

Аналитическая справка
о результатах внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности ГКП
на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны за 2025–2026
годы

На основании пункта 1.5 статьи 8 Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции», приказа Председателя Агентства Республики Казахстан по делам государственной службы и противодействию коррупции от 19.10.2016 г. №12 «Об утверждении типовых правил проведения внутреннего анализа коррупционных рисков», приказа директора ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны от 23.04.2026 г. № 85-ө, проведён 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 01.05.2025 года по 30.04.2026 года.

Период проведения анализа - с 04.05.2026 года по 17.06.2026 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 по данному направлению проведён в целях определения наличия либо отсутствия коррупциогенных факторов в нормативных правовых актах, внутренних документах, регламентах и локальных актах, регулирующих деятельность ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны.

Анализ проведён по следующему индикатору возможных коррупционных рисков:

- изучение правовых актов и внутренних документов Предприятия во взаимосвязи с действующими нормативными правовыми актами Республики Казахстан и иными документами, регулирующими деятельность в сфере здравоохранения.

В ходе анализа изучены нормативные правовые акты, затрагивающие деятельность Предприятия, а также внутренние организационно-распорядительные документы, в том числе положения о структурных подразделениях, должностные инструкции, приказы, регламенты, стандарты операционных процедур и иные локальные документы.

Деятельность Предприятия осуществляется в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан, включая Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», Закон Республики Казахстан «О противодействии коррупции», а также иные нормативные правовые акты, регулирующие вопросы оказания медицинской помощи, организации работы медицинских организаций, кадровой, финансово-хозяйственной и административной деятельности.

Предприятие осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № 22022956 от 05.12.2022 года,

выданной уполномоченным государственным органом. Кроме того, в 2024 году по результатам внешней комплексной оценки и решения аккредитационной комиссии Предприятию присвоена высшая категория сроком на три года, что подтверждает соответствие установленным требованиям в сфере оказания медицинских услуг.

На 2026 год в Предприятии разработан и утверждён план развития, охватывающий основные направления деятельности, включая работу структурных подразделений, достижение целевых показателей и повышение качества оказываемых медицинских услуг. При этом рекомендовано при разработке и актуализации планирующих документов на последующие периоды предусматривать отдельные мероприятия, направленные на развитие антикоррупционного комплаенса, профилактику коррупционных рисков и повышение прозрачности внутренних процессов.

Организация деятельности структурных подразделений осуществляется на основании утверждённых положений об отделах, должностных инструкций работников, внутренних регламентов и стандартов операционных процедур. Указанные документы определяют функциональные обязанности, права и ответственность работников, порядок взаимодействия структурных подразделений, а также обеспечивают разграничение полномочий и исключение дублирования функций.

В рамках анализа установлено, что внутренняя нормативная база Предприятия в целом организована в соответствии с требованиями действующего законодательства Республики Казахстан. Внутренние документы направлены на обеспечение прозрачности процедур, определённости должностных полномочий, регламентации рабочих процессов и распределения ответственности между работниками и структурными подразделениями.

В ходе анализа локальных нормативных правовых актов:

- рассмотрены нормативные правовые акты, регулирующие деятельность медицинских организаций;
- изучены внутренние приказы, положения, регламенты, инструкции и иные документы, действующие в Предприятии;
- проведена оценка внутренних документов на предмет наличия норм, допускающих неоднозначное толкование, необоснованное расширение дискреционных полномочий, дублирование функций либо отсутствие чёткой регламентации процедур;
- рассмотрена взаимосвязь внутренних документов с действующими нормативными правовыми актами Республики Казахстан.

По результатам анализа установлено:

- нормативная правовая база Предприятия соответствует требованиям действующего законодательства Республики Казахстан;
- внутренние документы не содержат положений, создающих условия для коррупционных проявлений;
- должностные обязанности работников определены в должностных инструкциях и внутренних регламентах;
- структура и содержание внутренних документов обеспечивают разграничение полномочий, прозрачность процедур и ответственность должностных лиц;
- внутренние нормативные документы поддерживаются в актуальном состоянии и при необходимости подлежат пересмотру;
- нормы, допускающие необоснованное принятие решений на основе субъективного усмотрения, не установлены.

Вместе с тем, с учётом того, что внутренний анализ коррупционных рисков проводится Предприятием на системной основе, а также принимая во внимание

результаты ранее проведённых анализов, необходимо продолжить работу по совершенствованию внутренней нормативной базы и внедрению антикоррупционных механизмов в локальные документы Предприятия.

Признаков наличия коррупциогенных факторов в нормативных правовых актах и внутренних документах, затрагивающих деятельность Предприятия, по данному направлению не выявлено.

Рекомендации:

- продолжить системный мониторинг и своевременную актуализацию внутренней нормативной базы Предприятия;
- при разработке новых внутренних документов учитывать антикоррупционные аспекты и необходимость исключения правовой неопределённости;
- не допускать дублирования функций между структурными подразделениями и работниками;
- обеспечивать чёткое разграничение должностных полномочий, прав и ответственности;
- предусматривать в планирующих и внутренних документах мероприятия по антикоррупционному комплаенсу;
- продолжить работу по приведению локальных актов в соответствие с изменениями законодательства Республики Казахстан.

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;
- служба лекарственного обеспечения.

Раздел: Организация антикоррупционной деятельности

В рамках внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны проведён анализ состояния организации антикоррупционной деятельности на Предприятии.

Анализ проведён по следующим индикаторам возможных коррупционных рисков:

- наличие и актуальность внутренней нормативной базы по вопросам антикоррупционного комплаенса;
- организация работы по предупреждению и профилактике коррупционных правонарушений;
- функционирование системы антикоррупционного мониторинга;
- информирование, разъяснение и обучение работников по вопросам противодействия коррупции;
- наличие каналов обратной связи и порядка рассмотрения сообщений о возможных коррупционных проявлениях.

В Предприятии функционирует система антикоррупционного комплаенса, направленная на предупреждение коррупционных рисков, формирование антикоррупционной культуры, обеспечение прозрачности внутренних процессов и соблюдение требований законодательства Республики Казахстан в сфере противодействия коррупции.

Ответственным за реализацию антикоррупционной комплаенс-функции является комплаенс-офицер, назначенный соответствующим приказом руководителя Предприятия. Деятельность комплаенс-офицера осуществляется на основании внутренних нормативных документов, с соблюдением принципов независимости, объективности, конфиденциальности и недопущения вмешательства в его работу при рассмотрении вопросов, связанных с коррупционными рисками.

Антикоррупционная деятельность Предприятия организована на основании утверждённых внутренних документов, в том числе:

- Антикоррупционного стандарта;
- Положения о комплаенс-службе;
- Антикоррупционной политики Предприятия;
- Инструкции о порядке действий при выявлении коррупционных проявлений;
- Политики управления конфликтом интересов;
- Корпоративного кодекса этики и поведения;
- Положения об информировании и рассмотрении сообщений о фактах коррупции;
- Плана мероприятий по противодействию коррупции.

В анализируемом периоде внутренняя нормативная база по вопросам антикоррупционного комплаенса поддерживалась в актуальном состоянии. Внутренние документы направлены на регламентацию порядка профилактики коррупционных рисков, рассмотрения обращений, урегулирования конфликта интересов, соблюдения этических норм и повышения ответственности работников.

На 2026 год утверждён и реализуется План мероприятий по противодействию коррупции, включающий профилактические, информационно-разъяснительные и организационные мероприятия. Исполнение Плана осуществляется на системной основе, с участием руководителей структурных подразделений и ответственных лиц. При необходимости по итогам мониторинга могут вноситься корректирующие меры, направленные на повышение эффективности антикоррупционной работы.

