

ГКП на ПХ
поликлиника №1
город
Ж.Сагандык
(исх, печать)

город Астана
2025 год

I. Основание проведения анализа

В соответствии с пунктом 5 статьи 8 Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции», Приказом Председателя Агентства Республики Казахстан по делам государственной службы и противодействию коррупции от 19 октября 2016 года № 12 «Об утверждении Типовых правил проведения внутреннего анализа коррупционных рисков», а также на основании Приказа директора ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 11» акимата города Астаны от 27 мая 2025 года № Ө-158, рабочей группой проведён внутренний анализ коррупционных рисков.

Объект анализа: государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Городская поликлиника № 11» (далее — Предприятие).

Состав рабочей группы: определён приказом руководителя Предприятия и включает:

- Руководитель рабочей группы – комплаенс-офицер Рыстамбай К.Н.
- Заместитель директора по лечебно-профилактической работе – Айдарханова З.Б.
- Руководитель отдела управления человеческими ресурсами – Джурабаева А.К.
- Главный бухгалтер – Аскарлова К.С.
- Специалист по государственным закупкам – Каленов А.
- Юрист – Идрисова З.С.

Период проведения анализа: со 2 июня по 14 июля 2025 года.

Анализируемый период: деятельность Предприятия с 1 июня 2024 года по 1 июня 2025 года. Материалы, сформированные после 1 июня 2025 года, учтены как индикаторы тенденций и приводятся в обезличенном виде.

II. Объект и объём проверки

Проведённый анализ охватил деятельность следующих структурных подразделений и ключевых процессов Предприятия:

1. Отдел государственных закупок.
2. Бухгалтерия.
3. Отдел по управлению человеческими ресурсами (УЧР).
4. Лечебные подразделения.
5. Регистратура и служба поддержки пациентов.
6. Отдел информационных технологий (в том числе обеспечение защиты персональных данных).
7. Служба логистики и материально-технического обеспечения (учёт и оборот товарно-материальных ценностей).
8. Административно-управленческий блок.

Методология анализа включала:

- 1) изучение локальных нормативных актов (ЛНА);
- 2) выборочную проверку документации и реестров;
- 3) сопоставление бумажных и электронных данных;
- 4) анализ обращений граждан;
- 5) опрос ответственных сотрудников.

III. Результаты анализа по структурным подразделениям

1. Отдел государственных закупок

Предмет проверки: планирование закупок, обоснование способов проведения закупок, деятельность закупочных комиссий, оценка заявок, заключение и исполнение договоров, претензионная работа, публикация информации и архивирование документов.

Установлено:

1. Годовой план закупок формируется и своевременно актуализируется; изменения оформляются служебными записками.

2. Закупки у одного источника сопровождаются обоснованием, однако по ряду процедур обоснования носят краткий характер, без достаточного анализа ценовых предложений и условий рынка.

3. В протоколах заседаний комиссий встречается сокращённая мотивировка решений и неполное отражение применённых критериев оценки и оснований отклонения заявок.

4. Реестр исполнения договоров ведётся в упрощённой форме, без указания фактических сроков и сумм исполнения по этапам, а также ответственных лиц.

5. Сводная аналитическая информация по претензионной работе и типовым несоответствиям не формируется.

Вывод: деятельность по закупкам в целом организована, однако требует усиления документальной обоснованности и повышения качества контроля за исполнением договорных обязательств.

Рекомендации:

1) Утвердить типовую форму обоснования способа закупки с обязательным сравнением не менее трёх ценовых предложений (при наличии рынка) и ссылкой на соответствующую норму законодательства.

2) Ввести унифицированный протокол заседаний комиссии с развёрнутой мотивировкой, перечнем приложений, указанием критериев оценки и оснований принятия решений.

3) Дополнить электронный реестр исполнения договоров полями: предмет договора, сумма, плановый срок, даты фактического исполнения по этапам, ответственное лицо; представлять данный реестр на внутренний контроль ежеквартально.

4) Обеспечить ежегодную ротацию составов комиссий и недопущение совмещения функций, создающих конфликт интересов.

