

Аналитическая справка
о результатах внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны 2025г.

На основании пунктов 1.5 статьи 8 Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции», приказа Председателя Агентства Республики Казахстан по делам государственной службы и противодействию коррупции от 19.10.2016г. №12 «Об утверждении типовых правил проведения внутреннего коррупционных рисков», приказа Директора ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны от 24.04.2025г. № 68-ө, проведен внутренний анализ коррупционных рисков (далее – анализ) в деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны (далее - Предприятие).

Цель анализа – выявление, изучение причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений.

Период охвата внутреннего анализа - с 01.05.2024 – 01.05.2025 года.

Период проведения анализа - с 02.05.2025 -17.06.2025 года.

Внутренний анализ коррупционных рисков осуществлен по следующим направлениям:

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

Направление 1. Выявление коррупционных рисков в нормативных правовых актах, затрагивающих деятельность Предприятия

Анализ проведен по следующему индикатору возможных коррупционных рисков:

- изучение правовых актов и внутренних документов во взаимосвязи с другими нормативными документами.

Внутренняя нормативная база Предприятия организована в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан, включая:

лицензию на осуществление медицинской деятельности (неотчуждаемая, класс 1) № 22022956 от 05.12.2022 г., выданную РГУ «Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу Нур-Султан»;

- Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

- результаты внешней комплексной оценки и решение аккредитационной комиссии, по итогам которых в 2024 году Предприятию присвоена высшая категория сроком на три года.

На 2025 год разработан и утвержден план развития. План развития охватывает все направления деятельности, включая деятельность структурных подразделений, и содержит мероприятия, направленные на достижение установленных целей и ключевых показателей эффективности. Рекомендовано при формировании планирующих документов на последующие периоды предусматривать мероприятия по антикоррупционному комплаенсу. Организация работы структурных подразделений осуществляется на основании

актуализированных положений об отделах, должностных инструкций, стандартов операционных процедур и других внутренних регламентов. В 2024 году указанные документы приведены в соответствие с Правилами по разработке и утверждению положения о структурном подразделении государственного органа, утверждёнными постановлением Правительства Республики Казахстан от 01.09.2021 года № 590 по рекомендации Антикоррупционной службы.

В рамках анализа локальных нормативных правовых актов:

- рассмотрены профильные законы, подзаконные нормативные правовые акты и ведомственные инструкции, регулирующие сферу здравоохранения;
- проанализированы приказы, положения, регламенты и инструкции, действующие в Предприятии.

По результатам анализа установлено:

- нормативная правовая база Предприятия соответствует требованиям действующего законодательства;
- внутренние документы согласованы с государственными нормативами и не содержат положений, допускающих коррупционные проявления;
- структура и содержание внутренних документов обеспечивают определённость должностных полномочий, прозрачность процедур и разграничение ответственности;
- внутренние нормативные документы своевременно пересматриваются и поддерживаются в актуальном состоянии.

Признаков наличия коррупциогенных факторов в нормативных правовых актах, действующих в Предприятии, не выявлено.

Рекомендации:

- продолжить системный мониторинг и актуализацию внутренней нормативной базы;
- своевременно устранять потенциальные риски, связанные с правовой неопределённостью, дублированием функций и недостаточной регламентацией процедур;
- учитывать при разработке новых документов антикоррупционные аспекты с целью минимизации возможностей принятия решений, основанных на субъективных оценках.

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

Анализ проведен по следующим разделам:

- организация антикоррупционной деятельности;
- анализ процессов оказания медицинской помощи;
- анализ деятельности по оказанию государственных услуг;
- управление персоналом в том числе определения должностей, подверженных коррупционным рискам;
- урегулирования конфликта интересов;
- бухгалтерская служба.