В рамках реализации антикоррупционной политики на Предприятии обеспечены следующие меры:

- функционирует система видеонаблюдения в административных, приёмных и иных зонах с повышенной посещаемостью;
- на официальном интернет-ресурсе Предприятия поддерживается раздел, посвящённый вопросам противодействия коррупции;
- размещаются нормативные документы, информационные материалы и контактные данные для обращений;
- обеспечена возможность направления обращений посредством электронной почты и иных доступных каналов связи;
- проводится информационно-разъяснительная работа среди работников через собрания, рабочие чаты, стенды и внутренние информационные ресурсы;
- руководителям структурных подразделений доводятся рекомендации по соблюдению антикоррупционного законодательства и недопущению коррупционных проявлений.

В мае 2026 года приказом директора Предприятия создана рабочая группа по проведению внутреннего анализа коррупционных рисков. Анализ проведён с участием ответственных лиц и руководителей структурных подразделений. В ходе работы изучены внутренние документы, организационные процессы, сведения по обращениям, кадровым вопросам, государственным услугам, оказанию медицинской помощи и иным направлениям деятельности Предприятия.

Следует отметить, что внутренний анализ коррупционных рисков проводится Предприятием на системной основе третий год подряд. Это позволяет отслеживать

динамику ранее выявленных рисков, оценивать эффективность принятых мер, а также своевременно определять направления, требующие дополнительного внимания и профилактической работы.

В анализируемом периоде продолжена работа по повышению уровня антикоррупционной культуры работников. Проводились разъяснительные мероприятия, направленные на формирование нетерпимости к коррупции, соблюдение этических норм, предотвращение конфликта интересов, а также повышение персональной ответственности работников при исполнении должностных обязанностей.

Также продолжена работа по совершенствованию знаний ответственных лиц в сфере антикоррупционного комплаенса. Директор Предприятия и комплаенс-офицер прошли обучение по программе «Антикоррупционный менеджмент и комплаенс согласно международному стандарту ISO 37001». Полученные знания применяются в практической деятельности, в том числе при методическом сопровождении структурных подразделений, проведении внутреннего мониторинга и профилактике коррупционных рисков.

По итогам анализа установлено:

- система антикоррупционного комплаенса на Предприятии функционирует;
- внутренние документы по вопросам противодействия коррупции утверждены и применяются в работе;
- работа по профилактике коррупционных рисков проводится на постоянной основе;
- обеспечено информирование работников по вопросам антикоррупционного законодательства и этического поведения;
- каналы обратной связи для сообщений о возможных коррупционных проявлениях предусмотрены;
- фактов нарушения антикоррупционного законодательства по данному разделу не установлено.

Вместе с тем, с учётом специфики деятельности медицинской организации, наличия постоянного взаимодействия с населением, поставщиками, работниками и государственными органами, необходимо продолжить профилактическую работу, направленную на минимизацию коррупционных рисков и повышение прозрачности внутренних процессов.

Заключение по результатам анализа:

- 1) Нарушений антикоррупционного законодательства по разделу «Организация антикоррупционной деятельности» не выявлено.
- 2) Система антикоррупционного комплаенса в Предприятии функционирует стабильно и обеспечивает основу для предупреждения, выявления и минимизации коррупционных рисков.
- 3) Выявленные потенциальные риски не носят критического характера, однако требуют дальнейшей системной профилактической работы, повышения уровня антикоррупционной культуры работников и совершенствования отдельных внутренних процедур.

Рекомендации:

1. Продолжить реализацию утверждённого Плана мероприятий по противодействию коррупции.
2. Обеспечить дальнейший мониторинг исполнения антикоррупционных мероприятий.
3. Продолжить обучение и разъяснительную работу среди всех категорий работников, включая медицинский, административный и вспомогательный персонал.
4. Усилить работу по сбору, учёту и анализу информации о возможных конфликтах

интересов.

5. Обеспечить регулярное обновление материалов в разделе по противодействию коррупции на официальном интернет-ресурсе Предприятия.

6. Продолжить работу по формированию культуры нетерпимости к коррупции и соблюдению норм служебной этики.

7. При актуализации внутренних документов предусматривать конкретные алгоритмы действий работников при выявлении коррупционных рисков и конфликтных ситуаций.

Раздел: Анализ процессов оказания медицинской помощи

В рамках внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны проведён анализ организации процессов оказания медицинской помощи за анализируемый период с 01.05.2025 года по 30.04.2026 года.

Целью анализа по данному разделу является выявление возможных коррупционных рисков, связанных с организацией оказания медицинской помощи, маршрутизацией пациентов, назначением диагностических исследований, ведением медицинской документации, выпиской рецептов, проведением экспертизы временной нетрудоспособности, соблюдением стандартов оказания медицинских услуг, а также контролем за действиями медицинского персонала.

Оценка проводилась по следующим индикаторам возможных коррупционных рисков:

- соответствие медицинской деятельности действующим порядкам, стандартам, клиническим протоколам и нормативным правовым актам Республики Казахстан;
- соблюдение требований при оказании медицинской помощи в рамках ГОБМП и ОСМС;
- прозрачность маршрутизации пациентов и доступности медицинских услуг;
- соблюдение порядка ведения медицинской документации в медицинских информационных системах;
- обоснованность назначения консультаций, лабораторных и инструментальных исследований;
- соблюдение порядка выписки рецептов и оформления врачебных записей в МИС/КМИС;
- соблюдение порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности;
- наличие и характер обращений граждан, жалоб, публикаций в средствах массовой информации и социальных сетях;
- результаты внутреннего и внешнего контроля качества оказания медицинской помощи;
- соблюдение медицинской этики и деонтологии при взаимодействии с пациентами;
- участие работников в разрешительных, контрольных и организационных процедурах, связанных с оказанием медицинской помощи.

В ходе анализа установлено, что медицинская деятельность Предприятия в целом организована в соответствии с действующими нормативными правовыми актами Республики Казахстан, стандартами организации оказания медицинской помощи, клиническими протоколами диагностики и лечения, а также внутренними регламентами Предприятия.

Оказание медицинской помощи осуществляется в рамках гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи и системы обязательного социального медицинского страхования. Приём пациентов, запись на консультации, направление на диагностические исследования, оформление медицинской документации и иные процессы осуществляются с использованием медицинских информационных систем,

что способствует повышению прозрачности, фиксации действий работников и снижению рисков субъективного вмешательства.

Организация работы структурных подразделений осуществляется на основании утверждённых положений, должностных инструкций, стандартов операционных процедур и внутренних приказов. Ответственность за соблюдение стандартов оказания медицинской помощи, правильность ведения медицинской документации, маршрутизацию пациентов и организацию работы с населением распределена между руководителями структурных подразделений и ответственными должностными лицами.

В анализируемом периоде особое внимание уделялось следующим вопросам:

- 1) соблюдению клинических протоколов диагностики и лечения;
- 2) обоснованности назначений консультаций, лабораторных и инструментальных исследований;
- 3) правильности маршрутизации пациентов;
- 4) своевременности оказания медицинской помощи;
- 5) корректности оформления медицинских документов;
- 6) соблюдению порядка выписки рецептов;
- 7) соблюдению порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности;
- 8) соблюдению трудовой и исполнительской дисциплины медицинским персоналом;
- 9) соблюдению норм медицинской этики при общении с пациентами;
- 10) контролю за обращениями граждан и принятием корректирующих мер.

Ведение медицинской документации осуществляется посредством медицинских информационных систем. Вместе с тем анализ показал, что отдельные нарушения в части оформления медицинской документации, полноты и своевременности внесения сведений, оформления врачебных записей, направлений, рецептов и документов по временной нетрудоспособности могут создавать предпосылки для возникновения коррупционных рисков. В связи с этим ответственным лицам необходимо продолжить контроль за качеством ведения медицинской документации и соблюдением установленного порядка документооборота.

Санитарно-эпидемиологический режим, обеспечение средствами индивидуальной защиты, условия хранения медицинских изделий, оборудования и лекарственных средств организованы в соответствии с установленными требованиями. Контроль за соблюдением санитарных норм и правил осуществляется ответственными лицами и руководителями структурных подразделений.

