

2. Обеспечить проведение не реже одного раза в год проверки актуальности прав доступа пользователей, журналов регистрации действий (логов), корректности разграничения полномочий и соблюдения требований информационной безопасности.

3. Закрепить во внутренних нормативных документах порядок предоставления, изменения, временного расширения, блокировки и аннулирования прав доступа пользователей.

4. Организовать документирование результатов проверок информационных систем с принятием мер по устранению выявленных нарушений.

Вместе с тем, в целях установления причин выявленного риска проведен анализ внутренних нормативных документов, регулирующих деятельность отдела информационного обеспечения, в том числе:

Положения об отделе информационного обеспечения и должностной инструкции начальника отдела информационного обеспечения, утвержденного приказом директора Предприятия от 08.04.2024 №44-О.

По результатам анализа установлено следующее.

1. Не закреплены функции внутреннего контроля и аудита информационных систем

Положение и должностная инструкция предусматривают сопровождение, администрирование и техническую эксплуатацию информационных систем, однако не содержат функций по:

- проведению внутреннего контроля использования информационных систем;
- организации внутреннего аудита информационных систем;
- анализу журналов действий пользователей;
- контролю разграничения прав доступа;
- периодической проверке учетных записей пользователей;
- контролю своевременного прекращения доступа уволенных работников.

Коррупционный риск

Отсутствие закрепленных контрольных функций создает предпосылки для:

- несанкционированного изменения или удаления информации;
- предоставления пользователям необоснованных прав доступа;
- сокрытия неправомерных действий;
- снижения эффективности внутреннего контроля.

2. Не регламентирован порядок управления правами доступа

Анализ Положения показал отсутствие порядка:

- предоставления прав доступа;
- изменения прав доступа;
- временного расширения полномочий;
- блокирования учетных записей;
- аннулирования доступа после увольнения работников.

Коррупционный риск Отсутствие установленного порядка управления доступом повышает вероятность необоснованного предоставления либо сохранения пользователям избыточных полномочий.

3. Не определены владельцы информационных систем

Во внутренних документах отсутствует распределение ответственности за эксплуатацию отдельных информационных систем (КМИС, ГИС, 1С, Documentolog и др.), а также не определены структурные подразделения, отвечающие за достоверность информации, вводимой в соответствующие системы.

Коррупционный риск

Размывание ответственности затрудняет установление виновных лиц при выявлении нарушений и создает предпосылки для злоупотреблений.

4. Недостаточно регламентированы требования информационной безопасности

Во внутренних документах отсутствуют требования, регулирующие:

- резервное копирование информации;
- хранение архивных копий;
- регистрацию инцидентов информационной безопасности;
- порядок реагирования на инциденты;
- периодическую проверку защищенности информационных систем.

Коррупционный риск

Недостаточная регламентация мероприятий по информационной безопасности увеличивает риск утраты, изменения либо уничтожения информации, а также сокрытия неправомерных действий.

5. Не закреплены обязанности работников по соблюдению антикоррупционных требований

Положение и должностная инструкция не предусматривают обязанности работников:

- соблюдать Закон Республики Казахстан «О противодействии коррупции»;
- соблюдать Антикоррупционную политику Предприятия;
- соблюдать Кодекс деловой этики;
- предотвращать конфликт интересов;
- уведомлять руководство и антикоррупционного комплаенс-офицера о коррупционных рисках и попытках склонения к коррупционным правонарушениям.

Коррупционный риск

Недостаточная регламентация обязанностей работников в сфере комплаенса снижает эффективность предупреждения коррупционных проявлений.

6. Не регламентирован порядок использования электронной цифровой подписи Положение предусматривает обеспечение применения ЭЦП, однако отсутствует порядок:

- учета носителей ЭЦП;
- хранения носителей;
- контроля использования;
- запрета передачи ЭЦП третьим лицам;
- действий при компрометации ключей.

Коррупционный риск

Создаются предпосылки для несанкционированного использования ЭЦП, подписания документов неуполномоченными лицами и сокрытия неправомерных действий.