Раздел: Организация антикоррупционной деятельности

В рамках реализации внутреннего антикоррупционного аудита в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны проведён анализ состояния организации антикоррупционной деятельности. Оценка осуществлялась с применением ключевых индикаторов оценки коррупционных рисков,

рекомендованных уполномоченными органами, а именно:

- наличие и актуальность нормативной базы по антикоррупционному комплаенсу;
- функционирование системы антикоррупционного мониторинга и профилактики;
- информирование, просвещение и обучение персонала.

На предприятии функционирует система антикоррупционного комплаенса. Ответственным за её реализацию является назначенный приказом комплаенс-офицер. Его деятельность регламентирована внутренними нормативными документами, при этом обеспечены условия независимости, объективности и конфиденциальности при выполнении им возложенных функций.

Антикоррупционная деятельность организована на основе следующих утверждённых документов:

- Антикоррупционный стандарт;
- Положение о службе комплаенса;
- Антикоррупционная политика предприятия;
- Инструкция о порядке действий при выявлении коррупционных проявлений;
- Политика управления конфликтом интересов;
- Корпоративный кодекс этики и поведения;
- Положение об информировании и рассмотрении сообщений о фактах коррупции.

На 2025 год утверждён и реализуется План мероприятий по противодействию коррупции, включающий профилактические, информационные и обучающие меры. Мониторинг исполнения Плана осуществляется на системной основе, с последующей возможностью внесения корректирующих действий.

В рамках реализации антикоррупционной политики в учреждении обеспечены следующие меры:

- функционирует система видеонаблюдения в административных и приёжных зонах;
- на официальном сайте поддерживается актуальный раздел «Антикоррупционная служба», где размещаются нормативные документы, информационные материалы и контакты;
- действуют электронная почта для подачи обращений;
- регулярно проводится информационно-разъяснительная работа среди персонала через чаты, собрания, стенды.

В мае 2025 года приказом директора была создана рабочая группа по внутреннему анализу коррупционных рисков. Анализ проведён с участием руководителей подразделений. Итоги обсуждены и размещены на внутреннем информационном ресурсе для ознакомления.

Заключение по результатам анализа:

- ✓ Нарушений антикоррупционного законодательства не выявлено;
- ✓ Система антикоррупционного комплаенса функционирует стабильно и обеспечивает основу для предупреждения и выявления коррупционных факторов;
- ✓ Выявленные риски не имеют критического характера, однако требуют системной профилактической работы и усиления отдельных регламентных механизмов.

В 2024–2025 годах директор предприятия и комплаенс-офицер прошли обучение по программе «Антикоррупционный менеджмент и комплаенс согласно

международному стандарту ISO 37001», организованной уполномоченным учебным центром. По итогам обучения получены сертификаты установленного образца. Полученные знания применяются в практической работе, в том числе при методическом сопровождении подразделений и в рамках текущего мониторинга рисков.

Рекомендации:

1. Продолжить реализацию утверждённого плана антикоррупционных мероприятий;
2. Расширить охват обучением всех категорий сотрудников, включая вспомогательный персонал;
3. Разработать внутренний регламент реагирования на сообщения о коррупции (пошаговый порядок действий);
4. Укрепить систему сбора и анализа информации о потенциальных конфликтах интересов;
5. Повысить поведенческий контроль и культуру нетерпимости к коррупции внутри коллектива.

Раздел: Анализ процессов оказания медицинской помощи

В рамках внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны за 2025 год проведён комплексный анализ организации процессов оказания медицинской помощи.

Оценка проводилась по следующим индикаторам:

- ✓ соответствие медицинской деятельности действующим порядкам, стандартам и нормативным правовым актам;
- ✓ соблюдение требований при предоставлении государственных услуг в рамках ГОБМП и ОСМС;
- ✓ наличие и характер обращений граждан, в том числе публикаций в СМИ;
- ✓ результаты внешнего и внутреннего контроля;
- ✓ участие сотрудников в разрешительных и контрольных процедурах.