5) Формировать ежеквартальные сводные справки по претензионной работе с указанием вида несоответствия, суммы, принятых мер реагирования и достигнутого результата.

2. Бухгалтерия

Предмет проверки: отдельный учёт по источникам финансирования (ГОВМП, ОСМС, платные услуги), полнота и достоверность отчётности, соблюдение сроков обязательных платежей, документооборот по поступлениям и расходам.

Установлено:

1. Признаков нецелевого использования средств не выявлено.
2. Отдельный учёт ведётся в соответствии с действующим законодательством и внутренними регламентами.
3. Просроченной задолженности по налогам и социальным платежам не установлено.
4. В составе проверенной финансовой отчётности представлены квартальные данные по всем источникам финансирования. Раздел платных услуг ведётся по рабочей форме, не утверждённой локальным актом; целесообразно закрепить форму и минимальный состав показателей для единообразия и управленческой аналитики.

Вывод: существенных нарушений не выявлено; действующие регламенты и процедуры обеспечивают надлежащее исполнение финансовых функций. Для повышения управляемости направления платных услуг требуется стандартизация и углубление аналитики финансового отчёта (далее-Отчёт).

Рекомендации:

1. Утвердить форму и регламент предоставления Отчёта локальным актом (срок — до 10-го числа месяца, следующего за отчётным кварталом; ответственные — главный бухгалтер, руководитель платного кабинета/подразделений; **нулевой Отчёт обязателен**).
2. Состав показателей Отчёта (минимально необходимый):
 - выручка по видам платных услуг и подразделениям;
 - объём (количество услуг) и средний чек;
 - структура оплат (ККМ/эквайринг/безналичные переводы/онлайн-оплаты), возвраты и корректировки;
 - сопоставление с КМИС (реестр оказанных платных услуг), с ККМ и выписками банка (**приложить Акт(ы) сверки**);
 - динамика по месяцам квартала и сравнение с аналогичным периодом прошлого года;
3. Ввести обязательную квартальную сверку: **КМИС ↔ ККМ ↔ банк** (Акт сверки с подписями бухгалтера и ответственного за платные услуги), хранить вместе с Отчётом.
4. Включить Отчёт в повестку финансового совещания и кратко докладывать по итогам квартала (ключевые отклонения, причины, предложения).
5. С учётом продолжающейся работы по правовой определённости платных услуг (внесение изменений в Устав) обеспечить в Отчёте прозрачный разрез по видам услуг и источникам оплаты.

3. Отдел по управлению человеческими ресурсами (УЧР)

Предмет проверки: актуальность, согласованность и применимость локальных нормативных актов (ЛНА); защита персональных данных в кадровом контуре; процедуры адаптации, передачи дел и обучения персонала.

Установлено:

1. Часть положений и регламентов требует актуализации.
2. Структура документов неоднородна; в отдельных ЛНА отсутствуют чётко прописанные цели, полномочия, порядок внутреннего контроля и внесения изменений.
3. В ряде случаев журналы доступа к личным делам и листы ознакомления с ключевыми ЛНА оформлены неполно.
4. Процедуры адаптации и передачи дел при кадровых перемещениях описаны разрозненно; система обучения и проверки знаний носит эпизодический характер.

Вывод: система локального нормативного регулирования требует упорядочивания, унификации и регулярной ревизии.

Рекомендации:

- 1) Провести полную инвентаризацию ЛНА с формированием реестра (дата утверждения, правовая основа, действующая редакция, необходимость пересмотра).
- 2) Установить единые требования к структуре положений, включая обязательные разделы «Внутренний контроль» и «Порядок внесения изменений», с обязательным согласованием с антикоррупционной службой.
- 3) Обеспечить ведение журналов доступа к личным делам и листов ознакомления с ключевыми ЛНА в каждом деле.
- 4) Утвердить стандарт процедуры адаптации и акт передачи дел; применять их при назначении и увольнении сотрудников.
- 5) Организовать полугодовое обучение персонала с итоговым тестированием и хранением протоколов результатов.