Коррупционный риск отсутствие системы внутреннего аудита информационных систем, недостаточная регламентация внутреннего контроля, управления правами доступа, информационной безопасности, использования электронной цифровой подписи и распределения ответственности между структурными подразделениями создают условия для:

- несанкционированного изменения, удаления либо корректировки информации;
- необоснованного предоставления пользователям избыточных прав доступа;
- сокрытия неправомерных действий в информационных системах;
- нарушения целостности и достоверности электронных данных;
- снижения эффективности внутреннего контроля;
- возникновения коррупционных и иных злоупотреблений при использовании информационных систем Предприятия.

Рекомендации

1. Актуализировать Положение об отделе информационного обеспечения, закрепив функции внутреннего контроля использования информационных систем, мониторинга журналов действий пользователей, управления правами доступа, внутреннего аудита информационных систем и обеспечения информационной безопасности.

2. Разработать и утвердить внутренний порядок управления учетными записями пользователей, предоставления, изменения, временного расширения, блокировки и прекращения прав доступа, а также определить владельцев информационных систем и их ответственность.

3. Обеспечить проведение регулярного контроля использования информационных систем, включая ежегодную проверку актуальности прав доступа, мониторинг событий информационной безопасности, резервное копирование данных, регистрацию инцидентов и контроль использования электронной цифровой подписи.

4. Дополнить Положение и должностные инструкции работников отдела информационного обеспечения обязанностями по соблюдению требований Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции», внутренних антикоррупционных документов Предприятия, предотвращению конфликта интересов и информированию о коррупционных рисках.

5. Рассмотреть вопрос о проведении периодического аудита информационных систем (внутреннего либо с привлечением специализированной организации) с последующим рассмотрением результатов руководством Предприятия.

Использование информационной системы «Documentolog»

В соответствии с Законом Республики Казахстан «Об электронном документе и электронной цифровой подписи», Законом Республики Казахстан

«Об информатизации» и в целях цифровизации внутренних бизнес-процессов на Предприятии внедрена информационная система «Documentolog» (далее – ИС), предназначенная для автоматизации документооборота, оптимизации бизнес-процессов, распределения задач, контроля исполнения поручений и повышения прозрачности управленческой деятельности.

Количество пользователей ИС определено с учетом фактической производственной необходимости и функциональных обязанностей работников.

Вывод Использование информационной системы «Documentolog» обеспечивает автоматизацию документооборота, контроль исполнения поручений и повышение прозрачности управленческих процессов. По результатам анализа коррупционных рисков в части использования системы не выявлено.

Рекомендации

1. Продолжить использование информационной системы «Documentolog» при осуществлении документооборота и контроля исполнения документов.

2. Обеспечить своевременную актуализацию прав доступа пользователей в соответствии с их должностными обязанностями.

3. Осуществлять периодический контроль соблюдения требований информационной безопасности и использования электронной цифровой подписи при работе в системе.

10. Иные вопросы, вытекающие из организационно-управленческой деятельности

1) Государственные закупки

Государственные закупки проводятся в соответствии с утвержденным планом, предусмотренным Законом Республики Казахстан «О государственных закупках» через веб-портал.

Согласно организационной структуре Предприятий функциями государственных закупок и заключением договоров с физическими и юридическими лицами осуществляет Отдел государственных закупок, который реализует свою деятельность руководствуясь требованиями действующего законодательства, а также внутренними нормативными документами Предприятий.

При проведении государственных закупок используются конкурентные способы такие как запрос ценовых предложений, открытый конкурс, конкурс с предварительным квалификационным отбором, из одного источника, электронный магазин и др.

За 2026 год Предприятий проведены закупки следующим способом:

- открытый конкурс – 481
- запрос ценовых предложений – 1909
- из одного источника – 24
- электронный магазин – 19
- из одного источника по несостоявшимся закупкам – 1041

В случаях нарушений поставщиками договорных обязательств по заключенным договорам государственных закупок, Предприятия своевременно (в установленные законодательством сроки) обращается в суд о признании

поставщика недобросовестным участником государственных закупок и взыскании неустойки.

По результату анализа договоров фактов нарушений в части исполнения обязательств по итогам 2025 года **2 поставщика** признаны недобросовестными участниками закупок по решению Республиканское государственное учреждение "Комитет государственного казначейства Министерства финансов Республики Казахстан".