Внутренний контроль качества медицинских услуг проводится на регулярной основе. По результатам внутреннего контроля оформляются соответствующие материалы, выявленные замечания доводятся до ответственных лиц, принимаются корректирующие и профилактические меры. При выявлении нарушений организационного, дисциплинарного либо профессионального характера принимаются меры реагирования в соответствии с трудовым законодательством Республики Казахстан и внутренними актами Предприятия.

Ответственными за соблюдение стандартов и контроль качества медицинской помощи являются:

- 1) заведующие структурными подразделениями — за организацию работы подразделений, соблюдение клинических протоколов, правильность ведения документации и контроль за действиями подчинённых работников;
- 2) заместитель директора по контролю качества медицинских услуг — за мониторинг качества оказания медицинской помощи, анализ выявленных нарушений и принятие корректирующих мер;

3) заместитель директора по лечебно-профилактической работе — за организацию медицинских процессов, маршрутизацию пациентов и методическое сопровождение медицинских работников;

4) главная медицинская сестра — за соблюдение санитарно-эпидемиологических требований, организацию сестринской деятельности и обеспечение контроля за работой среднего и младшего медицинского персонала.

Анализ обращений граждан показал, что поступающие обращения в основном связаны с вопросами организации приёма, доступности медицинских услуг, лекарственного обеспечения, сроков получения консультаций и качества коммуникации с пациентами. Обращения рассматриваются в установленном порядке, по результатам рассмотрения принимаются меры по устранению выявленных недостатков и предупреждению их повторного возникновения.

Фактов, свидетельствующих о наличии устойчивых коррупционных схем при оказании медицинской помощи, по результатам анализа не установлено. Вместе с тем отдельные организационные, поведенческие и регламентные нарушения могут создавать условия для возникновения коррупционных рисков, особенно в вопросах маршрутизации пациентов, назначения диагностических исследований, выписки рецептов, оформления медицинской документации, проведения экспертизы временной нетрудоспособности и взаимодействия медицинского персонала с пациентами.

Анализ дисциплинарной практики

В анализируемом периоде 2025–2026 годов в Предприятии зарегистрировано 68 дисциплинарных взысканий. Из них в отношении врачебного персонала - 41 взыскание, среднего медицинского персонала - 18 взысканий, прочего персонала - 9 взысканий.

Наибольшее количество дисциплинарных взысканий приходится на врачебный персонал, что обусловлено непосредственным участием врачей в процессах оказания медицинской помощи, назначения диагностических исследований, оформления медицинской документации, выписки рецептов, проведения экспертизы временной нетрудоспособности и маршрутизации пациентов.

По среднему медицинскому персоналу зафиксировано 18 дисциплинарных взысканий, в том числе:

2 случая - несообщение работодателю о выявленном нарушении;

5 случаев - неисполнение либо ненадлежащее исполнение должностных обязанностей;

3 случая - нарушение норм этики и деонтологии при взаимодействии с пациентами;

1 случай - нарушение санитарно-эпидемиологических норм;

1 случай - ненадлежащее оформление медицинской документации;

1 случай - оформление рецептов без надлежащей врачебной записи в медицинской информационной системе;

5 случаев - повторная запись одних и тех же пациентов на диагностические исследования без надлежащего обоснования.

По врачебному персоналу зафиксировано 41 дисциплинарное взыскание, в том числе:

2 случая - нарушения, связанные с ненадлежащей выпиской рецептов;

19 случаев - неисполнение либо ненадлежащее исполнение должностных обязанностей;

8 случаев - нарушение установленного порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности;

1 случай - неправильное оформление медицинской документации;

11 случаев - нарушение порядка и условий оказания медицинской помощи.

По прочему персоналу зафиксировано 9 дисциплинарных взысканий, в том числе:

6 случаев - неисполнение либо ненадлежащее исполнение должностных обязанностей;

2 случая - ненадлежащее оформление записей в КМИС;

1 случай - нарушение трудовой дисциплины.

Анализ дисциплинарной практики показывает, что основная часть нарушений связана с неисполнением либо ненадлежащим исполнением должностных обязанностей, нарушением порядка ведения медицинской документации, несоблюдением установленных процедур в медицинских информационных системах, нарушением порядка оказания медицинской помощи, а также недостаточным контролем со стороны ответственных лиц.

Особого внимания требуют нарушения, связанные с повторной записью одних и тех же пациентов на диагностические исследования без надлежащего обоснования, ненадлежащей выпиской рецептов, оформлением рецептов без соответствующей врачебной записи в МИС, а также нарушением порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности. Указанные факты не свидетельствуют о наличии установленного коррупционного правонарушения, однако могут создавать условия для возникновения коррупционных рисков, связанных с необоснованным предоставлением медицинских услуг, искажением медицинской информации, нарушением принципов равного доступа пациентов к медицинской помощи и принятием решений на основе субъективного усмотрения.

Также установлены нарушения этического характера, санитарно-эпидемиологических требований и трудовой дисциплины. Данные нарушения отрицательно влияют на качество оказания медицинской помощи, уровень доверия пациентов к медицинской организации и состояние внутренней исполнительской дисциплины.

По результатам анализа дисциплинарной практики системных признаков умышленного коррупционного поведения, а также фактов использования должностных полномочий в личных интересах по данному разделу не установлено. Вместе с тем выявленные нарушения свидетельствуют о необходимости усиления внутреннего контроля, повышения персональной ответственности работников и руководителей структурных подразделений, а также проведения дополнительной профилактической, разъяснительной и обучающей работы.

К потенциальным коррупционным рискам в процессах оказания медицинской помощи относятся:

- недостаточный контроль за обоснованностью назначений консультаций и диагностических исследований;
- повторная запись пациентов на диагностические исследования без надлежащего медицинского обоснования;
- нарушение порядка выписки рецептов и оформления врачебных записей в МИС/КМИС;
- нарушение порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности;
- несвоевременное либо неполное внесение сведений в медицинские информационные системы;
- ненадлежащее оформление медицинской документации;
- формальный подход к внутреннему контролю качества медицинской помощи;
- нарушение сроков и порядка маршрутизации пациентов;

- недостаточная разъяснительная работа с пациентами по вопросам получения медицинской помощи в рамках ГОБМП и ОСМС;
- отдельные случаи некорректного общения с пациентами;
- слабая исполнительская дисциплина отдельных работников;
- недостаточный контроль со стороны руководителей структурных подразделений за действиями подчинённого персонала.

Основными причинами возникновения потенциальных рисков являются:

- 1) недостаточный уровень контроля со стороны отдельных руководителей структурных подразделений;
- 2) формальный подход к исполнению отдельных внутренних регламентов;
- 3) недостаточная исполнительская дисциплина;
- 4) неполное соблюдение требований по ведению медицинской документации;
- 5) ненадлежащее оформление записей в МИС/КМИС;
- 6) недостаточный контроль за обоснованностью назначений и направлений на диагностические исследования;
- 7) нарушения порядка выписки рецептов и проведения экспертизы временной нетрудоспособности;
- 8) недостаточный уровень коммуникации с пациентами;
- 9) необходимость дополнительного обучения работников по вопросам медицинской этики, документооборота, стандартов оказания медицинской помощи и антикоррупционного поведения.

Выводы:

Медицинская помощь в Предприятии оказывается в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, стандартами и клиническими протоколами.

Процессы оказания медицинской помощи в целом организованы, внутренний контроль осуществляется, обращения граждан рассматриваются в установленном порядке.

Системных коррупционных рисков, устойчивых коррупционных схем и признаков умышленного коррупционного поведения в процессах оказания медицинской помощи не выявлено.

