

Аналитическая справка

о результатах внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница №2»
при Управлении здравоохранения Акмолинской области

На основании пунктов 1, 5 статьи 8 Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции», приказа председателя Агентства Республики Казахстан по делам государственной службы и противодействию коррупции от 19.10.2016г. №12 «Об утверждении Типовых правил проведения внутреннего анализа коррупционных рисков», приказа Директора ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница №2» при Управлении здравоохранения Акмолинской области от 24.06.2023 г. №204, проведен внутренний анализ коррупционных рисков в деятельности ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница №2 при Управлении здравоохранения Акмолинской области» (далее – Больница, Предприятие).

Целью анализа являлось выявление и изучение причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений.

Период, охватываемый внутренним анализом коррупционных рисков: с 1 января 2022 года по 1 июня 2023 года. Период проведения анализа коррупционных рисков: с 1 по 30 июня 2023 года.

Внутренний анализ коррупционных рисков осуществлен по следующим направлениям:

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

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

Анализ проведен по следующим индикаторам возможных коррупционных рисков:

- наличие дискреционных полномочий и норм;
- оценка коррупционности норм/положений на предмет вероятности коррупционных проявлений при их применении;
- соответствие или противоречие норм/положений правилам юридической техники, возможные дефекты норм;
- изучение правовых актов и внутренних документов во взаимосвязи с другими актами и документами.

Выявлен 1 коррупционный риск с признаками коллизии положений правовых актов и документов, их реализующих.

В частности, в настоящее время активно идет работа по реализации Типового базового направления №4 «Предупреждение и противодействие коррупции» (ТБН-4). Несомненно, эта деятельность очень важна, благодаря ей антикоррупционный комплаенс начал развиваться.

3

Касательно внутренней нормативной базы, Предприятие осуществляет деятельность на основании лицензии на занятие медицинской деятельностью (неотлучаемая, класс I) №19007858 от 04.04.2019 г., выданной Управлением здравоохранения Акмолинской области.

В 2021 г., на основании Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», результатов внешней комплексной оценки и решения аккредитационной комиссии, Больница признана аккредитованной сроком на три года с присвоением второй категории. Предприятию выдано свидетельство об аккредитации (рег. №КЗ11VEG00011625 от 12.10.2021 г.), о соответствии деятельности стандартам в области здравоохранения.

В Предприятии имеется стратегический план Предприятия, ежегодный операционный план. Операционный план содержит мероприятия, необходимые для достижения стратегических направлений, целей и индикаторов, предусмотренных в стратегическом плане на текущий финансовый год и иных задач, и охватывает сферу деятельности Предприятия, включая деятельность структурных подразделений. Вместе с тем, при разработке планирующих документов на предстоящий период, рекомендовано учесть задачу «Антикоррупционный комплаенс».

Деятельность структурных подразделений Больницы осуществляется в соответствии с Положениями об отделах, должностными инструкциями сотрудников, стандартами операционных процедур и другими документами.

Внутренняя документация сосредоточена в паспортах структурных подразделений, которые имеются в каждом отделении. Положительным примером с точки зрения антикоррупционного комплаенса являются утвержденные формы оценки руководителя подразделения, листы оценки компетенций, листы оценки привилегий врачей.

По результатам анализа Положений, структурным подразделениям в рабочем порядке указаны методические рекомендации по недопущению предпосылок к возникновению коррупционных рисков. Следует отметить, что в 2022 году Положения о структурных подразделениях переработаны и приведены в соответствие с Правилами по разработке и утверждению положений о структурном подразделении государственного органа, утвержденными постановлением Правительства Республики Казахстан от 1 сентября 2021 года № 590. Коррупционные риски во внутренних документах Предприятия не выявлены.

В целом, результаты проведенного анализа нормативных актов, затрагивающих деятельность предприятия, свидетельствуют о наличии факторов правового характера, способствующие повышению эффективности и результативности работы в сфере противодействия коррупции.

Выявлен 1 (один) риск во внешних нормативных документах, рекомендации выработаны

2

Вместе с тем, имеются проблемные вопросы. Так, планом реализации ТБН-4, который направлен в медицинские организации, предусмотрена задача 3. Подтверждение соответствия стандарту ISO 37001 или СТ РК 3049. Формой реализации этого планового мероприятия определено получение организацией сертификата соответствия. То есть, исходя из буквального понимания, это обязательная норма.

Однако, законом «О противодействии коррупции» подобная обязанность не предусмотрена. Следует отметить, что 31 марта 2023 года состоялся форум «Развитие антикоррупционного комплаенса в Республике Казахстан», организованный Агентством по противодействию коррупции. На этом мероприятии руководством Агентства было дано пояснение, что сертификация по международному стандарту ISO 37001 или его казахстанскому аналогу СТ РК 3049 в нашей стране носит добровольно-рекомендательный характер. Признано, что в настоящее время положения стандарта не имплементированы в казахстанское законодательство, эту работу планируется проводить постепенно, с учетом специфики РК. Было отмечено, что сертификат необходим в основном для субъектов бизнеса, в качестве средства для повышения имиджа компаний, защиты и укрепления репутации торговой марки, привлечение инвесторов и т.д.

Следует также учесть немаловажное условие, что процесс сертификации является весьма затратным мероприятием. В частности, необходимо на возмездной основе провести такие этапы, как проведение предварительного аудита, выезда в организацию экспертов, анализ текущего состояния документации и предприятия, интервью и обучение сотрудников в рамках проекта, сопровождение сертификационного аудита. По имеющимся данным, только на подготовительный этап необходимо предусмотреть около 6 млн. тенге, на основной этап сертификации расходы возрастают до 20 млн. тенге. Очевидно, что для медицинских организаций Акмолинской области, испытывающих серьезные проблемы с финансированием, без выделения дополнительных средств подобные суммы будут не только обременительными, но и невозможными в настоящее время.

На основании изложенного, имеются основания полагать, что для медицинских организаций, являющихся социальными, а не коммерческими структурами, обязательное внедрение сертификации по стандартам ISO 37001 или СТ РК 3049 на данный момент является преждевременным.

Риск характеризуется как не реализованный, но потенциально возможный.

Рекомендации внести предложение в управление здравоохранения Акмолинской области о корректировке плана мероприятий по реализации ТБН-4, исключив вышеуказанную задачу 3, либо

- а) сформулировать мероприятие как рекомендательное (бонусное);
- б) изменить редакцию пункта на «проведение обучения в организациях в соответствии со стандартом ISO 37001 или СТ РК 3049, с выдачей сертификата об обучении на организацию и комплаенс-офицера».