Установлено, что план закупок размещается своевременно, фактов отмены либо пересмотра закупок по результатам камерального контроля органов государственного аудита не выявлено, рассматривает в рабочем в порядке.

Вместе с тем анализом установлено, что отменено **10 закупок** до заключения договора из-за нарушения обеспечений, предусмотренных пп. 9) п.4 ст. 18 Закона *(в случае невнесения поставщиком обеспечения исполнения договора (обеспечения аванса, антидемпинговой суммы) в сроки)* и т.д.

- **1 закупка** признана несостоявшейся вследствие отклонения всех потенциальных поставщиков;
- **1041 закупка** осуществлена способом из одного источника.

Описание коррупционного риска:

Установлено дублирование функций между Отделом государственных закупок и Отделом экономического анализа и планирования.

Так, **Положением об Отделе государственных закупок** предусмотрена функция по разработке и утверждению годового плана закупок, тогда как **Положением об Отделе экономического анализа и планирования** предусмотрена подготовка годового плана закупок на основании заявок структурных подразделений и плана финансирования.

Наличие пересекающихся полномочий создает риск размывания ответственности, возникновения разногласий при формировании плана закупок и принятия необоснованных управленческих решений.

Рекомендация:

Провести разграничение полномочий между структурными подразделениями путем внесения изменений в положения об Отделе государственных закупок и Отделе экономического анализа и планирования, исключив дублирование функций.

При изучении **ДИ инструкции Отделе экономического анализа и планирования, отделе государственных закупок и отделе бухгалтерского учета и финансовой отчетности** установлено несоответствие должностных инструкций требованиям квалификационного справочника.

Коррупционные риски: Несоответствие должностных инструкций нормативным требованиям может привести к неопределенности функциональных обязанностей работников, размыванию персональной ответственности и возникновению коррупционных рисков при исполнении должностных полномочий.

Рекомендация: Провести ревизию всех должностных инструкций Предприятия и привести их в соответствие с требованиями Квалификационного

справочника, утвержденного приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 30 декабря 2020 года № 553.

2) Организация бухгалтерского учета

Основной задачей отдела бухгалтерского учета и финансовой отчетности является организация бухгалтерского учета, обеспечение формирования полной и достоверной информации о финансовом положении Предприятия.

За анализируемый период в 2025 году ТОО «Аудит Бизнес Групп» проведен аудит финансовой отчетности Предприятия по состоянию на 31 декабря 2025 года.

Финансовая отчетность Предприятия составляется в соответствии с Международными стандартами финансовой отчетности (МСФО) на основе принципа первоначальной стоимости.

Предприятие осуществляет управление риском ликвидности путем планирования и контроля денежных потоков, обеспечивая своевременное исполнение финансовых обязательств. По результатам анализа текущий уровень ликвидности является удовлетворительным.

Также Предприятие осуществляет мониторинг риска возникновения безнадежной дебиторской задолженности посредством оценки финансовой надежности контрагентов.

По результатам внешнего аудита нарушений требований законодательства Республики Казахстан в сфере бухгалтерского учета и финансовой отчетности не выявлено.

Вместе с тем при анализе должностной инструкции бухгалтера отдела бухгалтерского учета и финансовой отчетности (утверждена приказом директора Предприятия от 08.04.2024 № 44-Ө) установлено, что должностные обязанности в целом соответствуют выполняемым функциям и предусматривают ведение бухгалтерского и налогового учета, формирование отчетности, участие в проведении инвентаризаций, а также контроль учета движения товарно-материальных ценностей, лекарственных средств и медицинских изделий.

Одновременно выявлены отдельные положения, требующие уточнения и актуализации.

Коррупционные риски

Недостаточное разграничение должностных и контрольных функций работников бухгалтерской службы создает риск дублирования полномочий, размывания ответственности, конфликта интересов и снижения эффективности внутреннего контроля.

Нормативные обоснование

1. Закон Республики Казахстан «О бухгалтерском учете и финансовой отчетности» от 28 февраля 2007 года № 234-III.