4. Лечебные подразделения

Предмет проверки: ведение медицинской документации (включая электронные записи), выполнение скринингов и профилактических обследований, организация иммунизации, диспансерное наблюдение отдельных групп пациентов, маршрутизация к узким специалистам, обслуживание вызовов на дом, работа с обращениями граждан.

Установлено:

1. Отмечены единичные случаи несвоевременного внесения данных в медицинскую информационную систему и неполной загрузки результатов обследований, выполненных во внешних организациях.
2. По детским скрининговым программам наблюдается неравномерное выполнение плановых показателей.
3. При проведении иммунизации отсутствует систематическая сверка данных между используемыми информационными системами.
4. По отдельным категориям активных пациентов (включая пациентов с туберкулёзом) требуется строгое соблюдение установленных интервалов наблюдения.

5. При маршрутизации к ряду узких специалистов возможны задержки, вызванные разночтениями в порядке взаимодействия между организациями.

6. При обработке вызовов на дом не во всех случаях фиксируется принятое решение (выезд врача, направление мобильной бригады, запись на приём).

7. В радиологической службе отсутствует формализованный стандарт повторного рассмотрения спорных случаев и приоритетной записи на повторную съёмку.

8. В лабораторной службе ограничения на количество направлений не всегда учитывают срочность исследований.

9. При работе с обращениями граждан отсутствует единый регламент обработки с установленным контрольным сроком ответа и классификацией причин обращений.

Вывод: клинические процессы функционируют, однако требуют усиления дисциплины ведения электронных записей, выравнивания выполнения профилактических мероприятий, а также формализации регламентов маршрутизации и работы с обращениями граждан.

Рекомендации:

1) Ввести обязательное правило внесения медицинских записей в день оказания помощи; назначить ответственных за контроль полноты электронных данных, включая загрузку результатов из внешних организаций.

2) Утвердить ежемесячные план-факт отчёты по скрининговым мероприятиям с разбивкой по участкам и резервными днями для выполнения планов.

3) Проводить ежемесячные сверки данных по иммунизации между используемыми информационными системами с оформлением актов выявленных расхождений и сроками их устранения.

4) Для диспансерного наблюдения активных пациентов установить напоминания и чёткие графики визитов; фиксировать каждый контрольный осмотр.

5) Актуализировать карту маршрутизации к узким специалистам, закрепить порядок урегулирования отказов (ответственное лицо, срок обратной связи).

6) Утвердить порядок сортировки вызовов на дом (критерии выезда врача, направления мобильной бригады или записи на приём) с обязательной фиксацией принятого решения и его результата.

7) В радиологической службе внедрить стандарт повторного рассмотрения спорных случаев и выделить приоритетные слоты для повторной съёмки.

8) Для лабораторной службы определить перечень срочных исследований, не ограничиваемых лимитом направлений, и предусмотреть механизм перераспределения слотов.

9) Создать единый реестр обращений граждан с контрольным сроком ответа не более 48 часов и ежемесячным анализом причин обращений.

5. Регистратура и служба поддержки пациентов

Предмет проверки: организация записи на приём и обслуживания пациентов, информирование граждан, адресный вызов на профилактические мероприятия, фиксация переносов и отказов, обработка обращений.

Установлено:

1. Организация записи к врачам и приёма пациентов функционирует; графики работы и перечни оказываемых услуг размещены в доступных источниках.

2. Отсутствует формализованный порядок уведомления пациентов в случае задержки приёма, а также обязательная фиксация причины переноса либо отказа от приёма.

3. При вызове пациентов на скрининговые мероприятия отсутствует единая система учёта и напоминаний; работа ведётся без резервных дней для повторных приглашений.

4. В отдельных случаях (учтённых как индикаторы тенденций) имели место задержки в регистрации актов гражданского состояния, что требует организационного резерва на замещение ответственного сотрудника.

5. Реестр обращений граждан ведётся, но не имеет установленного контрольного срока ответа и системы регулярного анализа причин обращений.

Вывод: нарушений, связанных с сокрытием или искажением информации, не выявлено; в то же время существует потенциал повышения предсказуемости обслуживания и качества обратной связи с пациентами.