Вместе с тем анализ дисциплинарной практики показал наличие организационных, регламентных, исполнительских и поведенческих нарушений, которые при отсутствии надлежащего контроля могут создавать предпосылки для возникновения коррупционных рисков.

Наиболее значимыми зонами риска являются: обоснованность назначения диагностических исследований, порядок выписки рецептов, оформление медицинской документации в МИС/КМИС, проведение экспертизы временной нетрудоспособности, соблюдение порядка и условий оказания медицинской помощи, а также контроль со стороны руководителей структурных подразделений.

Рекомендации:

1. Усилить контроль за соблюдением клинических протоколов, стандартов оказания медицинской помощи и внутренних регламентов.
2. Обеспечить постоянный контроль за обоснованностью назначений консультаций, лабораторных и инструментальных исследований.
3. Усилить контроль за повторной записью пациентов на диагностические исследования, исключив возможность необоснованного направления одних и тех же пациентов без медицинских показаний.
4. Обеспечить регулярный мониторинг выписки рецептов, оформления врачебных записей в МИС/КМИС и соблюдения порядка проведения экспертизы временной

нетрудоспособности.

5. Усилить контроль за правильностью, полнотой и своевременностью ведения медицинской документации в медицинских информационных системах.
6. Продолжить мониторинг обращений граждан, жалоб и публикаций в социальных сетях с последующим анализом причин их возникновения.
7. Проводить ежеквартальный анализ обращений граждан и дисциплинарной практики для определения повторяющихся нарушений и принятия профилактических мер.
8. Организовать обучение медицинских работников по вопросам медицинской этики, деонтологии, стандартов общения с пациентами, ведения медицинской документации и антикоррупционного поведения.
9. Усилить персональную ответственность заведующих структурными подразделениями за контроль работы подчинённых работников.
10. Обеспечить своевременное применение мер дисциплинарного воздействия при выявлении нарушений трудовой, исполнительской и профессиональной дисциплины.
11. Продолжить работу по повышению прозрачности маршрутизации пациентов и доступности медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС.
12. Рассматривать результаты дисциплинарной практики как один из ключевых индикаторов при оценке коррупционных рисков в процессах оказания медицинской помощи.
13. Включать результаты анализа процессов оказания медицинской помощи в общую систему профилактики коррупционных рисков и антикоррупционного комплаенса Предприятия.

Раздел: Анализ деятельности по оказанию государственных услуг

В рамках внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны проведена оценка процессов, связанных с оказанием государственных услуг в рамках гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи и системы обязательного социального медицинского страхования за анализируемый период с 01.05.2025 года по 30.04.2026 года.

Целью анализа по данному разделу является выявление возможных коррупционных рисков при предоставлении государственных услуг, соблюдении сроков их оказания, маршрутизации пациентов, ведении медицинской документации, информировании населения, а также при рассмотрении обращений граждан.

Анализ проводился по следующим индикаторам возможных коррупционных рисков:

- наличие и актуальность нормативных правовых актов, регламентирующих порядок оказания государственных услуг;
- соблюдение сроков и порядка оказания государственных услуг;
- прозрачность маршрутизации пациентов;
- доступность информации для населения о порядке получения медицинских услуг;
- соблюдение порядка ведения медицинской документации в МИС/КМИС;
- наличие обращений, жалоб и иных сигналов по вопросам оказания государственных услуг;
- наличие фактов оказания услуг вне установленного порядка либо с предоставлением — необоснованного преимущества отдельным лицам;
- эффективность внутреннего контроля за качеством оказания государственных услуг.

В ходе анализа установлено, что государственные услуги в Предприятии оказываются на основании утверждённых стандартов, правил и регламентов, действующих в сфере здравоохранения. В Предприятии имеется необходимая

нормативная база, регулирующая порядок оказания медицинских услуг, маршрутизацию пациентов, ведение медицинской документации, а также предоставление услуг в рамках ГОБМП и ОСМС.

Медицинские работники и ответственные должностные лица ознакомлены с требованиями действующих нормативных правовых актов и внутренних документов. Внутренние инструкции и регламенты применяются в работе и доступны ответственным работникам в электронном виде.

Оказание государственных услуг осуществляется в установленные сроки, предусмотренные действующими регламентами. Графики приёма специалистов утверждаются и доводятся до сведения населения через регистратуру, информационные стенды и официальный интернет-ресурс Предприятия. Случаев массового нарушения сроков оказания государственных услуг либо системного нарушения порядка приёма пациентов в ходе анализа не установлено.

Вместе с тем отмечаются отдельные обращения, связанные с высокой загруженностью отдельных специалистов, сроками ожидания консультаций и организационными вопросами приёма. Указанные обстоятельства в основном обусловлены кадровой нагрузкой и большим потоком пациентов, однако требуют постоянного контроля со стороны ответственных должностных лиц, поскольку при недостаточной регламентации могут создавать предпосылки для жалоб и недоверия со стороны населения.

Маршрутизация пациентов от первичного обращения до получения специализированной медицинской помощи осуществляется в соответствии с установленными порядками. Направления на консультации, диагностические исследования и иные медицинские услуги регистрируются в медицинских информационных системах. Фактов оказания услуг в обход установленной маршрутизации, на платной либо приоритетной основе без законных оснований, по результатам анализа не установлено.

Документирование процессов оказания государственных услуг осуществляется посредством МИС. Записи в информационных системах позволяют фиксировать этапность оказания помощи, действия работников и движение пациента по маршруту. Вместе с тем в рамках анализа установлено, что отдельные случаи неполного заполнения форм, несвоевременного внесения данных либо технических ошибок в медицинской документации могут создавать предпосылки для возникновения коррупционных рисков, связанных с непрозрачностью отдельных действий, затруднением последующего контроля и возможностью субъективного принятия решений.

В Предприятии обеспечены каналы обратной связи для граждан. Информация о порядке подачи обращений и жалоб размещается на доступных информационных ресурсах. Обращения граждан рассматриваются в установленном законодательством порядке, по результатам рассмотрения предоставляются письменные ответы и принимаются меры по устранению выявленных недостатков.

Анализ обращений граждан за период 2025–2026 годов показал, что обращения в основном связаны с вопросами организации приёма, доступности медицинских услуг, сроков получения консультаций, лекарственного обеспечения, качества коммуникации с пациентами и порядка получения услуг в рамках ГОБМП и ОСМС. Факты коррупционного характера по результатам рассмотрения обращений не подтверждены.

В отдельных случаях выявлялись замечания, связанные с недостаточной коммуникацией с пациентами, некорректным обращением, формальным подходом к разъяснению порядка получения услуг, а также неполным либо несвоевременным

внесением сведений в медицинские информационные системы. По выявленным фактам ответственными лицами принимались меры реагирования, в том числе проведение разъяснительной работы, служебных проверок, а при наличии оснований — применение мер дисциплинарного воздействия.

Ответственными за качество и контроль оказания государственных услуг являются:

- заместитель директора по лечебно-профилактической работе — за общий контроль организации процессов оказания медицинской помощи и маршрутизации пациентов;
- заместитель директора по контролю качества медицинских услуг — за соответствие оказываемых услуг установленным стандартам, анализ обращений и организацию внутреннего контроля;
- заведующие структурными подразделениями - за соблюдение порядка оказания услуг, ведение медицинской документации и контроль маршрутизации пациентов;
- главная медицинская сестра — за контроль соблюдения стандартов сестринской помощи, санитарно-эпидемиологических требований и качества работы среднего медицинского персонала.

По результатам анализа установлено, что система оказания государственных услуг в Предприятии в целом организована в соответствии с нормативными требованиями. Системных нарушений, свидетельствующих о наличии коррупционных проявлений либо устойчивых коррупционных схем, не выявлено. Вместе с тем отдельные организационные и поведенческие недостатки, связанные с неполным ведением медицинской документации, высокой нагрузкой на отдельных специалистов, недостаточным разъяснением пациентам порядка получения услуг и отдельными случаями некорректной коммуникации, могут создавать предпосылки для возникновения коррупционных рисков при отсутствии должного контроля.