4

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

Анализ проведен по следующим разделам:
организация антикоррупционной деятельности;
организационно-управленческая деятельность и процессы оказания медицинской помощи;
управление персоналом;
финансово-хозяйственная деятельность.

Организация антикоррупционной деятельности
Внутренний анализ коррупционных рисков данного направления проведен по следующим индикаторам возможных коррупционных рисков

- наличие антикоррупционного комплаенса;
- наличие внутренних документов Предприятия, регламентирующих антикоррупционный комплаенс в целях формирования антикоррупционных стандартов, внедрения мер антикоррупционных ограничений;
- проведение антикоррупционного мониторинга, в том числе факты несоблюдения антикоррупционных ограничений работниками Предприятия, наличие способов и каналов сообщения информации о фактах коррупции;
- меры по формированию антикоррупционной культуры;
- обучение персонала по линии антикоррупционного комплаенса;
- меры по урегулированию конфликта интересов.

В результате анализа установлено, что в Предприятии создана система антикоррупционного комплаенса. Выделена функциональная единица комплаенс-офицера. Определены компетенция, организация и порядок деятельности комплаенс-офицера, регламентированы требуемые условия его объективности при выполнении возложенных задач и функций. Комплаенс-офицер прошел обучение в специализированном учебном центре, с выдачей сертификата установленного образца «Антикоррупционный менеджмент и комплаенс в соответствии с международным стандартом ISO 37001».

Разработана необходимая нормативная база Предприятия в области антикоррупционного комплаенса. Разработаны и утверждены приказом Антикоррупционный стандарт, Положение об антикоррупционной комплаенс-службе Предприятия, Антикоррупционная политика, Инструкция о противодействии коррупции, Политика управления конфликтом интересов, Корпоративный кодекс этики и поведения работников Больницы, Политика инициативного информирования. Утвержден план мероприятий по противодействию коррупции.

В Больнице организован антикоррупционный мониторинг, проводится анализ информации, касающейся эффективности антикоррупционной политики. В качестве источника используется правовая статистика, обращения физических и юридических лиц, сведения неправительственных и международных организаций, данные социологов и публикаций в СМИ.

Для укрепления антикоррупционного контроля обеспечена система видеонаблюдения, опубликованы видеоматериалы и слайды о коррупции, размещены наглядные материалы, трансляции тематических роликов.

На официальном сайте Предприятия создан раздел «Противодействие коррупции». Опубликованы нормативные правовые акты, затрагивающие деятельность Предприятия по противодействию коррупции, размещена информация об инфраструктуре и каналах связи по вопросам противодействия коррупции, в том числе об организации «Горячей линии». На регулярной основе публикуется информация о мероприятиях обучающего, разъяснительного и профилактического характера, проводимых в Больнице в рамках антикоррупционной работы.

Организован анализ и мониторинг внешних регуляторных требований и международной практики по вопросам комплаенса, противодействия коррупции и управления рисками, в целях определения последствий для Предприятия в случае изменения регуляторных требований. Налажено консультирование работников и дача рекомендаций на предмет соблюдения законодательства, условий и процедур в Предприятии по вопросам противодействия коррупции.

Формирование антикоррупционной культуры в Предприятии осуществляется посредством комплекса мер образовательного, информационного и организационного характера. Организован непрерывный процесс воспитания и обучения, осуществляемый в целях формирования активной гражданской позиции неприятия коррупции личностью.

Организованы и проводятся обучающие мероприятия. В том числе, семинарские занятия с персоналом предприятия на темы: «Новеллы антикоррупционного законодательства», «Мониторинг и предупреждение коррупционных рисков в организации здравоохранения», «Развитие антикоррупционного комплаенса в организациях здравоохранения» и другие. В рамках семинара на тему «Внедрение комплаенс-культуры как эффективный метод минимизации коррупционных рисков», доведены требования Антикоррупционного стандарта, антикоррупционных политик. Обсуждены вопросы «горячей линии», мероприятий по предупреждению коррупции.

Принято участие в Форуме «Развитие антикоррупционного комплаенса в Республике Казахстан», организованного Агентством РК по противодействию коррупции, а также в Форуме по развитию и продвижению института антикоррупционного комплаенса в Акмолинской области.

Совместно с Департаментом Агентства РК по противодействию коррупции по г. Нур-Султан организован и проведен семинар на тему «Основы противодействия коррупции в организациях здравоохранения». Сформирован пул спикеров из числа сотрудников Антикоррупционного агентства, представителей столичного масхабата, проекта «Asiana-Adaldyq alany», РОО «Әдалік жолы». Доведены вопросы антикоррупционного поведения медицинского персонала, формирования у работников и должностных лиц устойчивой корпоративной культуры, отрицающей коррупцию. Обсуждены аспекты профилактики и предотвращения случаев коррупционного поведения.

организация деятельности Предприятия, деятельность по оказанию медицинских услуг,

сильные и слабые стороны, возможности и угрозы в основных процессах Предприятия;

наличие системы управления рисками;
деятельность по оказанию государственных услуг;
обращения граждан, мониторинг СМИ;
результаты внешних проверок;

участие в реализации разрешительных и контрольных функций.

Организация деятельности Предприятия. Деятельность по оказанию медицинских услуг.

Миссией Больницы определено оказание населению специализированной и высокоспециализированной, доступной медицинской помощи на основе стандартных и инновационных технологий.

Больница курирует семь районов Акмолинской области: Астраханский, Аршалдинский, Егіндікөлский, Ерейментуский, Коргалжинский, Целиноградский, Шортандинский. Общая численность населения курируемых районов составляет более 192 тысяч человек. Расстояние до районных центров варьируется от 37 до 179 км, время движения автомобильным транспортом – от 40 мин до 4 часов.

Стационарная мощность Больницы составляет 181 койку, с возможностями развертывания при ресурсном обеспечении. Оснащение медицинским оборудованием в 2021 г. составило 94,55%, в 2022 г. – 94,8%. В том числе по родовспоможению в 2021 г. ПИТН – 81,36%, акушерство – 78,75%; в 2022 г. ПИТН – 86,44%, акушерство – 83,75%. За 5 месяцев 2023 г. мероприятий по оснащению не проводилось.