Рекомендации:

1) Утвердить норматив допустимого времени ожидания приёма и порядок уведомления пациентов при его превышении, с предложением переназначения времени.

2) Организовать систематический учёт причин переносов и отказов от приёма с ежемесячным анализом и разработкой мер по их сокращению.

3) Назначить резервного сотрудника для регистрации актов гражданского состояния, обеспечить ежедневную сверку и своевременное закрытие соответствующих событий.

4) Установить контрольный срок ответа на обращения граждан не более 48 часов, проводить ежемесячный анализ причин и вырабатывать меры по их устранению.

6. Отдел информационных технологий (персональные данные и информационная безопасность)

Предмет проверки: доступ к государственным информационным системам, защита персональных данных, контроль доступа к электронным записям, резервное копирование, реагирование на инциденты информационной безопасности.

Установлено:

1. Подключение к государственным информационным системам осуществляется стабильно; случаев утраты данных не выявлено.

2. Обновление программного обеспечения проводится в плановом порядке.

3. Учёт действий пользователей при доступе к персональным данным ведётся недостаточно полно.

4. Отсутствует единый регламент реагирования на инциденты в сфере информационной безопасности.

5. В отдельных случаях в рабочих переписках зафиксированы публикации персональных данных (идентификаторы, контактные номера телефонов), что нарушает принцип минимизации обработки данных.

Вывод: технических сбоев и нарушений целостности данных не установлено; требуется усиление организационных мер по защите персональных данных и формализация процедур реагирования на инциденты.

Рекомендации:

1) Утвердить регламент обеспечения информационной безопасности с чётким распределением ответственности и описанием порядка реагирования на инциденты.

2) Организовать систематический учёт действий пользователей при доступе к электронным медицинским записям и проводить ежемесячный анализ соответствующих журналов доступа.

3) Исключить размещение персональных данных в открытых рабочих чатах; использовать обезличенные идентификаторы и разрешённые каналы передачи данных.

4) Внедрить процедуру периодической смены паролей и подтверждения подлинности пользователей; допуск к работе предоставлять только после проверки готовности рабочих мест.

5) Проводить регулярные инструктажи сотрудников по правилам обращения с медицинскими и персональными данными, фиксировать результаты в протоколах.

7. Служба логистики и материально-технического обеспечения (учёт и оборот ТМЦ)

Предмет проверки: приёмка и хранение товарно-материальных ценностей (ТМЦ), учёт по сериям и срокам годности, проведение инвентаризаций, списание, ведение номенклатурного справочника, обеспечение прослеживаемости движения ТМЦ по цепочке «закупка — склад — использование».

Установлено:

1. Учёт ТМЦ ведётся в установленном порядке, условия хранения соответствуют требованиям.

2. В локальных нормативных актах отсутствует закреплённый принцип приоритетной выдачи ТМЦ по срокам годности (в первую очередь — партии с минимальным остаточным сроком).

3. Не установлен регламент проведения внеплановых инвентаризаций по позициям с повышенным риском.

4. Акты списания оформляются без единых контрольных перечней приложений (фотофиксация, заключение комиссии, обоснование причин списания).

5. Номенклатурный справочник содержит дубли и неконсолидированные единицы измерения, что затрудняет учёт.

6. Прослеживаемость ТМЦ по сериям обеспечивается не на всех этапах движения.

Вывод: нарушений, указывающих на злоупотребления, не выявлено; требуется усиление процедур серийного учёта, регламентации списания и нормирования остатков.

Рекомендации:

1) Закрепить в ЛНА принцип приоритетной выдачи ТМЦ по срокам годности; вести реестр партий с автоматизированными напоминаниями о приближении критических сроков.

2) Утвердить график инвентаризаций с проведением квартальных и внеплановых проверок по рисковым позициям; предусмотреть порядок устранения выявленных расхождений в установленные сроки.

3) Ввести обязательный перечень приложений к акту списания (фотофиксация, заключение комиссии, обоснование причин) и формировать квартальные отчёты по причинам списаний.

4) Регулярно актуализировать номенклатурный справочник: удалять дубли, унифицировать единицы измерения.