К потенциальным коррупционным рискам по данному разделу относятся:

- несвоевременное либо неполное внесение сведений в МИС/КМИС;
- недостаточный контроль за соблюдением маршрутизации пациентов;
- возможность субъективного подхода при записи на приём либо диагностические исследования;
- недостаточное информирование пациентов о порядке получения государственных услуг;
- формальный подход к рассмотрению отдельных обращений;
- недостаточный контроль за сроками оказания услуг;
- нарушение стандартов коммуникации с пациентами.

Выводы:

Государственные услуги в Предприятии оказываются в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, стандартами и внутренними регламентами.

Фактов оказания государственных услуг в обход установленного порядка, предоставления необоснованных преимуществ отдельным пациентам либо подтверждённых фактов коррупционного характера не установлено.

Система внутреннего контроля за оказанием государственных услуг функционирует, обращения граждан рассматриваются в установленном порядке.

Вместе с тем имеются отдельные организационные и регламентные недостатки, требующие дальнейшего контроля, профилактической работы и повышения ответственности работников.

Рекомендации:

- 1) Усилить контроль за соблюдением маршрутизации пациентов при оказании государственных услуг.

- 2) Обеспечить постоянный мониторинг сроков оказания государственных услуг и доступности медицинской помощи.
- 3) Усилить контроль за правильностью, полнотой и своевременностью внесения сведений в МИС/КМИС.
- 4) Проводить выборочные проверки записей в медицинских информационных системах по вопросам оказания государственных услуг.
- 5) Разработать и разместить для пациентов краткие памятки о порядке получения государственных услуг, сроках их оказания и механизмах подачи обращений.
- 6) Продолжить проведение разъяснительной работы среди работников по вопросам этики, стандартов общения с пациентами и недопущения коррупционных проявлений.
- 7) Вести регулярный анализ обращений граждан как один из инструментов выявления и профилактики коррупционных рисков.
- 8) Рассматривать повторяющиеся обращения по вопросам оказания государственных услуг на уровне заместителей директора и заведующих структурными подразделениями.
- 9) Обеспечить персональную ответственность руководителей подразделений за соблюдение порядка оказания государственных услуг и качество коммуникации с пациентами.
- 10) Включать результаты анализа государственных услуг в общую систему антикоррупционного комплаенса Предприятия.

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

В рамках внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны проведён анализ процессов управления персоналом за период с 01.05.2025 года по 30.04.2026 года.

Целью анализа являлось выявление возможных коррупционных рисков при приёме, переводе и увольнении работников, распределении функциональных обязанностей, ведении кадровой документации, табелировании рабочего времени, применении дисциплинарных мер, деятельности квалификационной комиссии, урегулировании конфликта интересов, а также при начислении заработной платы, надбавок, премий и иных выплат.

Анализ проводился по следующим индикаторам:

- 1) соблюдение требований трудового законодательства при принятии кадровых решений;
- 2) полнота и надлежащее оформление кадровой документации;
- 3) соответствие должностных инструкций фактически выполняемым обязанностям;
- 4) прозрачность процедур найма, перевода, увольнения и оценки работников;
- 5) соблюдение порядка табелирования рабочего времени;
- 6) обоснованность применения дисциплинарных взысканий;
- 7) наличие либо отсутствие признаков фиктивного трудоустройства;
- 8) наличие либо отсутствие фактов необоснованного предоставления преимуществ отдельным работникам;
- 9) деятельность квалификационной комиссии при найме персонала;
- 10) выявление должностей, подверженных коррупционным рискам;
- 11) предупреждение и урегулирование конфликта интересов;
- 12) прозрачность начисления заработной платы и иных денежных выплат.

Кадровая работа в Предприятии осуществляется на основании Трудового

кодекса Республики Казахстан, Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции», внутренних правил трудового распорядка, положений о структурных подразделениях, должностных инструкций, приказов руководителя и иных внутренних документов.

В ходе анализа изучены трудовые договоры, приказы о приеме, переводе и увольнении работников, табели учета рабочего времени, должностные инструкции, материалы дисциплинарной практики, документы квалификационной комиссии, сведения о распределении функциональных обязанностей, а также материалы по вопросам возможного конфликта интересов.

По результатам анализа установлено, что кадровые решения в целом оформляются в установленном порядке. Прием на работу, перевод и увольнение работников осуществляются на основании соответствующих приказов, трудовых договоров и иных кадровых документов. Должностные обязанности работников закреплены в должностных инструкциях, что обеспечивает разграничение полномочий, обязанностей и ответственности.

Вместе с тем управление персоналом относится к направлениям, требующим постоянного внутреннего контроля, поскольку кадровые решения могут быть связаны с рисками субъективного подхода, конфликта интересов, необоснованного предоставления преимуществ, формального табелирования рабочего времени, недостаточного документального подтверждения фактически выполняемых трудовых функций, а также непрозрачности отдельных процедур найма и оценки кандидатов.

С учетом специфики деятельности Предприятия к должностям, подверженным коррупционным рискам, относятся должности, связанные с принятием управленческих, кадровых, финансовых, административно-хозяйственных, организационных и контрольных решений, а также с влиянием на распределение нагрузки, стимулирующих выплат, премий и оценку работы персонала.

К таким должностям относятся:

- 1) директор Предприятия;
- 2) заместители директора;
- 3) руководители структурных подразделений;
- 4) заведующие отделениями;
- 5) руководитель и работники отдела управления человеческими ресурсами;
- 6) работники, участвующие в подборе, приеме и переводе персонала;
- 7) члены квалификационной комиссии;
- 8) работники, участвующие в ведении табеля учета рабочего времени;
- 9) работники, участвующие в подготовке документов по оплате труда, надбавкам, премированию и стимулирующим выплатам;
- 10) должностные лица, участвующие в применении дисциплинарных взысканий и оценке исполнения должностных обязанностей;
- 11) работники, ответственные за внутренний контроль, качество медицинских услуг и рассмотрение обращений граждан;
- 12) работники бухгалтерской службы, участвующие в начислении заработной платы и иных выплат;
- 13) работники, имеющие доступ к материальным ценностям, лекарственным средствам, медицинской документации и информационным системам.

Основными потенциальными коррупционными рисками в сфере управления персоналом являются:

1. принятие кадровых решений при наличии личной заинтересованности;
2. трудоустройство лиц при наличии родственных, личных либо иных связей без надлежащей оценки возможного конфликта интересов;

3. наличие работников, фактически не выполняющих должностные обязанности;
4. формальное ведение табеля учёта рабочего времени;
5. необоснованное предоставление преимуществ отдельным работникам;
6. непрозрачность при распределении нагрузки, премий, надбавок и иных выплат;
7. несвоевременное обновление должностных инструкций;
8. недостаточный контроль за фактическим исполнением должностных обязанностей;
9. субъективный подход при применении мер дисциплинарного воздействия;
10. недостаточное документирование решений квалификационной комиссии;
11. несвоевременное уведомление о наличии либо возможном возникновении конфликта интересов.

В анализируемом периоде особое внимание уделялось вопросам документального подтверждения выполнения работниками должностных обязанностей, правильности ведения табелей учёта рабочего времени, соответствия должностных инструкций фактически выполняемым функциям, соблюдения порядка принятия кадровых решений, а также выявления возможных признаков конфликта интересов.

По результатам анализа признаков фиктивного трудоустройства, необоснованного использования фонда оплаты труда, а также системного злоупотребления полномочиями при принятии кадровых решений не установлено.

Фактов прямого конфликта интересов, выраженного в непосредственном подчинении близких родственников, супругов либо свойственников должностным лицам, принимающим в отношении них кадровые решения, по результатам анализа не выявлено. Вместе с тем данное направление требует постоянного мониторинга, поскольку риск конфликта интересов может возникать не только при прямом подчинении, но и при участии работника либо должностного лица в принятии решений, затрагивающих интересы связанных с ним лиц.