Несмотря на достигнутые положительные результаты по улучшению оснащенности, в Больнице имеется дополнительная потребность в оборудовании, в том числе: операционные столы – 1 ед., современная лапароскопическая стойка 4К-1 ед., кардиомониторы для Центра ЧКВ – 11 ед., УЗИ аппарат передвижной с кардиодатчиком, аппараты ИВЛ для новорожденных – 3, ИСРАР (аппаратура респираторной поддержки) – 2, куветы (приспособление с автоматической подачей кислорода для новорожденных) – 3, реанимационные столы – 4.

Бюджет предприятия на 2022 год составляет 2,9 млрд тенге. По сравнению с 2021 г. бюджет увеличен на 8,83%, из них в рамках ГОБМП на 24,4% и в системе ОСМС на 6,51% (за счет повышения тарифа, выделения дополнительных средств на повышение заработной платы).

Количество пролеченных больных за 5 мес. 2023 г. составляет 4033 чел. (2022 г. – 9059, 2021 г. – 9182). Из них по экстренным показаниям за 5 мес. 2023 г. – 2563 чел. или 63,5% (2022 г. – 5600 чел., 62,2%. 2021 г. – 6437 чел., 70,6%). По плановым показаниям 5 мес. 2023 г. – 1470 чел., 36,4% (2022 г. – 3401 чел., 37,8%, 2021 г. – 2677 чел., 29,4%).

В июне 2023 года сотрудники Многопрофильной областной больницы №2 успешно закончили программу обучения по курсу «Антикоррупционный менеджмент и комплаенс в соответствии с международным стандартом ISO 37001». Обучающие мероприятия проведены экспертами уполномоченного учебного центра. По результатам учебного курса Многопрофильной областной больницы №2, а также комплаенс-офицеру выданы удостоверяющие сертификаты о прохождении обучения в соответствии с международным стандартом ISO 37001.

Принимается участие в реализации типового базового направления №4 «Предупреждение и противодействие коррупции» Правил осуществления проектного управления, утвержденных постановлением Правительства от 31 мая 2021 года № 358.

Организован внутренний анализ коррупционных рисков. В июне 2023 г., согласно плану, утвержден приказ о проведении внутреннего анализа коррупционных рисков, сформирована рабочая группа, с анонсированием на официальных ресурсах Предприятия о проведении анализа и публичного обсуждения его результатов.

В актуальном режиме проводится публикация, в том числе в социальных сетях Больницы, материалов, направленных на профилактику коррупционных правонарушений. Осуществляется информационно-разъяснительная работа среди медицинских работников по вопросам противодействия коррупции, результаты которой освещены в корпоративных социальных сетях и на официальном сайте Больницы.

Установлено, что в Больнице созданы каналы коммуникации, в том числе для информирования о фактах коррупции. Номер телефона доверия, электронная почта и другие способы связи с комплаенс-офисом доведены до работников и опубликованы для сведения всех заинтересованных физических и юридических лиц. Установлен «ящик доверия» в административном корпусе Предприятия. Ящики для регистрации обращений граждан имеются во всех структурных подразделениях больницы. К процессу коммуникации подключены руководство и должностные лица Больницы.

В ходе антикоррупционного мониторинга и внутреннего анализа коррупционных рисков, факты несоблюдения антикоррупционных ограничений работниками Предприятия не выявлены.

Коррупционные риски по линии организации антикоррупционной деятельности отсутствуют. Рекомендуется на постоянной и системной основе проводить обучение и разъяснительно-профилактическую работу по вопросам противодействия коррупции.

Анализ организационно-управленческой деятельности и процесса оказания медицинской помощи

Внутренний анализ коррупционных рисков по данному направлению проведен по следующим индикаторам возможных коррупционных рисков:

Отмечается увеличение количества пролеченных больных по регионам – 2975 сл. (2022 г. – 1321 случай, 2021г. – 1394). Динамика пролеченных больных формировалась в основном по акушерскому, гинекологическому, хирургическому отделениям, центру ЧКВ, консультному центру, из Аршалдинского, Астраханского, Ерейментуского и Шортандинского районов.

Целевые показатели Меморандума Больницы с руководителем Управления здравоохранения Акмолинской области. Исполнение исполняются. Количество проблемных показателей снижено, в том числе - доля проведения системного тромболитизиса, снижение процента экстренной госпитализации, снижение послеоперационной летальности, увеличение процента вскрытия.

В ходе внутреннего анализа коррупционных рисков проведены интервью и инструктажи медицинских работников. По их результатам прямых коррупционных угроз не выявлено, обсуждены вопросы по повышению антикоррупционной культуры Больницы, проведены инструктажи. Вместе с тем, рекомендовано усилить контроль за эксплуатацией диагностического оборудования, в целях предотвращения возможных коррупционных проявлений.

Оказываются высокотехнологические медицинские услуги. Всего за 5 мес. 2023 г. осуществлено 16 подобных услуг (2022 г. – 54, 2021 г. – 58). В том числе в разрезе по специализациям:

Урология. Уретеростомостомия по модифицированному методу Политано-Летбеттера с дополнительным антирефлюксным механизмом по Блохину: за 5 мес. 2023 г. – 1 (2022 г. – 7, 2021 г. – 8).

Нейрохирургия. Эндоскопическая эмболизация или окклюзия сосудов головы и шеи: за 5 мес. 2023 г. – 4 (2022 г. – 7, 2021 г. – 8). Чрескожная имплантация стентов во внутрисердечные артерии: за 5 мес. 2023 г. – 1 (2022 г. – 3, 2021 г. – нет).

Сосудистая хирургия. Эндартериектомиа других артерий головы и шеи: за 5 мес. 2023 г. – 3 (аналогичные периоды 2022 г. – 2, 2021 г. – 3).

Центр ЧКВ. Имплантация автоматического кардиовертера/дефибрилятора: за 5 мес. 2023 г. – 7 (аналогичные периоды 2022 г. – 6, 2021 г. – 8).

Нагрузка на дорогостоящее высокотехнологичное оборудование имеется, эксплуатация оправдана. К примеру, в центре ЧКВ в декабре 2018 г. установлен ангиограф Optima IGS 330 (производитель General Electric). С 2019 г. проводятся операции пациентам центра ЧКВ, отделений урологии, сосудистой хирургии и консультного центра. На ангиографе в год в среднем проводится 1000 операций, в т.ч. в экстренном порядке пациентам с острым инфарктом миокарда и с острым нарушением мозгового кровообращения. Ангиограф обслуживает курируемые районы Акмолинской области в режиме 24/7, 365 дней в году.