Основные наблюдения и результаты:

- Медицинская деятельность организована в соответствии с действующими порядками, стандартами и клиническими протоколами. Штатное расписание соответствует утверждённым нормативам; кадровый состав в целом укомплектован.
- Выявлена необходимость актуализации штатных единиц с учётом нагрузки на отдельных участках.
- Клинические протоколы применяются, ведение документации осуществляется через МИС. Персоналу даны указания по соблюдению документооборота.
- Средства индивидуальной защиты и санитарный режим обеспечены, контроль за соблюдением противоэпидемических мер организован.

- Медицинское оборудование и лекарственные средства хранятся в соответствии с требованиями.
- Внутренний контроль осуществляется регулярно, оформляются акты и принимаются корректирующие меры.

Ответственные за соблюдение стандартов и контроль:

- ✓ Заведующие отделениями – исполнение протоколов и документации;
- ✓ Заместитель директора по ККМУ – оценка соответствия, мониторинг нарушений;
- ✓ Заместитель директора по ЛПР – организация процессов, методический контроль;
- ✓ Главная медсестра – санитарные нормы, сестринская деятельность, обеспечение.

Анализ обращений и дисциплинарной практики:

- В период анализа зафиксировано одно письменное обращение гражданина Таштыбаева К.Г. по поводу перебоев в обеспечении льготными препаратами. Жалоба рассмотрена, установлен временный сбой со стороны поставщика. Пациент обеспечен препаратом. Фактов коррупционного характера не выявлено.

- Дисциплинарный анализ показал наличие системных нарушений, в том числе:

- Организационно-контрольные недостатки:
- слабый контроль со стороны заведующих;
- повторные необоснованные назначения (УЗИ, ЭХОКГ);
- факты самозаписи на исследования;
- Профессиональные ошибки:
- нарушение правил консультации;
- ошибки в оформлении медицинских форм, рецептов, листов нетрудоспособности;
- Этические нарушения:
- случаи некорректного общения с пациентами;
- Дисциплинарные проступки:
- зафиксирован факт прогула.

Выводы:

- ✓ Системных признаков умышленного коррупционного поведения не установлено, однако зафиксированы поведенческие и регламентные нарушения, которые могут создавать почву для возникновения коррупционных рисков.

Среди ключевых причин:

- формальный подход к внутреннему контролю;
- слабая исполнительская дисциплина;
- неэффективное документирование и слабое соблюдение этических норм.

Рекомендации:

1. Усилить контроль за оформлением документации, маршрутизацией пациентов, обоснованностью назначений и обеспечением льготными препаратами.

2. Обеспечить контроль трудовой дисциплины и своевременно пресекать самовольные действия персонала.
3. Провести цикл обучений по вопросам медицинской этики и стандартам общения с пациентами.
4. Организовать повышение квалификации по ведению медицинских документов, включая рецепты и листы нетрудоспособности.
5. ОУЧР – обеспечить жёсткую фиксацию дисциплинарных проступков с применением соответствующих мер.
6. Раз в квартал анализировать обращения граждан и дисциплинарную практику для корректировки мер профилактики в рамках системы антикоррупционного комплаенса.

Раздел: Анализ деятельности по оказанию государственных услуг

В рамках проведения внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны проведена оценка процессов, связанных с предоставлением государственных услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (ОСМС).