5) Обеспечить полную прослеживаемость ТМЦ по сериям на всех этапах — от закупки до конечного использования.

8. Административно-управленческий блок

Предмет проверки: ведение и актуализация локальных нормативных актов (ЛНА), порядок согласования управленческих документов, контроль исполнения решений руководства.

Установлено:

1. ЛНА действуют, однако имеют неоднородную структуру и не всегда актуализируются в установленные сроки.

2. Отсутствует централизованный реестр ЛНА, содержащий сведения о редакциях, сроках пересмотра и истории изменений.

3. Не во всех случаях применяется формализованная процедура согласования документов с юридической и антикоррупционной службами.

Вывод: требуется систематизация локальной нормативной базы, унификация структуры ЛНА и обеспечение регулярного пересмотра в соответствии с изменениями законодательства и внутренней политики организации.

Рекомендации:

1) Создать единый централизованный реестр ЛНА с указанием редакций, даты утверждения и сроков планового пересмотра.

2) Ввести обязательный лист согласования с подписями инициатора, юридической службы, антикоррупционной службы и руководителя; фиксировать дату вступления документа в силу.

3) Проводить ежегодную ревизию ЛНА с представлением отчёта руководству и планом корректирующих действий.

Специальный вопрос: правовая определённость оказания платных медицинских услуг

Суть вопроса: в Уставе Предприятия отсутствует прямое положение о праве оказывать платные медицинские услуги, при этом действует внутреннее Положение об их оказании. Сложившаяся в отрасли практика неоднородна, что создаёт различия в правоприменении.

Риски: правовая неопределённость при заключении договоров и проведении расчётов; возможность оспаривания отдельных сделок; недоиспользование имеющихся кадровых и материальных ресурсов.

Предлагаемые меры:

1. Подготовить правовое заключение с анализом действующего законодательства и сложившейся практики.

2. Направить официальный запрос в уполномоченный орган для получения письменного разъяснения.

3. Обеспечить отдельный бухгалтерский учёт, прозрачные правила информирования граждан и возврата средств.

IV. Заключение

По результатам проведённого внутреннего анализа коррупционных рисков установлено общее соответствие деятельности ключевым требованиям законодательства; системных коррупционных нарушений не выявлено. Вместе с тем определены направления, требующие организационного и нормативного совершенствования:

- 1) повышение обоснованности закупочных процедур;
- 2) упорядочение ЛНА и кадровых процессов;
- 3) укрепление дисциплины ведения медицинских записей;
- 4) обеспечение равномерности выполнения профилактических мероприятий;
- 5) формализация информирования граждан при задержках приёма;
- 6) усиление защиты персональных данных;
- 7) совершенствование серийного учёта и нормирования остатков ТМЦ;
- 8) правовая определённость в части оказания платных медицинских услуг.

Рекомендации по итогам анализа:

1. Утвердить план мероприятий по устранению выявленных несоответствий с указанием ответственных лиц и сроков исполнения; обеспечить ежеквартальное представление отчётности о ходе реализации.

2. Провести актуализацию ЛНА по указанным направлениям и обеспечить доступ всех сотрудников к действующим редакциям.

3. Вопрос по платным медицинским услугам урегулировать в соответствии с последовательностью действий, изложенной в специальном разделе, до достижения однозначной правовой позиции.

Руководитель рабочей группы-комплаенс-офицер

Заместитель директора по ЛПР

К. Рыстамбай

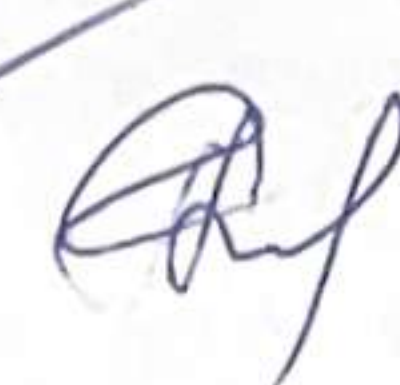
З. Айдарханова

Руководитель отдела УЧР

Главный бухгалтер

Специалист по государственным закупкам

Юрист



А. Джурабаева

К. Аскарова



А. Каленов



З. Идрисова