Плновые замыслы Предприятия на 2023 год включают: исполнение индикаторов Дорожной карты и Меморандума с УЗАО, внедрение в клиническую практику новых технологий по интервенционной кардиологии, аритмологии, нейрохирургии, общей и сосудистой хирургии, урологии, травматологии.

недопущение кредиторской задолженности; проведение работы по развитию медицинской реабилитации, внедрение автоматизированной системы контроля рабочего времени, дальнейшее развитие антикоррупционной compliance-службы, организация скрининга колоректального рака на базе Больницы. Таким образом, медицинская деятельность Предприятия в целом учитывает наличие потенциальных коррупционных рисков, организационные усилия направлены на их недопущение.

Анализ сильных и слабых сторон, возможностей и угроз в основных процессах Предприятия

В ходе внутреннего анализа коррупционных рисков выделены сильные и слабые стороны, возможности и угрозы в деятельности Предприятия.

Сильные стороны:
предоставление своевременных и качественных медицинских услуг, оперативное предоставление результатов диагностики;
достаточно широкий перечень предоставляемой медицинской помощи;
мультидисциплинарный подход при оказании медицинской помощи.

Слабые стороны:
низкий спрос на платные консультационные услуги,
бюрократические издержки в производстве,
высокая текучесть медицинских кадров, сопряженная с проблемой степени сохранения медицинских знаний (уровень выживаемости знаний),
недостаточный уровень заработной платы медработников,
недостаточный уровень внедрения новых IT-технологий.

Возможности:
развитие системы маркетинга по услугам,
привлечение плановых пациентов из других регионов и стран,
развитие системы compliance.

Угрозы (риски)
высокая конкурентная среда в связи с открытием инновационных медицинских организаций.

усиление коррупционных рисков,
появление новых конкурентов из числа частных клиник;
недостаточное материально-техническое оснащение процесса

Наличие системы управления рисками

В Больнице налажена система управления рисками. Утвержден приказ №34-о/д от 5 января 2021 года «Об утверждении документации по управлению рисками и назначении ответственного лица». Разработана документация, утвержденная вышеказанным приказом: Положение по управлению рисками; План по управлению рисками; Форма «Регистр рисков Больницы»; Форма «Оценка подоготовленности к рискам в разрезе структурных подразделений»; Форма «Меры по управлению ключевыми рисками в разрезе структурных подразделений».

Так, Положение по управлению рисками имеет цели – профилактика и недопущение рисков, а также обеспечение безопасности пациентов, сотрудников и посетителей больницы, контроль за неблагоприятными событиями. В систему управления рисками вовлечены руководство и все работники МОБ №2, а также пациенты, члены их семьи, посетители. В Положении представлены классификатор рисков по сфере возникновения, схема процесса управления рисками в медицинской организации, бланк «Отчет об инциденте».

Приказом №34-о/д определен План по управлению рисками, определяющий мероприятия по видам рисков, имеется Регистр рисков больницы, включающий категории рисков, цели, наименования рисков, факторы риска (причины), последствия от реализации рисков, участников риска, предупредительные мероприятия, вероятность наступления риска, степень и время его влияния, балл значимости, а также область карты риска (последние четыре параметра определяются согласно утвержденной СОП «Программа по управлению рисками»). Всего в Регистре отмечено 77 различных рисков. Общий регистр рисков включает в себя перечень рисков по всем отделениям, тогда как также имеются локальные регистры, разработанные специфически, для каждого отделения МОБ №2. На основании регистра разработана Оценка подготовленности к рискам – по каждому отделению, оценка включает в себя: определение вида чрезвычайного события/инцидента/медицинской ошибки, вероятность, степень и время влияния риска, балл значимости, а также документы по управлению рисками, специфичные для определенного вида риска. Помимо Регистра и Оценки, по отделениям созданы Меры по управлению ключевыми рисками, которые включают в себя категорию риска, цель, наименование, фактор риска (причины), последствия от реализации риска и участников риска, а также предупредительные мероприятия, направленные на профилактику возможных рисков.

Вышеуказанная документация необходима с целью обеспечения основных процессов по управлению рисками – установить риск, оценить вероятность его наступления и степень тяжести, снизить или устранить риск.

Актуальным процессом, идентифицирующим риск, становится заполнение сотрудниками отделений Отчетов об инцидентах, на основании которых делаются выводы и определяются пути решения. За 5 мес. 2023 г. зарегистрировано 2 карты по инцидентам (2022 г. – 14, 2021 г. – 15).

Инциденты регистрируются в «Журнале регистрации инцидентов СПП ВК (аудита). Берутся пояснительные записки, проводятся беседы с заведующим отделениями, старшими медицинскими сестрами, и каждым медицинским работником, допустившим инцидент. Инциденты разбираются на уровне отделений, а также анализируются Службой поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита).

Анализ деятельности по оказанию государственных услуг
Предприятие оказывает следующие виды государственных услуг:
1. Выдача листа о временной нетрудоспособности: за 5 мес. 2023 г. – 928 (2022 г. – 2043, 2021 г. – 2249);

2. Выдача справки о временной нетрудоспособности: за 5 мес. 2023 г. – 7 (2022 г. – 63, 2021 г. – 40);

3. Выдача выписки из медицинской карты стационарного больного: за 5 мес. 2023 г. – 4614 (2022 г. – 10733, 2021 г. – 11222).

Порядок оказания государственных услуг определен приказом № 220 от 05.05.2021 г. Ответственные лица по оказанию стандартов и внутреннему контролю качества государственных услуг, назначены.

В целях доступности государственных услуг, информация о порядке оказания государственных услуг и нормативные правовые акты размещены на официальном сайте. Необходимая информация для услугополучателей также размещена на стенде организации, в социальных сетях (Инстаграм). Имеются информационные указатели в регистрах, координаты Единого контактного центра по вопросам госуслуг «1414».

Проводятся мероприятия, направленные на обеспечение прозрачности процесса оказания государственных услуг (семинары, встречи, интервью и иные). Проведено семинарское занятие с сотрудниками больницы по вопросам качества оказания государственных услуг, опубликованы информации в газете «Вестник Акмола», прямом эфире с ответственным специалистом по оказанию госуслуг. Сотрудники, ответственные за оказание государственных услуг, проходят специализированные курсы повышения квалификации. Обучено на курсах 2 сотрудника, на уровне организации обучено 35 человек.