Все государственные услуги предоставляются на основе утверждённых стандартов и регламентов. В учреждении имеется полный комплект действующих нормативных правовых актов, регулирующих порядок оказания госуслуг, включая правила маршрутизации пациентов, порядок ведения медицинской документации, перечень услуг по ГОБМП и ОСМС. Медицинский персонал ознакомлен с данными требованиями. Внутренние инструкции актуализированы и доступны в электронном виде. Оказание государственных услуг осуществляется в установленные сроки, зафиксированные в регламентах. Графики приёма специалистов утверждены и размещены в регистратуре, а также на официальном сайте учреждения. Случаев массовых нарушений сроков ожидания или приёма не выявлено. Имеются отдельные обращения, связанные с высокой загруженностью отдельных специалистов, что связано с кадровым дефицитом по ряду участков. Маршруты пациентов от первичного приёма до получения специализированной помощи реализуются в соответствии с утверждёнными порядками. Нарушений маршрутизации не зафиксировано. Все направления регистрируются в МИС, отклонений от маршрутов без обоснования не установлено. Осуществляется учёт самозаписей и повторных обращений. Фактов предоставления услуг в обход установленных процедур, на платной или приоритетной основе без надлежащих оснований, не выявлено. Процессы оказания услуг документируются. Признаков коррупционного давления или личных договорённостей между пациентами и медперсоналом не установлено. Каналы анонимной связи функционируют, информация о возможностях подачи жалоб доступна. На рабочих местах размещены выдержки из корпоративного кодекса этики. По итогам анализа обращений граждан зафиксированы единичные случаи некорректного обращения с пациентами. По каждому случаю приняты меры дисциплинарного воздействия. Проведена разъяснительная работа с участием руководителей отделений. Документация ведётся в автоматизированной информационной системе (МИС). Записи соответствуют этапности оказания помощи. В рамках выборочной проверки зафиксированы случаи неполного заполнения форм, несвоевременного

внесения данных. Рекомендовано проведение дополнительного инструктажа и корректировка внутреннего контроля за документооборотом. В анализируемый период (2024–2025 гг.) зафиксировано 14 обращений по вопросам организации государственных услуг. По каждому из них проведена проверка, составлены акты, предоставлены письменные разъяснения. Факты коррупционного характера не подтверждены. Положительно оценивается практика предоставления письменных ответов в срок и взаимодействие с гражданами.

Назначены ответственные за качество и контроль предоставления госуслуг:

- заместитель директора по лечебной работе – общий контроль, анализ показателей;
- заместитель по ККМУ – соответствие стандартам, организация внутреннего контроля;
- заведующие отделениями – ведение документации, управление процессом маршрутизации;
- главная медсестра – контроль за стандартами сестринской помощи и санитарными нормами.

Выводы:

В целом система оказания государственных услуг организована в соответствии с нормативными требованиями. Системных нарушений, создающих условия для коррупционных проявлений, не выявлено. В отдельных случаях зафиксированы поведенческие риски, связанные с формальным подходом к заполнению документации, устными договорённостями о приёме, недостаточной коммуникацией с пациентами.

Рекомендации:

1. Усилить контроль за соблюдением маршрутов пациентов и формой назначения процедур.
2. Проводить регулярные тренинги по этике и стандартам общения с пациентами.
3. Обеспечить контроль ведения МИС, в том числе выборочные проверки и аудит записей.
4. Разработать памятки для пациентов о регламенте получения госуслуг и механизмах подачи жалоб.
5. Вести мониторинг обращений граждан как один из инструментов антикоррупционного анализа.

Раздел: В части управления персоналом, в том числе определения должностей, подверженных коррупционным рискам

В рамках внутреннего анализа коррупционных рисков в кадровой политике предприятия за период ВАКРа был проведён отдельный анализ по жалобе от бывшего сотрудника Х1, поступившей в адрес Агентства РК по противодействию коррупции.

Жалоба содержала утверждения о:

- трудоустройстве аффилированных лиц (родственников, знакомых);
- фиктивных должностях и отсутствии фактически выполняемых обязанностей;
- возможном нецелевом использовании фонда оплаты труда;
- злоупотреблении полномочиями со стороны руководства при кадровых решениях.

Проведена внутренняя проверка всех упомянутых в жалобе лиц. По каждому сотруднику были запрошены и проанализированы документы:

- приказы о приёме/перевосе/увольнении;
- трудовые договоры;
- табели учёта рабочего времени;
- должностные инструкции;
- объяснительные от заведующих и непосредственных руководителей.