- статья 7 — руководитель организации обеспечивает организацию бухгалтерского учета и внутреннего контроля.

- Это основная норма, обязывающая организовать систему внутреннего контроля.

2. Трудовой кодекс Республики Казахстан предусматривает, что трудовая функция работника определяется трудовым договором и должностной инструкцией, следовательно, обязанности должны быть четко распределены.

3. Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 30 декабря 2020 года № 553 «Об утверждении Квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и других служащих»

- устанавливает квалификационные характеристики должностей главного бухгалтера и бухгалтера, которые должны учитываться при разработке должностных инструкций.

4. ISO 37001:2016 «Системы менеджмента противодействия коррупции»

- пункт 5.3 — распределение ролей, ответственности и полномочий;
- пункт 8.3 — финансовые средства контроля;
- пункт 8.5 — нефинансовые средства контроля.

5. Методические рекомендации №488 - предусматривающей выявление коррупционных рисков, связанных с неопределенностью полномочий и недостаточным внутренним контролем.

Рекомендации

Актуализировать должностные инструкции работников бухгалтерской службы с учетом требований статьи 7 Закона Республики Казахстан «О бухгалтерском учете и финансовой отчетности», Квалификационного справочника, утвержденного приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 30 декабря 2020 года № 553, а также требований ISO 37001:2016 в части распределения полномочий и ответственности.

Коррупционный риск

Недостаточная регламентация антикоррупционных обязанностей.

Должностная инструкция предусматривает лишь общую обязанность **соблюдать требования антикоррупционного законодательства**, при этом не содержит обязанностей по соблюдению внутренних антикоррупционных документов, предотвращению и урегулированию конфликта интересов, соблюдению установленных ограничений и уведомлению о выявленных коррупционных рисках и нарушениях.

Рекомендация:

Дополнить должностную инструкцию обязанностями по соблюдению внутренних антикоррупционных документов Предприятия, предотвращению и урегулированию конфликта интересов, уведомлению о выявленных коррупционных рисках и соблюдению требований системы антикоррупционного комплаенса.

Дополнительно рекомендуется:

Актуализировать ссылки на нормативные правовые акты, приведя их в соответствие с действующим законодательством Республики Казахстан.

Вывод

Прямых коррупционных факторов, предоставляющих бухгалтеру необоснованные дискреционные полномочия, **не установлено**.

Вместе с тем выявлены отдельные организационные недостатки должностной инструкции, связанные с недостаточной регламентацией контрольных процедур, распределением ответственности и антикоррупционных обязанностей, устранение которых позволит снизить коррупционные риски и повысить эффективность системы внутреннего контроля.

В ходе внутреннего анализа коррупционных рисков установлено, что в отдельных структурных подразделениях Предприятия отсутствуют листы ознакомления работников с должностными инструкциями, а также не обеспечено надлежащее хранение экземпляров должностных инструкций в структурных подразделениях.

Коррупционный риск Отсутствие документального подтверждения ознакомления работников с должностными инструкциями создает риск уклонения от персональной ответственности, затрудняет привлечение работников к дисциплинарной ответственности за ненадлежащее исполнение должностных обязанностей, а также способствует возникновению коррупционных проявлений вследствие неопределенности распределения полномочий и ответственности.

Рекомендации

1. Отделу управления человеческими ресурсами совместно с руководителями структурных подразделений обеспечить ознакомление всех работников с действующими должностными инструкциями под подпись.

2. Провести ревизию должностных инструкций и обеспечить наличие в личных делах работников подписанных листов ознакомления.

3. Установить обязательный порядок хранения копий должностных инструкций в соответствующих структурных подразделениях.

4. При внесении изменений в должностные инструкции обеспечивать повторное ознакомление работников под подпись с отражением даты ознакомления.

3) По направлению организация работы по противодействию коррупции индикаторами коррупционных рисков являются:

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

2) отсутствие плана мероприятий по профилактике коррупции, политики по противодействию коррупции – **не установлено;**

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

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

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

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

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

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

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

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

Обеспечения прозрачности и гласности деятельности

5) 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 - **установлено;**

В ходе внутреннего анализа коррупционных рисков установлено, что требования по обеспечению открытости и прозрачности деятельности Предприятия исполняются не в полном объеме.