В целях повышения удовлетворенности услугополучателей качеством оказания государственных услуг, запланированы следующие мероприятия:
проведение и участие в совещаниях о принимаемых мерах по повышению качества оказания госуслуг;

ежедневный мониторинг по своевременному оказанию госуслуг;
повышение квалификации сотрудников в сфере госуслуг;
создание условий для лиц с ограниченными возможностями при получении ими госуслуг (ландусы, кнопки вызова, поручни);
обеспечение своевременного рассмотрения жалоб услугополучателей, принятие исчерпывающих мер по устранению их причин и условий;
обеспечение информированности населения о возможностях и усилению мотивации к получению госуслуг через портал «электронного правительства» посредством социальных сетей, периодических изданий.

За анализируемый период жалоб на предоставление государственных услуг, а также информации о нарушениях в данном процессе не поступало.

Коррупционных рисков в процедурах оказания государственных услуг не выявлено. Предприятию рекомендуется обеспечивать постоянный контроль за повышением удовлетворенности граждан качеством предоставления государственных услуг.

Анализ обращений граждан, мониторинга СМИ
Проведен анализ анкетирования населения по удовлетворенности качеством медицинской помощи. Удовлетворенность качеством оказываемой

медицинской помощи составила: за 1 квартал 2023 года – 88,7% (2022 г. 99,81%, 2021 г. – 99,77%).

Коррупционных рисков по линии обращений граждан не выявлено. Вместе с тем, рекомендуется

заведующим структурными подразделениями обеспечить постоянный контроль за обращениями граждан, принимать меры реагирования, рекомендовать обязательное внесение ФИО, ИИН и контактных данных на платформу MedElement и на сайт МОБ №2 при регистрации обращений, с целью идентификации случаев, своевременного и полноценного ответа на обращения и принятия необходимых мер.

старшим медицинским сестрам отделений контролировать внесение необходимой информации в Журналы отзывов и предложений, врачам-консультантам своевременно информировать обо всех изменениях в организации медицинской помощи амбулаторным пациентам.

Участие в реализации разрешительных и контрольных функций.
Предприятие в реализации разрешительных и контрольных функций не участвует.

По результатам внутреннего анализа процессов организации деятельности и медицинской помощи выявлено 3 коррупционных риска, которые характеризуются как не наступившие, но потенциально угрожающие деятельности Предприятия:

1. **Риск нарушений при реализации организационно-распорядительных или административно-хозяйственных функций.**

Признаки: возможность использования служебных полномочий в личных целях, передача и получение подарков, услуг и т.п., единоличное принятие решений, содержащих условия предоставления медицинских услуг.

Рекомендации по недопущению и минимизации риска:

1) согласование проектов вносимых для принятия решений с заинтересованными руководителями;

2) создание рабочих групп, комиссий и т.п. для коллегиального рассмотрения вопросов в целях принятия руководителем объективного и правомерного решения;

3) повышение личной ответственности путем подписания обязательств о соблюдении антикоррупционных политик и инструкций, заявления об отсутствии конфликта интересов;

4) разъяснение работникам обязанности сообщать о склонении его к совершению коррупционного правонарушения, ответственности за совершение коррупционного правонарушения.

5) обеспечение покрытия основных помещений, связанных со служебными процессами, системой видеонаблюдения.

2. **Риск нарушений в процессах организации медицинской помощи населению.**

Признаки: возможность получения вознаграждения за оказание медицинских услуг в нарушение установленных порядка и правил, нарушения стандартов и правил оказания медицинской помощи.

Рекомендации по недопущению и минимизации риска:

1) принять распорядительные меры по усилению контроля за соблюдением порядка и правил оказания медицинской помощи, назначения лабораторных и инструментальных исследований, маршрутизации потоков пациентов;

2) обеспечение покрытия основных помещений, связанных со служебными процессами, системой видеонаблюдения;

3) внедрение технических средств учета рабочего времени;

4) разъяснение работникам обязанности сообщить о склонении его к совершению коррупционного правонарушения, ответственности за совершение коррупционного правонарушения;

5) повышение личной ответственности путем подписания обязательств о соблюдении антикоррупционных политик и инструкций.

3. Риск нарушений при обращении лекарственных средств, медицинских изделий.

Признаки возможности нарушений коррупционного характера при обращении лекарственных средств, изделий медицинского назначения, неправомерное продвижение лекарственных средств и медицинских изделий.

Рекомендации по недопущению и минимизации риска:

1) принятие организационных и распорядительных мер по усилению контроля за использованием лекарственных средств и изделий медицинского назначения, выявлению дефектов в организации лечебно-диагностического процесса;

2) обеспечение покрытия основных помещений, связанных со служебными процессами, системой видеонаблюдения;

3) разъяснение работникам обязанности сообщить о склонении его к совершению коррупционного правонарушения, ответственности за совершение коррупционного правонарушения;

4) повышение личной ответственности путем подписания обязательства о соблюдении антикоррупционных политик и инструкций, заявления об отсутствии конфликта интересов.

Кроме того с тем, для детализации потенциальных рисков в медицинской деятельности, сформирован перечень угроз коррупционных рисков в процессах оказания медицинской помощи, за которые законодательно предусмотрена ответственность:

1. Предоставление на платной основе медицинской помощи, оказываемой в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования.

2. Получение вознаграждения за оказание медицинских услуг в нарушение установленных порядка и правил.

3. Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником.

4. Нарушения стандартов и правил оказания медицинской помощи.

5. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности.

6. Неоказание медицинской помощи.

7. Разглашение тайны медицинского работника.

8. Незаконная медицинская и фармацевтическая деятельность, незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ.

9. Обращение с фальсифицированными лекарственными средствами или медицинскими изделиями.

10. Нарушение медицинским работником правил выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности.

11. Нарушение медицинским работником правил реализации лекарственных средств и требований по выписыванию рецептов.

12. Нарушение порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации.

13. Привлечение медицинских работников к видам работ, не связанных с их профессиональными обязанностями, за исключением случаев, предусмотренных законами Республики Казахстан;

14. Истребование от медицинских работников отчетности либо информации, не предусмотренной законодательством;

15. Возложение на медицинских работников обязанности по приобретению товаров (работ) и услуг, не предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

16. Проявление неуважения к медицинским работникам при исполнении ими своих должностных обязанностей, в том числе с использованием средств массовой информации или сетей телекоммуникаций, непристойном поведении, оскорбительном приставании.