Правовая оценка, правовой статус руководителя и выводы по результатам внутреннего анализа

В соответствии со статьями 14 и 15 Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции», лицам, уполномоченным на выполнение государственных функций, а также приравненным к ним должностным лицам, запрещается:

- занимать должности, находящиеся в непосредственном подчинении у своих близких родственников, супругов и (или) свойственников;
- иметь в непосредственном подчинении указанных лиц;
- осуществлять должностные полномочия при наличии конфликта интересов, то есть в условиях, при которых личная заинтересованность может повлиять на объективное и беспристрастное исполнение должностных обязанностей.

Согласно Закону РК «О государственной службе», конфликт интересов также определяется как противоречие между личными интересами должностного лица и его служебными полномочиями, при котором его частный интерес может повлиять на надлежащее исполнение обязанностей.

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны не является государственным органом, а действует как государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения. Директор предприятия не относится к числу государственных служащих и не занимает государственную должность. Однако в силу исполнения функций по распоряжению бюджетными средствами, управлению государственным имуществом и оказанию государственных услуг, он приравнивается к лицам, уполномоченным на выполнение государственных функций, и, следовательно, обязан соблюдать антикоррупционные ограничения, предусмотренные законодательством.

В результате внутреннего анализа не установлено признаков фиктивного трудоустройства и злоупотребления средствами фонда оплаты труда. Документы, табели, кадровые решения по упомянутым в обращении сотрудникам оформлены надлежащим образом и соответствуют требованиям законодательства.

Имеются отдельные организационные и административные недочёты, в том числе отсутствие письменного подтверждения выполнения части трудовых

функций в отдельных случаях. Однако это не носит системного характера и не свидетельствует о коррупционных проявлениях.

Сотрудники, указанные в жалобе, не находились в прямом подчинении у директора предприятия и не оказывали влияния на управленческие или кадровые решения, что исключает наличие прямого конфликта интересов. Следует также отметить, что спорные кадровые назначения осуществлялись в период, когда сам заявитель — Х1. - занимал должность руководителя отдела управления человеческими ресурсами и лично визировал табели указанных работников, что ставит под сомнение объективность выдвинутых им позднее обвинений.

Таким образом, в ходе анализа признаков конфликта интересов или нарушений антикоррупционного законодательства не установлено.

Рекомендации:

1. Усилить контроль за документальным подтверждением выполнения должностных обязанностей сотрудниками.
2. Ввести регулярный внутренний мониторинг на предмет возможного конфликта интересов.
3. Продолжить соблюдение антикоррупционных ограничений, с учётом приравненности руководства ГКП к лицам, уполномоченным на выполнение госфункций.
4. Обеспечить дополнительное обучение сотрудников по вопросам антикоррупционного законодательства и урегулирования конфликта интересов.
5. При приёме на работу — проверять потенциальные риски подчинённости по родственным связям.

№	Должность подверженная коррупционному риску	Должностные полномочия, содержащие коррупционные риски	Наименование коррупционного риска	Уровень коррупционных рисков	Описание коррупционного риска, бизнес-процесса	Меры по устранению/минимизированию рисков
1.	Директор	Осуществление управления производственной, финансово-хозяйственной деятельностью организации здравоохранения, единое принятие управленческих решений, распоряжение и использование имущества организации	риск использования служебного положения в личных целях; риск несоблюдения антикоррупционных ограничений	Высокий	Риск использования в личных целях возможности управления производственной, финансово-хозяйственной деятельностью организации здравоохранения, единое принятие управленческих решений, распоряжение и использование имущества организации	предусмотрен контроль, подотчетность со стороны уполномоченного органа (ГУ «Управление общественного здравоохранения города Астаны»), акимата города
2.	Заместитель директора по лечебно-профилактической работе	Осуществление организации и эффективного взаимодействия подчиненных ему структурных подразделений, осуществление организационной функции по планированию лечебно-	риск использования служебного положения; риск использования в личных целях; риск несоблюдения антикоррупционных ограничений	Высокий	риск использования руководящего положения деятельностью подчиненных ему структурных подразделений в личных целях, риск использования организационной функции по планированию лечебно-диагностической	предусмотрен контроль, подотчетность со стороны директора Поликлиники, а также уполномоченного органа (ГУ «Управление общественного здравоохранения города Астаны»)