С учётом правового статуса Предприятия как государственного коммунального предприятия на праве хозяйственного ведения, должностные лица, осуществляющие управленческие, административно-хозяйственные, кадровые, финансовые и контрольные функции, обязаны соблюдать требования антикоррупционного законодательства, не допускать конфликта интересов, принятия решений при наличии личной заинтересованности и предоставления необоснованных преимуществ отдельным лицам.

Работа квалификационной комиссии по найму персонала

В ходе анализа изучена деятельность квалификационной комиссии по найму персонала. Установлено, что комиссия осуществляет свою деятельность, при этом рекомендации предыдущего внутреннего анализа по повышению прозрачности её работы реализованы частично.

К положительным результатам относится наличие утверждённого Положения о квалификационной комиссии, получение согласий на обработку персональных данных при приёме на работу, актуализация положений о структурных подразделениях и должностных инструкций, а также внедрение отдельных элементов документального сопровождения процедуры найма.

Вместе с тем сохраняются отдельные недостатки организационного и регламентного характера:

- 1) не во всех случаях в полном объёме ведётся документация, связанная с заседаниями комиссии;
- 2) протоколы заседаний составляются не по всем случаям либо носят формальный характер;

- 3) не всегда отражаются реальные результаты оценки кандидатов;
- 4) в отдельных случаях отсутствует письменное обоснование выбора кандидата;
- 5) не во всех случаях фиксируются результаты собеседования, тестирования либо иной оценки;
- 6) оценочные листы, анкеты, шкалы оценки и заключения комиссии не применяются как обязательные документы;
- 7) отсутствует единый порядок хранения материалов квалификационной комиссии.

Указанные недостатки не свидетельствуют о наличии коррупционного правонарушения, однако создают условия для субъективного подхода при принятии кадровых решений, снижают прозрачность процедуры найма и могут повлечь риск фаворитизма, конфликта интересов, дискриминации либо необоснованного предпочтения отдельных кандидатов.

В связи с этим деятельность квалификационной комиссии требует дальнейшего совершенствования с обязательным внедрением стандартизированных процедур оценки кандидатов и полного документального оформления результатов её работы.

Анализ трудовых споров и кадровых обращений

В анализируемом периоде в рамках кадрового блока также рассмотрены материалы, связанные с обращением бывшего работника Ш. Н.Г. по вопросу прекращения трудового договора, порядка уведомления, предоставления документов и рассмотрения индивидуального трудового спора согласительной комиссией.

По доводам обращения работодателем были представлены объяснения, кадровые документы, трудовой договор, приказы о предоставлении ежегодного оплачиваемого трудового отпуска и прекращении трудового договора, сведения о направлении уведомления, а также материалы, связанные с рассмотрением спора согласительной комиссией.

Установлено, что трудовой договор с работником был заключён на определённый срок. Прекращение трудового договора произведено в связи с истечением срока его действия, что не относится к расторжению трудового договора по инициативе работодателя. В связи с предоставлением ежегодного оплачиваемого трудового отпуска, выходящего за пределы срока трудового договора, днём прекращения трудового договора определён последний день оплачиваемого ежегодного трудового отпуска.

По результатам анализа признаков коррупционного характера, фиктивного трудоустройства, нецелевого использования фонда оплаты труда либо злоупотребления полномочиями при прекращении трудового договора не установлено.

Вместе с тем сам факт возникновения трудового спора указывает на необходимость усиления контроля за документальным подтверждением направления и вручения кадровых уведомлений, своевременным ознакомлением работников с приказами, полнотой формирования доказательной базы по кадровым процедурам, а также качеством оформления материалов согласительной комиссии.

Отдельного внимания требует обеспечение полноты исследования документов при рассмотрении индивидуальных трудовых споров, отражение позиции сторон в протоколах, а также надлежащее хранение материалов, представленных на заседания комиссии. Это позволит снизить риски повторных обращений, спорных толкований и претензий к объективности рассмотрения трудовых вопросов.

Урегулирование конфликта интересов, деятельность Дисциплинарного совета и Согласительной комиссии

В рамках анализа рассмотрены вопросы урегулирования конфликта интересов, деятельности Дисциплинарного совета и Согласительной комиссии.

Дисциплинарный совет продолжает осуществлять функции по рассмотрению вопросов, связанных с нарушением трудовой дисциплины, норм служебной этики и корпоративной культуры. Рассмотрение дисциплинарных материалов осуществляется с участием ответственных должностных лиц, с последующим принятием решений в пределах компетенции.

В анализируемом периоде рассматривались материалы, связанные с неисполнением либо ненадлежащим исполнением должностных обязанностей, нарушением трудовой дисциплины, нарушением норм этики, ненадлежащим ведением документации и иными дисциплинарными проступками. При наличии оснований применялись меры дисциплинарного воздействия.

Фактов прямого нарушения антикоррупционного законодательства по результатам рассмотрения дисциплинарных материалов не выявлено. Вместе с тем отдельные случаи нарушения трудовой дисциплины, формального подхода к исполнению должностных обязанностей, недостаточного контроля со стороны руководителей подразделений, а также возможные родственно-личностные связи требуют дальнейшего мониторинга с точки зрения предупреждения конфликта интересов.

Согласительная комиссия является внутренним механизмом рассмотрения индивидуальных трудовых споров. При этом отсутствие либо небольшое количество обращений в Согласительную комиссию не всегда может рассматриваться исключительно как показатель благополучной трудовой обстановки, поскольку также может свидетельствовать о недостаточной информированности работников о порядке обращения, своих правах и механизмах разрешения трудовых споров.

В связи с этим необходимо продолжить информационно-разъяснительную работу среди работников о порядке обращения в Согласительную комиссию, порядке уведомления о возможном конфликте интересов и механизмах защиты трудовых прав.

Вопросы конфликта интересов по смежным контрольным мероприятиям

В анализируемом периоде в рамках смежных контрольных мероприятий комплаенс-офицером также рассмотрены материалы, связанные с соблюдением порядка назначения, выписки, учёта и отпуска лекарственных средств в рамках ГОБМП/ОСМС.

Указанные материалы в большей степени относятся к разделу лекарственного обеспечения, однако имеют значение и для кадрового блока в части оценки конфликта интересов, аффилированности, распределения персональной ответственности, контроля действий работников и соблюдения режима доступа к материальным ценностям.

По результатам анализа были обозначены риски, связанные с возможной аффилированностью отдельных работников и пациентов, недостаточной формализацией внутреннего контроля, возможными неформальными взаимоотношениями между отдельными сотрудниками, а также соблюдением режима ограниченного доступа в аптечные помещения.

Указанные обстоятельства не должны рассматриваться как установленный факт коррупционного правонарушения без проведения соответствующей проверки, однако являются основанием для усиления профилактической работы по предупреждению конфликта интересов, закреплению персональной ответственности работников и своевременному информированию комплаенс-службы о наличии либо возможном возникновении конфликта интересов.

В этой связи кадровому подразделению, комплаенс-офицеру и руководителям структурных подразделений необходимо обеспечить системное выявление и документирование возможного конфликта интересов, особенно в случаях, когда работники участвуют в процессах, затрагивающих интересы их родственников, супругов, свойственников либо иных аффилированных лиц.

Бухгалтерская служба и выплаты работникам

В рамках анализа кадрового блока также рассмотрены вопросы, связанные с начислением заработной платы, компенсационных выплат, надбавок, премий и иных денежных выплат работникам.

Выплата заработной платы и иных видов денежных выплат работникам производится в установленные сроки. Начисления и перечисления осуществляются в соответствии с кадровыми документами, табелями учёта рабочего времени, приказами и иными подтверждающими документами.