17. Участие медицинских работников, уполномоченных назначать лекарственные средства, в рекламе лекарственных средств, реализации лекарственных средств медицинскими работниками на рабочем месте, за исключением случаев, предусмотренных законодательством, а также направление в определенные аптечные или иные виды организаций и другие формы сотрудничества с ними в целях получения вознаграждения.

18. Продвижение лекарственных средств и медицинских изделий с участием представителей производителей лекарственных средств и медицинских изделий и (или) дистрибьюторов, за исключением проведения ежедневных врачебных конференций, научно-практических конференций и (или) специализированных семинаров.

19. Необоснованное лоббирование приобретенной медицинской техники, аппаратуры, изделий, лекарственных средств и других товарно-материальных

ценностей и услуг, при отсутствии востребованности медицинской организации в указанных материальных ценностях или оправданной клинической нагрузкой.

20. Нарушение правил регистрации и перерегистрации, производства, изготовления и контроля качества, испытаний (исследования), ввоза, закупки, транспортировки, хранения, маркировки, реализации, в том числе превышение установленных предельных цен на лекарственные средства, а также применения (использования), обеспечения, уничтожения, рекламы лекарственных средств, медицинских изделий.

Информации о наступивших коррупционных рисках из вышеуказанного перечня угроз не получено.

В целом, анализ показал, что организация деятельности и медицинская деятельность Предприятия в целом учитывает наличие потенциальных коррупционных рисков, организационные усилия направлены на их недопущение.

Выявлено 3 (три) риска в процессах организационно-распорядительной и медицинской деятельности, которые характеризуются как не наступившие, рекомендации выработаны.

Управление персоналом

Проблемы коррупции в сфере кадровой работы основаны на корыстных интересах взаимодействующих между собой субъектов – одного, обладающего правом назначения на должность (и других прав: снятие/объявление взыскания, присвоение звания и т.д.) и второго, заинтересованного в получении этой должности.

При этом, возникает опасность критического падения уровня профессионализма, как управленческого звена, так и основного персонала, деформации наиболее значимых профессиональных и социальных (психологических, моральных, культурных) характеристик кадрового потенциала организации. Также это влечет возрастание социального напряжения в коллективах, влекущее за собой падение имиджа медицины.

Внутренний анализ коррупционных рисков по кадровому направлению проведен по следующим индикаторам возможных коррупционных рисков:

урегулированность вопросов отбора и назначения на должности,

размещение информации о проведении конкурсного отбора,

наличие механизмов формирования и защиты вопросов для проведения собеседования и тестирования,

наличие мер по урегулированию конфликта интересов,

наличие дисциплинарных взысканий и поощрений работников.

Проведенный анализ внутренних рисков в организационно-кадровой деятельности показал, что управление персоналом в Предприятии учитывает выделенные коррупционные риски и осуществляется в соответствии с действующим трудовым законодательством РК, Законом РК «О противодействии коррупции», а также иными нормативными актами.

Штатная численность предприятия составляет 421,75 единиц (ставок), из них: врачи – 96,75 + 1 провизор, СМР – 156,5 +2, ММП – 110,75; прочий персонал – 54,75. Всего работающих медицинских сотрудников: врачи – 60 (из них 13 – молодые специалисты), средних медработников – 125 (из них 17 – молодые специалисты), провизор – 1, фармацевт – 1. Коэффициент совместительства 1,5. Укомплектованность врачами составляет 95%, средними медработниками – 97%.

Количество врачей, имеющих квалификационную категорию – 46, в том числе: высшую – 29, первую – 8, вторую – 9. Средних медработников, имеющих категорию – 69, из них: высшая – 48, первая – 10, вторая – 11.

Переподготовку и повышение квалификации в медицинских вузах, научных центрах, медицинских колледжах прошли в 2022 г. врачи – 40 чел., СМР – 61 чел.; за первое полугодие 2023 г. врачи – 5 чел., СМР – 19 чел.

Вопросы порядка отбора и назначения на вакантные должности в Предприятии регулируются Положением о Конкурсной комиссии по отбору кандидатов на вакантные должности, утвержденным приказом Директора Больницы от 5 января 2022 г. № 18-о/д.

Работник, желавший самостоятельно выдвинуть свою кандидатуру на замещение вакантной позиции, отправляет свое резюме в установленные сроки по электронной почтовой системе в Службу управления человеческими ресурсами Больницы. Продолжительность внутреннего поиска кандидатов указывается в объявлении и составляет не менее 5 рабочих дней.

Внешний поиск кандидатов начинается в случае, если внутренний поиск не дал положительных результатов, либо желаемым критериям поиска в Заявке был указан внешний поиск. Внешний поиск осуществляется посредством работы с базой данных резюме кадрового подразделения, с рекрутинговыми агентствами, с ресурсами сети интернет.

Порядок подбора и отбора кандидатов включает в себя первичный отбор резюме, собеседование, проверка рекомендаций. Координирует данную работу Служба управления человеческими ресурсами. В ходе аналитических мероприятий установлено, что не обозначены, либо отсутствуют механизмы формирования и защиты вопросов для проведения собеседования кандидатов.

В Предприятии предусмотрены вводный инструктаж, адаптация работника, задача которых состоит в том, чтобы в минимальные сроки обеспечить начало самостоятельного исполнения обязанностей работником, помочь ему успешно влиться в новую для него организацию, уменьшить дискомфорт в первые дни работы и обеспечить знание и соблюдение новым сотрудником внутренних правил и процедур, норм корпоративного поведения.

Ответственность за процесс адаптации определены за руководителями структурных подразделений. Вместе с тем, для совершенствования данной работы, в необходимых случаях используется институт наставничества из числа опытных медицинских работников, которые обеспечивают контроль за сроками и качеством выполнения новым медицинским работником плана адаптации, оказывали ему практическую и методическую помощь.

Для рассмотрения вопросов дисциплинарной практики, создана дисциплинарная комиссия, образована согласительная комиссия по индивидуальным трудовым спорам.

Наличие дисциплинарных взысканий и поощрений работников. За 2022 – первое полугодие 2023 гг. 33 чел были поощрены, в том числе Благодарностью Президента РК, юбилейными медалями, наградами знаками, Почетными грамотами и Благодарностями МЗ РК, УЗАО, и МОБ №2, благодарственными письмами Алматынского района.