	диагностической деятельности организации, в том числе по вопросам анализа лечебной деятельности организации.			деятельности организации в личных целях, в том числе по вопросам анализа лечебной деятельности организации.	
3.	Заместитель директора по детству и родовспоможению	Осуществление управления деятельностью подчиненных ему структурных подразделений, в том числе по вопросам родовспоможения и оказания медицинской помощи детскому населению.	риск использования служебного положения; риск использования в личных целях; риск несоблюдения антикоррупционных ограничений	Высокий	риск использования руководящей деятельности подчиненных ему структурных подразделений в личных целях, в том числе по вопросам родовспоможения и оказания медицинской помощи детскому населению.
					предусмотрен контроль, подотчетность со стороны директора Поликлиники, а также уполномоченного органа (ГУ «Управление общественного здравоохранения города Астаны»)
4.	Заместитель директора по контролю качества медицинских услуг	Осуществление управления деятельностью подчиненных ему структурных подразделений, в том числе по вопросам качества оказания медицинской помощи населению, в том числе	риск использования служебного положения; риск использования в личных целях; риск несоблюдения антикоррупционных ограничений	Высокий	риск использования руководящей деятельности в личных целях, риск использования подчиненных ему структурных подразделений в личных целях, в том числе по вопросам качества оказания медицинской помощи населению,
					предусмотрен контроль, подотчетность со стороны директора Поликлиники, а также уполномоченного органа (ГУ «Управление общественного здравоохранения города Астаны»)

	решение проблем и жалоб пациентов			несоблюдение антикоррупционных ограничений для решения проблем и жалоб пациентов.	
5. Главная медицинская сестра	Осуществление руководящей функции над подчиненными, медицинскими сестрами Поликлиники, координировании их работы, решение задач эффективного взаимодействия и взаимозаменяемости подчиненных	риск использования служебного положения; риск использования положения в личных целях; риск несоблюдения антикоррупционных ограничений	Высокий	риск использования руководящей функции над подчиненными, медицинских сестрами Поликлиники, координации их работы в личных целях, риск несоблюдения антикоррупционных ограничений при решении задач взаимодействия и взаимозаменяемости подчиненных	предусмотрен контроль, подотчетность со стороны директора Поликлиники, а также уполномоченного органа (ГУ «Управление общественного здравоохранения города Астаны»)
6. Руководитель СВА/финансовый аудитор	Осуществление контроля за финансово-хозяйственной деятельностью Поликлиники.	риск использования служебного положения; риск использования положения в личных целях; риск несоблюдения антикоррупционных ограничений	Высокий	Риск использования информации о финансово-хозяйственной деятельности Поликлиники в целях получения личного дохода. Риск использования служебного положения с целью добычи дополнительной информации о финансовой	предусмотрен контроль и подотчетность со стороны уполномоченного органа (ГУ «Управление общественного здравоохранения города Астаны»)

				деятельности Поликлиники и использование ее в личных целях. Риск несоблюдения антикоррупционных ограничений в целях сокрытия информации, которая стала ему известна в процессе исполнения своих служебных обязанностей.	
7. Главный бухгалтер	Основными направлениями деятельности: организация бухгалтерского учета хозяйственно-финансовой деятельности и контроль за экономным использованием материальных, трудовых и финансовых ресурсов, сохранностью имущества	риск использования служебного положения; риск использования положения в личных целях; риск несоблюдения антикоррупционных ограничений	Высокий	Риск использования служебного положения, путем личного обогащения. Риск несоблюдения антикоррупционных ограничений, путем принятия материальных ценностей, с использованием должностного положения.	предусмотрен контроль со стороны директора, уполномоченного органа (ГУ «Управление общественного здравоохранения города Астаны»), а также подотчетность уполномоченному органу и акимату города

Вопрос: Работа квалификационной комиссии по найму персонала
(в рамках оценки коррупционных рисков кадрового блока)

В ходе текущего ВАКРа установлено, что рекомендации предыдущего внутреннего анализа (2024 г.) по обеспечению прозрачности деятельности квалификационной комиссии были частично реализованы, однако ключевые недостатки по-прежнему сохраняются, что свидетельствует о необходимости усиления контроля и доработки нормативной базы.