По каждому работнику формируются расчётные листы, содержащие сведения о начислениях, удержаниях и итоговой сумме к выплате. Статистическая, налоговая и иная отчётность ведётся в электронной форме. Нарушений сроков предоставления отчётности по результатам анализа не установлено.

Фактов коррупционных правонарушений в деятельности бухгалтерской службы по вопросам начисления заработной платы и иных выплат не выявлено.

Вместе с тем, с целью повышения прозрачности расчётов и доступности информации для работников, целесообразно продолжить работу по внедрению электронной доставки расчётных листов на корпоративную либо личную электронную почту работников, а также обеспечить постоянную сверку кадровых приказов, табелей учёта рабочего времени и данных бухгалтерского учёта.

Выводы

Кадровая работа в Предприятии в целом организована в соответствии с требованиями трудового законодательства и внутренними актами.

Признаков фиктивного трудоустройства, необоснованного использования фонда оплаты труда, системного злоупотребления полномочиями при принятии кадровых решений и установленного конфликта интересов не выявлено.

Деятельность квалификационной комиссии осуществляется, однако отдельные процедуры требуют дополнительной регламентации, стандартизации и обязательного документального оформления.

Система рассмотрения дисциплинарных вопросов функционирует, однако выявленные дисциплинарные нарушения свидетельствуют о необходимости усиления исполнительской дисциплины, персональной ответственности работников и контроля со стороны руководителей структурных подразделений.

Рассмотрение трудового спора бывшего работника показало отсутствие признаков коррупционного характера, однако выявило необходимость усиления документирования кадровых процедур, направления уведомлений, ознакомления работников с приказами и оформления материалов согласительной комиссии.

Материалы смежной проверки в части лекарственного обеспечения указывают на необходимость усиления кадрового и комплаенс-контроля за вопросами возможной аффилированности, конфликта интересов, персональной ответственности и доступа работников к материальным ценностям.

Вопросы начисления заработной платы и иных выплат в целом организованы прозрачно, нарушений сроков выплаты и признаков коррупционных проявлений в бухгалтерской службе не установлено.

Вместе с тем управление персоналом остаётся направлением, подверженным коррупционным рискам, поскольку связано с приёмом, переводом, увольнением

работников, распределением нагрузки, табелированием рабочего времени, применением дисциплинарных мер, начислением выплат и возможностью принятия решений при наличии личной заинтересованности.

Рекомендации

1. Усилить контроль за документальным подтверждением выполнения работниками должностных обязанностей.
2. Обеспечить регулярную актуализацию должностных инструкций с учётом фактически выполняемых функций.
3. Ввести постоянный мониторинг кадровых решений на предмет возможного конфликта интересов.
4. При приёме на работу, переводе и назначении на должности проверять наличие родственных, личных либо иных связей, способных повлиять на объективность кадрового решения.
5. Усилить контроль за ведением табелей учёта рабочего времени.
6. Обеспечить прозрачность распределения нагрузки, стимулирующих выплат, надбавок и премий.
7. Утвердить и внедрить единые формы документов квалификационной комиссии: протокол заседания, оценочный лист кандидата, анкету кандидата, лист собеседования и итоговое заключение комиссии.
8. Обеспечить обязательное письменное обоснование выбора кандидата при приёме на работу.
9. Определить порядок хранения материалов квалификационной комиссии и ответственность за полноту их оформления.
10. Утвердить единый порядок направления, регистрации и хранения кадровых уведомлений, включая подтверждение вручения либо доставки работнику.
11. Обеспечить своевременное ознакомление работников с приказами, связанными с их трудовой деятельностью.
12. Формировать полный пакет подтверждающих документов по каждому кадровому решению, связанному с приёмом, переводом, увольнением и применением дисциплинарных мер.
13. Усилить требования к оформлению материалов согласительной комиссии, включая фиксацию доводов сторон, перечня рассмотренных документов и мотивировки принятого решения.
14. Разработать и утвердить внутренний регламент по уведомлению о возможном конфликте интересов с обязательным информированием комплаенс-службы.
15. Ввести обязательное письменное уведомление о наличии либо возможном возникновении конфликта интересов при участии работника в процессах, затрагивающих интересы родственников, супругов, собственников или иных связанных лиц.
16. Обеспечить информирование комплаенс-офицера о случаях возможной аффилированности работников при принятии кадровых, организационных, медицинских и материально ответственных решений.
17. Закрепить персональную ответственность работников и руководителей подразделений за сокрытие конфликта интересов либо несвоевременное уведомление о нём.
18. Усилить контроль за работниками, имеющими доступ к материальным ценностям, лекарственным средствам, медицинской документации и информационным системам.
19. Продолжить контроль за своевременным и надлежащим оформлением материалов дисциплинарной практики.
20. Провести информационно-разъяснительную работу среди работников о порядке

обращения в Согласительную комиссию, правах работников при трудовых спорах и порядке урегулирования конфликта интересов.

21. Обеспечить персональную ответственность руководителей структурных подразделений за достоверность сведений о фактически выполняемой работе подчинённых работников.

22. Продолжить обучение работников по вопросам антикоррупционного законодательства, служебной этики, уведомления о конфликте интересов и антикоррупционного поведения.

23. Рассматривать должности, связанные с кадровыми, финансовыми, административными и контрольными полномочиями, как должности, подверженные повышенным коррупционным рискам.

24. Рассмотреть возможность внедрения электронной доставки расчётных листов работникам для повышения прозрачности начислений и выплат.

25. Обеспечить регулярную сверку кадровых приказов, табелей учёта рабочего времени и данных бухгалтерского учёта.

26. Включать результаты анализа кадровых процессов в общую систему антикоррупционного комплаенса Предприятия.

№	Должность подверженная коррупционному рisku	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, единоличное 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, единоличное 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 положения 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 положения 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 положения 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, координирование 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, координирование их работы в личных целях, риск несоблюдения антикоррупционных ограничений при решении задач взаимодействия и взаимозаменяемости подчиненных
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.			предусмотрен контроль со стороны директора, уполномоченного органа (ГУ «Управление общественного здравоохранения города Астаны»), а также подотчетность уполномоченному органу и акимату города
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.	

учёта и фактического движения лекарственных средств.

8. Ввести регулярные выборочные проверки рецептов, медицинских записей, заявок и данных по фактическому отпуску лекарственных средств.

9. Обеспечить соблюдение режима ограниченного доступа в аптечные помещения с фиксацией входа и выхода работников.

10. Ограничить доступ к лекарственным средствам только кругом ответственных лиц, определённых приказом руководителя Предприятия.

11. Обеспечить своевременное информирование руководства и комплаенс-офицера о выявленных отклонениях в части назначения, учёта и отпуска лекарственных средств.

12. Организовать дополнительную проверку обстоятельств, связанных с возможной аффилированностью работников и пациентов, а также возможным конфликтом интересов.

13. Обязать работников письменно уведомлять работодателя и комплаенс-офицера о наличии либо возможном возникновении конфликта интересов при назначении, сопровождении или отпуске лекарственных средств связанным лицам.

14. Предоставить ответственным должностным лицам необходимый доступ к информационным системам для осуществления мониторинга лекарственного обеспечения.

15. Провести обучение работников требованиям антикоррупционного законодательства, порядку уведомления о конфликте интересов, правилам рецептурного оформления и внутренним процедурам лекарственного обеспечения.

16. Обеспечить неотвратимость дисциплинарной ответственности работников за нарушения порядка назначения, выписки, учёта и отпуска лекарственных средств.

17. Рассматривать результаты анализа лекарственного обеспечения как одно из приоритетных направлений антикоррупционного комплаенса Предприятия.

18. По итогам служебного расследования принять управленческие решения по устранению причин и условий, способствовавших выявленным нарушениям.

Заключение

В период с 04 мая по 17 июня 2026 года в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан, внутренними нормативными документами и приказом директора ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны проведён комплексный внутренний анализ коррупционных рисков за период с 01 мая 2025 года по 30 апреля 2026 года.