В 2022 году было вынесено 9 дисциплинарных взысканий медицинским работникам Предприятия (в первом полугодии 2023 г. – 6). По истечении 6-месячного срока 7 взысканий автоматически сняты. Досрочно сняты 2 дисциплинарных взыскания, по обоснованному ходатайству руководителей структурных подразделений. Минимальный срок досрочного снятия дисциплинарного взыскания 3 месяца со дня издания приказа работодателя о наложении взыскания. Рабочей группой не установлены факты поощрения сотрудников Бельяшиным при наличии не снятых дисциплинарных взысканий.

При изучении деятельности предприятия проводился анализ на наличие конфликта интересов. Факты совместной работы близких родственников, супругов и свойственников на руководящих должностях не выявлены. Аффiliationности принятых работников с руководящим составом не установлено. В процессе изучения личных дел сотрудников факты конфликта интересов не установлены.

По результатам внутреннего анализа коррупционных рисков выявлен 1 (один) коррупционный риск, который характеризуется как не наступивший, но потенциально угрожающий деятельности Предприятия.

1. Риск нарушений при работе с персоналом.

Признаки: возможность предоставления не предусмотренных законом преимуществ (протекционизм, семейственность) для принятия решений о трудоустройстве в Предприятие, избирательное предоставление служебных и кадровых условий.

Рекомендации по недопущению и минимизации риска: коллегиальное принятие решений об отборе кадров, прозрачная процедура подбора кадров на вакантные должности, свободное участие в ней всех желающих кандидатов; конкурсный отбор кадров;

комиссионное утверждение и периодическая актуализация перечня вопросов для проведения собеседования кандидатов на трудоустройство, обеспечение его сохранности от несанкционированного распространения.

при трудоустройстве работников отбирать согласие кандидата на обработку персональных данных и антикоррупционные обязательства.

Также разработан перечень должностей, подверженных коррупционным рискам (приложение 1).

В целом, в сфере управления человеческими ресурсами Предприятия процессы недопущения коррупционных рисков организованы.

Государственные закупки.

Организация и проведение государственных закупок осуществляется в соответствии с ЗРК «О государственных закупках» и Правилами осуществления государственных закупок, утвержденными Приказом Министра финансов Республики Казахстан, постановлением Правительства 4 июня 2021 года № 375 «Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

Проводится всеобщий среди сотрудников отдела государственных закупок и среди сотрудников МОБ№2, задействованных в госзакупках. Все сотрудники отдела государственных закупок прошли соответствующее повышение квалификации в учебном центре.

Фактов аффiliationности должностных лиц при процедуре государственных закупок не выявлено. Информации о фактах коррупционных правонарушений в сфере государственных закупок не получено. Работа направлена на упрощение и прозрачность государственных закупок, позволяющее минимизировать коррупционные риски.

Государственный аудит финансово-экономической деятельности Предприятия проводился в июле 2022 г. Ревизионной комиссией по Алматынской области, грубых нарушений не выявлено, недостатки приняты к устранению, рекомендации реализуются.

Выделены должностные полномочия, содержащие коррупционные риски (приложение 1). С работниками, занимающими соответствующие должности, будет организована профилактическая, обучающая и разъяснительная работа по недопущению возникновения коррупционных рисков.

По результатам внутреннего анализа коррупционных рисков в сфере финансово-экономической деятельности выявлено 6 (шесть) коррупционных рисков, которые характеризуются как не наступившие, но потенциально угрожающие деятельности Предприятия.

1. Риск при осуществлении государственных закупок.

Признаки: предоставление определенной самостоятельности при оформлении процедур закупок товаров, работ и услуг.

Рекомендации по недопущению и минимизации риска:

- 1) усиление контроля за закупками, исключение несанкционированных контактов подразделений с потенциальными поставщиками;
- 2) обеспечение публичности и открытости при осуществлении закупок товаров, работ и услуг;
- 3) предъявление повышенных требований к работникам, участвующим в процедурах закупок;

Финансово-хозяйственная деятельность.

Внутренний анализ коррупционных рисков по данному направлению проведен по следующим индикаторам возможных коррупционных рисков:

- процедуры планирования и реализации мероприятий по развитию;
- освоение и распределение бюджетных и финансовых средств;
- государственные закупки и закупки товаров, работ и услуг;
- заключение договоров;
- прозрачность и гласность деятельности.

Экономическая служба.

Процедура утверждения Плана развития регламентируется Правилами разработки, утверждения планов развития контролируемых государством акционерных общества и товарищества с ограниченной ответственностью, государственных предприятий, мониторинга и оценки их реализации, а также разработки и представления отчетов по их исполнению, утвержденными Приказом Министра национальной экономики РК от 14 февраля 2019 г. №14.

Формирование Плана развития на очередной финансовый год осуществляется на основании приказа директора Предприятия.

Установление должностных окладов и определение фонда оплаты труда осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2015 г. № 1193 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий».

Потребность в материальных ресурсах определяется на основании производственных планов. Цены на товары, работы и услуги рассчитываются исходя из наименьшей цены альтернативных коммерческих предложений, направленных структурными подразделениями.

Бухгалтерская служба.

Выплата заработной платы и иных видов денежных выплат работникам производится без нарушения сроков, начисления и перечисления прозрачно. По каждому работнику ежемесячно формируются расчетные листы и выдаются на руки получателям. Учет кассовых и расчетных операций ведутся через систему «Банк - Клиент» по методу начисления. Слача годовых, ежеквартальных и месячных статистических и налоговых отчетов ведутся в электронной форме, нарушений предоставления сроков предоставления отчетности не допущено.

Совместно с работниками бухгалтерии, главным бухгалтером по исполнению требований законодательства о бухгалтерском учете и отчетности и Плана участвует в составе комиссии по списанию товарно-материальных ценностей и по приему объема выполненных работ и услуг от поставщиков и подрядчиков. Главным бухгалтером на ежемесячной основе, по исполнению Плана проводятся инвентаризации денежных средств кассы МОБ№2.

Фактов хищения и порчи имущества за отчетный период т. не имелось. Принимаются меры по устранению или минимизации коррупционно-опасных функций. Фактов коррупционных правонарушений по отделу бухгалтерского учета и отчетности не выявлено.

4) разъяснение работникам обязанности сообщить о склонении его к совершению коррупционного правонарушения, ответственности за совершение коррупционного правонарушения;

5) повышение личной ответственности путем подписания обязательства о соблюдении антикоррупционных политик и инструкций, заявления об отсутствии конфликта интересов, контроль за осуществлением процедур.