Актуальная ситуация:

Квалификационная комиссия продолжает осуществлять деятельность, однако:

- Не в полном объеме ведётся документация, связанная с заседаниями комиссии;
- Протоколы составляются не по всем случаям, либо формально, без отражения реальных результатов оценки;
- В ряде случаев отсутствуют обоснования выбора кандидатов, не зафиксированы результаты собеседований и тестов;
- Оценочные листы, анкеты, шкалы и заключения комиссии не внедрены в качестве обязательных инструментов.

Риски:

- Отсутствие единого документирования создаёт условия для субъективности и непрозрачности при принятии решений;
- Потенциально усиливается риск фаворитизма, конфликта интересов и дискриминации;
- В случае жалоб со стороны кандидатов невозможно восстановить объективную картину и доказательную базу.

Промежуточный итог выполнения предыдущих рекомендаций (2024 г.):

Направление	Статус исполнения	Комментарий
Утверждение Положения квалификационной комиссии	Разработано, утверждено, внедрение в процессе	Документ утверждён, однако отсутствует механизм доведения до исполнителей и контроля применения.
Получение согласий на обработку персональных данных	Выполнено	Форма согласия включена в пакет при приёме на работу
Положение о делопроизводстве	Выполнено	Утверждено общее положение; в части работы квалификационной комиссии требуется регламент конкретных процедур.
Обновление положений и должностных инструкций	Выполнено полностью	Все положения и должностные инструкции актуализированы с учётом изменений в законодательстве и внутренней оптимизации.

Рекомендовано:

Ввести в действие Положение о квалификационной комиссии, включающее: механизм формирования состава комиссии; стандартизированную форму оценки кандидатов (оценочные листы);

В части урегулирования конфликта интересов

В рамках внутреннего анализа коррупционных рисков за отчётный период было проведено повторное изучение практики урегулирования конфликта интересов, качества функционирования Дисциплинарного совета и Согласительной комиссии, а также механизмов предотвращения нарушений трудовой дисциплины и антикоррупционного законодательства.

На основании полученных данных установлено:

1. Дисциплинарный совет продолжает осуществлять функции по рассмотрению дисциплинарных нарушений и соблюдению норм корпоративной культуры. Формат работы совета был улучшен, внедрены элементы предварительного этического анализа поступающих обращений.

2. В отчётном периоде Совет рассматривал обращения, в том числе связанные с нарушениями служебной этики, непосещением рабочих мест, а также подозрениями в конфликте интересов. В ряде случаев были вынесены решения о применении дисциплинарных взысканий. Фактов прямых нарушений Закона РК «О противодействии коррупции» не выявлено.

3. При этом в ряде ситуаций зафиксировано наличие этических и административных рисков, связанных с родственно-личностными связями, недостаточной формализацией процессов найма и табелирования, что требует дальнейшего системного контроля.

4. Согласительная комиссия не зафиксировала обращений по индивидуальным трудовым спорам в течение отчётного периода, что может свидетельствовать либо о благополучной трудовой обстановке, либо о недостаточной информированности работников о механизме обращения.

Рекомендовано:

1. Совету и руководству Поликлиники - усилить внутренний контроль в части оценки потенциального конфликта интересов при приёме на работу и распределении обязанностей, особенно при наличии родственных связей.