На официальном интернет-ресурсе Предприятия отсутствует либо своевременно не актуализируется информация, подлежащая опубликованию, а именно:

- отсутствует актуальный план государственных закупок и объявления;
- отдельные внутренние нормативные документы и правовые акты размещены не в актуальной редакции;
- сведения о вакантных должностях и квалификационных требованиях к кандидатам своевременно не обновляются;
- иная информация, представляющая общественный интерес, размещается несвоеременно либо не в полном объеме.

Коррупционный риск

Указанные недостатки свидетельствуют о недостаточном обеспечении принципов открытости и прозрачности деятельности Предприятия, ограничивают доступ граждан и юридических лиц к актуальной информации, создают предпосылки для возникновения коррупционных рисков, связанных с непрозрачностью принимаемых решений, возможностью неоднозначного применения внутренних процедур и снижением доверия со стороны населения.

Рекомендация

1) Обеспечить своевременное размещение и актуализацию на официальном интернет-ресурсе Предприятия информации, представляющей общественный интерес, в том числе актуального плана государственных закупок, внутренних нормативных документов, сведений о вакансиях, а также прейскуранта цен на

платные медицинские услуги с учетом всех изменений, действующих на 2026 год.

2) Соблюдение требований Закона РК «О доступе к информации» и Правил информационного наполнения интернет-ресурса Предприятия, утвержденных решением Наблюдательного совета Предприятия от 25 апреля 2024 года № 2 - **не установлены;**

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам внутреннего анализа коррупционных рисков, проведенного с участием заинтересованных структурных подразделений Предприятия, установлено наличие отдельных организационных недостатков и факторов, создающих предпосылки для возникновения коррупционных и иных управленческих рисков в отдельных бизнес-процессах Предприятия.

Вместе с тем проведенный анализ не выявил системных фактов коррупционных правонарушений, получения неправомерной выгоды либо иных обстоятельств, свидетельствующих о наличии коррупционных преступлений.

Выявленные коррупционные риски преимущественно связаны с недостаточной регламентацией отдельных внутренних процессов, несовершенством локальных нормативных документов, недостаточным уровнем внутреннего контроля, разграничением полномочий, а также необходимостью актуализации внутренних документов в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и международного стандарта **ISO 37001:2016 «Системы менеджмента противодействия коррупции».**

Перечень выявленных коррупционных рисков не является исчерпывающим и подлежит постоянному мониторингу, оценке и актуализации с учетом изменений законодательства Республики Казахстан, организационной структуры и бизнес-процессов Предприятия.

По результатам анализа подготовлены рекомендации, направленные на устранение выявленных коррупционных рисков, совершенствование системы внутреннего контроля, повышение эффективности антикоррупционного комплаенса и предупреждение коррупционных правонарушений.

ВЫВОД

1. ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница № 2» акимата города Астаны в течение **10 (десяти) рабочих дней** со дня подписания аналитической справки разработать и утвердить План мероприятий по устранению выявленных коррупционных рисков с определением ответственных исполнителей, сроков реализации и ожидаемых результатов.

2. Руководителям структурных подразделений совместно с антикоррупционным комплаенс-офицером обеспечить исполнение мероприятий Плана, направленных на устранение выявленных коррупционных рисков, совершенствование системы внутреннего контроля и предупреждение коррупционных правонарушений.

3. Руководителям структурных подразделений ежеквартально, **не позднее 5-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом**, представлять антикоррупционному комплаенс-офицеру информацию о ходе исполнения рекомендаций с приложением подтверждающих документов.

4. Антикоррупционному комплаенс-офицеру в составе рабочей группы в течение **6 (шести) месяцев** со дня подписания аналитической справки осуществлять мониторинг реализации Плана мероприятий и исполнения рекомендаций, с последующим представлением руководителю Предприятия информации о результатах мониторинга.

Руководитель рабочей группы _____  М.Г. Нугманов

Члены рабочей группы:

_____ Е.А. Кадирова

_____  Г.А. Темиркулова

_____  Б.М. Сугирбаева