Анализ охватил нормативные правовые акты, затрагивающие деятельность Предприятия, а также основные направления организационно-управленческой деятельности, включая организацию антикоррупционной деятельности, процессы оказания медицинской помощи, оказание государственных услуг, управление персоналом, урегулирование конфликта интересов, дисциплинарную практику, деятельность квалификационной комиссии, бухгалтерскую службу и лекарственное обеспечение.

По результатам анализа установлено, что внутренняя нормативная база Предприятия в целом соответствует требованиям действующего законодательства Республики Казахстан. В Предприятии функционирует система антикоррупционного комплаенса, утверждены необходимые внутренние документы, проводится информационно-разъяснительная работа, осуществляется рассмотрение обращений граждан и работников, а также принимаются меры по профилактике коррупционных рисков.

Фактов установленного коррупционного правонарушения, подтверждённых в установленном законом порядке, по результатам внутреннего анализа не выявлено. Вместе с тем анализ показал наличие ряда организационных, регламентных, дисциплинарных и контрольных недостатков, которые при отсутствии своевременных профилактических мер могут создавать условия для возникновения коррупционных рисков.

Наиболее значимыми зонами риска по итогам анализа являются:

14) недостаточное документирование отдельных кадровых процедур, включая направление уведомлений, оформление материалов квалификационной комиссии и согласительной комиссии;

15) частичная формализация работы квалификационной комиссии при найме персонала, отсутствие обязательных оценочных листов, протоколов и письменного обоснования выбора кандидатов во всех случаях;

16) необходимость усиления контроля за возможным конфликтом интересов, особенно при наличии родственных, личных либо иных связей;

17) дисциплинарные нарушения, связанные с неисполнением должностных обязанностей, нарушением порядка ведения медицинской документации, рецептурной дисциплины, экспертизы временной нетрудоспособности и порядка оказания медицинской помощи;

18) недостаточный контроль за обоснованностью направления пациентов на диагностические исследования и повторной записью одних и тех же пациентов;

19) неполное либо несвоевременное внесение сведений в МИС/КМИС;

20) отдельные поведенческие риски, связанные с нарушением этики общения с пациентами;

21) значительные коррупционные риски в части лекарственного обеспечения, связанные с недостаточной прослеживаемостью движения лекарственных средств, несоответствием между заявками, назначениями, учётом и фактическим отпуском препаратов, а также возможной аффилированностью отдельных работников и получателей лекарственных средств.

22) Особого внимания требует направление лекарственного обеспечения. По результатам анализа установлено, что нарушения в части назначения, выписки, учёта и отпуска лекарственных средств носят повторяющийся характер и свидетельствуют о недостаточной эффективности внутреннего контроля. Указанные обстоятельства не являются окончательно установленным фактом коррупционного правонарушения без проведения соответствующей проверки, однако требуют принятия незамедлительных управленческих, контрольных и профилактических мер.

23) Анализ дисциплинарной практики показал, что за период 2025-2026 годов в Предприятии зарегистрировано 68 дисциплинарных взысканий, из них 41 - в отношении врачебного персонала, 18 - в отношении среднего медицинского персонала, 9 - в отношении прочего персонала. Данные показатели свидетельствуют о необходимости усиления исполнительской дисциплины, персональной ответственности работников и контроля со стороны руководителей структурных подразделений.

24) Положительными результатами работы Предприятия являются:

25) наличие и функционирование системы антикоррупционного комплаенса;

26) актуализация внутренних документов, положений о структурных подразделениях и должностных инструкций;

27) функционирование каналов обратной связи для пациентов и работников;

28) рассмотрение обращений граждан и работников в установленном порядке;

29) отсутствие подтверждённых фактов фиктивного трудоустройства и нецелевого использования фонда оплаты труда;

30) прозрачность начисления заработной платы и иных выплат;

31) проведение внутреннего контроля качества медицинских услуг;

32) наличие работы по обучению и разъяснению требований антикоррупционного законодательства.

Вместе с тем выявленные риски требуют системного подхода, усиления внутреннего контроля, повышения качества документального сопровождения процедур, внедрения риск-ориентированного комплаенс-мониторинга и закрепления персональной ответственности должностных лиц.

Общие рекомендации по итогам анализа:

1. Продолжить развитие системы антикоррупционного комплаенса и усилить её практическую направленность.
2. Усилить контроль за исполнением антикоррупционных мероприятий, предусмотренных внутренними планами и регламентами.
3. Обеспечить полное документирование кадровых процедур, решений квалификационной комиссии, уведомлений работников и материалов согласительной комиссии.
4. Внедрить обязательные стандартизированные формы оценки кандидатов при найме персонала.
5. Усилить мониторинг возможного конфликта интересов при принятии кадровых, медицинских, организационных и материально ответственных решений.
6. Обеспечить персональную ответственность руководителей подразделений за достоверность сведений о фактически выполняемой работе подчинённых работников.
7. Усилить контроль за ведением медицинской документации, оформлением рецептов, экспертизой временной нетрудоспособности и внесением сведений в МИС/КМИС.
8. Проводить ежеквартальный анализ дисциплинарной практики, обращений граждан и повторяющихся нарушений.
9. Усилить контроль за обоснованностью назначений, направлений на диагностические исследования и маршрутизацией пациентов.
10. Принять дополнительные меры по обеспечению полной прослеживаемости движения лекарственных средств от заявки до фактического отпуска пациенту.
11. Внедрить регулярный комплаенс-аудит лекарственного обеспечения, включая проверку дорогостоящих препаратов, рецептов, медицинских записей, заявок и фактического отпуска лекарственных средств.
12. Обеспечить соблюдение режима ограниченного доступа в аптечные помещения с фиксацией входа и выхода ответственных лиц.
13. Организовать дополнительное обучение работников по вопросам антикоррупционного законодательства, служебной этики, конфликта интересов, медицинской документации и лекарственного обеспечения.
14. Обеспечить неотвратимость дисциплинарной ответственности за нарушения, создающие условия для коррупционных рисков.
15. Развивать цифровизацию внутренних процессов, включая электронное хранение документов, доставку расчётных листов и автоматизированный контроль кадровых, медицинских и лекарственных процессов.

Общий вывод:

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» акимата города Астаны обладает функционирующей системой противодействия коррупции и антикоррупционного комплаенса. Основные управленческие и организационные процессы в целом регламентированы и осуществляются в соответствии с требованиями законодательства.

Вместе с тем внутренний анализ показал, что отдельные направления деятельности Предприятия требуют усиления контроля, прежде всего кадровые процедуры, деятельность квалификационной комиссии, урегулирование конфликта интересов, дисциплинарная практика, ведение медицинской документации и лекарственное обеспечение.

Выявленные нарушения и недостатки в большинстве случаев носят организационный, дисциплинарный, регламентный и контрольный характер. Однако по отдельным направлениям, особенно в части лекарственного обеспечения, установлены значительные коррупционные риски, требующие принятия дополнительных мер реагирования, проведения служебных проверок, усиления комплаенс-контроля и

закрепления персональной ответственности должностных лиц.

По итогам анализа Предприятию необходимо продолжить системную работу по профилактике коррупционных рисков, повышению прозрачности внутренних процессов, усилению контроля исполнения и формированию устойчивой культуры нетерпимости к коррупции.

Председатель рабочей группы



Альжанова Г.А.

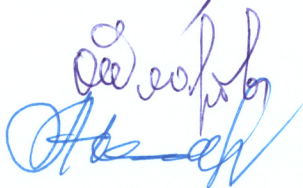
Члены рабочей группы:



Ешмухамбетова Д.К.



Умралиева У.Д.



Ойларова Т.

Аносова Л.Б.

30 июня 2026 год
Ознакомлен:

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



Шаймерденов С.А.