2. Риск при использовании бюджетных средств.

Признаки: недостаточно качественное участие подразделений в планировании бюджетных средств.

Рекомендации по недопущению и минимизации риска:

- 1) доведение до подразделений требований по формированию и обоснованию бюджетных заявок;
- 2) коллегиальное рассмотрение и утверждение бюджета;
- 3) внедрение жестких механизмов контроля бюджетных заявок, отчетности по использованию бюджетных средств;
- 4) контроль эффективности использования бюджетных средств с обязательной презентацией и оценкой достигнутых результатов;
- 5) разъяснение работникам обязанности сообщить о склонении его к совершению коррупционного правонарушения, ответственности за совершение коррупционного правонарушения;
- 6) повышение личной ответственности путем подписания обязательства о соблюдении антикоррупционных политик и инструкций, заявления об отсутствии конфликта интересов, контроль за осуществлением процедур.

3. Риск нарушений при управлении государственным имуществом.

Признаки: наличие на балансе имущества и земельных активов вне места постоянной дислокации больницы, что может повлечь нарушения правил их использования.

Рекомендации по недопущению и минимизации риска:

- 1) проведение комиссионного обследования объектов с целью оценки их состояния и выработке предложений по использованию;
- 2) разъяснение работникам обязанности сообщить о склонении его к совершению коррупционного правонарушения, ответственности за совершение коррупционного правонарушения.

4. Риск нарушений материального учета.

Признаки: возможность нарушений при хранении, распределении и списании материальных, материально-технических ценностей и ресурсов.

Рекомендации по недопущению и минимизации риска:

- 1) усиление регулярного контроля наличия и сохранности материальных ценностей, проведение инвентаризации материального учета;
- 2) назначение и актуализация материально-ответственных лиц;
- 3) контроль за своевременной постановкой на регистрационный учет материальных ценностей;
- 4) усиление контроля за списанием материальных средств и расходных материалов с регистрационного учета;

5) выработка организационно-штатных предложений;
6) разъяснение работникам обязанности сообщить о склонении его к совершению коррупционного правонарушения, ответственности за совершение коррупционного правонарушения.

5. Риск при осуществлении выплаты труда.

Признаки: возможность субъективных подходов при учете рабочего времени при определении вопросов оплаты труда, решении вопросов поощрения, стимулирования.

Рекомендации по недопущению и минимизации риска:

1) внедрение в практику деятельности Предприятия технических средств учета рабочего времени;

2) разъяснение работникам обязанности сообщить о склонении его к совершению коррупционного правонарушения, ответственности за совершение коррупционного правонарушения.

6. Риск совершения нарушений при условии отсутствия ротации экспертов ФСМС.

Признаки: Возможность субъективных подходов в условиях отсутствия системы ротации экспертов ФСМС, осуществляющих оценку медицинских услуг Предприятия, что создает возможность возникновения коррупционных связей и личной заинтересованности при мониторинге, принятии решений о квалификации дефектов и применении штрафных санкций по МКСП.

При этом имеется коллизия правоприменительной практики - принцип ротации широко применяется во многих сферах для повышения эффективности деятельности и снижения вероятности коррупционных правонарушений. К примеру, данный принцип нормативно закреплен для аудиторов, законами установлены требования к обязательной ротации государственных служащих, сотрудников правоохранительных органов, также законодательно гарантировано право отвода судьи и т.д.

Вместе с тем, в такой чувствительной сфере, как оценка результатов для принятия решений о выделении денежных средств организации здравоохранения, сотрудники ФСМС несменяемо работают на одной линии на протяжении ряда лет, что создает коррупционные риски.

Рекомендации по недопущению и минимизации риска:

1) внесение предложений в ФСМС о необходимости применения принципа ротации экспертов для обеспечения объективности и недопущения коррупционных проявлений;

2) разъяснение работникам обязанности сообщить о склонении его к совершению коррупционного правонарушения, ответственности за совершение коррупционного правонарушения.

В целом, результаты проведенного внутреннего анализа коррупционных рисков в Предприятии показали, что в правовых актах и внутренних документах Предприятия, а также в организационно-управленческой деятельности предусмотрены нормы и мероприятия по недопущению коррупционных проявлений.

Регламентация процедур и практика оказания медицинской помощи, внедрение антикоррупционного комплаенса, наличие в целом эффективных систем управления человеческими ресурсами и поддержки пациентов, финансово-экономической службы, а также прозрачная процедура заключения договоров (контрактов), позволяет Предприятию сократить коррупционные риски при выполнении задач уставной деятельности.

Всего выявлено 11 коррупционных рисков, разработаны рекомендации по их недопущению и минимизации. Выявленные риски характеризуются как потенциальные, реализованных рисков и случаев совершения работниками коррупционных правонарушений и преступлений не установлено. Рекомендации по недопущению и минимизации рисков выработаны.

В соответствии с Методическими рекомендациями по проведению внутреннего анализа коррупционных рисков, утвержденными приказом Председателя Агентства Республики Казахстан по противодействию коррупции (Антикоррупционной службы) от 30 декабря 2022 года № 488, составлена карта рисков (приложение 2) и произведен расчет уровня рисков.

По 5-балльной шкале карты оценки рисков вероятность их реализации рассчитана в 1-2 балла (от 1 до 10%), при степени влияния 1-3 балла, от незначительного до среднего потенциального влияния на уровень коррупции в объекте анализа (зеленая, желтая зоны). Два внешних риска (коллизия правовых норм и ротация экспертов ФСМС) отнесены к оранжевой зоне, характеризуются как имеющие высокую вероятность наступления (3-4 балла) или крупное потенциальное влияние на уровень коррупции в объекте анализа (2-4 балла).

С учетом вышесказанного, а также принимая во внимание отсутствие за анализируемый период зарегистрированных событий, квалифицируемых как коррупционные риски или нарушения, совокупный уровень внутренних коррупционных рисков в ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница №2» при управлении здравоохранения Акмолинской области оценивается как незначительный.

По итогам внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности Предприятия, в целях совершенствования антикоррупционной работы, рекомендуется осуществить ряд мероприятий по отдельному плану

Комплаенс-офицер МОБ №2

«4» июля 2023 года

Ознакомлен:

Директор ГКП на ПХВ
«Многопрофильная областная больница №2»
при управлении здравоохранения Акмолинской области

А. Калинин

И. Бюрабеков