2. Включить в реестр должностей с повышенным коррупционным риском отдельные позиции, по которым в ходе анализа были зафиксированы признаки неформального подхода или лояльного отношения к дисциплинарным нарушениям.

3. Провести информационно-разъяснительную работу среди сотрудников о порядке обращения в Согласительную комиссию, правах работников при трудовых спорах и конфликтах интересов.

4. Разработать и утвердить внутренний регламент по уведомлению о возможном конфликте интересов, с обязательным информированием комплаенс-службы.

Выплата заработной платы и иных видов денежных выплат работникам производится без нарушения сроков, начисления и перечисления прозрачны. По каждому работнику ежемесячно формируются расчетные листы и выдаются на руки получателям. Сдача годовых, ежеквартальных и месячных статистических и налоговых отчетов ведется в электронной форме, нарушений сроков предоставления отчетности не допущено.

Фактов коррупционных правонарушений и коррупционных рисков в отделе бухгалтерского учета и отчетности не выявлено.

Рекомендовано:

- Внедрение системы электронной доставки расчетных листов на электронную почту каждого сотрудника для повышения доступности и прозрачности расчетов.

Заключение

В период с 2 мая по 17 июня 2025 года в соответствии с требованиями законодательства и внутреннего приказа предприятия был проведён комплексный внутренний анализ коррупционных рисков. Анализ охватывал как нормативно-правовую, так и организационно-управленческую деятельность ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» за период с 1 мая 2024 по 1 мая 2025 года.

По итогам анализа:

- Фактов нарушения антикоррупционного законодательства не установлено.
- Наличие системной работы по профилактике коррупции подтверждено.
- Антикоррупционный комплаенс функционирует стабильно, на предприятии имеются соответствующие регламенты, ведется обучение и мониторинг.
- Выявленные риски носят преимущественно поведенческий, административный и формальный характер, связаны с недостатками исполнения и документационного сопровождения, а не с умышленными коррупционными действиями.

Основные уязвимости и риски:

- слабая фиксация решений квалификационной комиссии и отсутствие чёткой документации при найме;
- недостаточная формализация процедур по оценке конфликта интересов;
- эпизодические нарушения трудовой и исполнительской дисциплины;
- потенциальный риск аффилированности при приёме на работу, не сопровождаемый письменным обоснованием.

Положительные результаты:

- завершено обновление должностных инструкций и положений об отделах;
- функционируют каналы обратной связи с пациентами и персоналом;
- акты по жалобам рассмотрены своевременно, нарушения устранены;
- бухгалтерский учёт ведётся прозрачно, с соблюдением сроков выплат.

Общие рекомендации по итогам анализа:

1. Продолжить развитие системы антикоррупционного комплаенса и поведенческого контроля.
2. Усилить контроль за деятельностью квалификационной комиссии и внедрить стандартизированные процедуры отбора кандидатов.
3. Обеспечить фиксацию возможных случаев конфликта интересов на всех этапах кадровых решений.

4. Повысить уровень внутреннего контроля со стороны заведующих и административного состава.

5. Продолжить работу по обучению сотрудников этическим стандартам, антикоррупционным принципам и нормам делопроизводства.

6. Акцентировать внимание на личной ответственности руководителей подразделений за качество исполнения процессов и документационного сопровождения.

7. Развивать цифровизацию внутренних процессов (включая доставку расчетных листов и хранение согласий на обработку данных).

Общий вывод:

Предприятие обладает базовой устойчивой системой противодействия коррупции. Выявленные несоответствия и риски не носят системного или критического характера, но требуют усиления мер по профилактике, контролю исполнения и соблюдению процедур, особенно в кадровом и дисциплинарном блоках.

Председатель рабочей группы

Альжанова Г.А.

Члены рабочей группы:

Ешмухамбетова Д.К.

Ойларова Т.

Есхожина А.С.

30 июня 2025 год

Ознакомлен:

**Директор ГКП на ПХВ
«Городская поликлиника №4»
акимата города Астаны**



Шаймерденов С.А.