

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор ГКП на ПХВ «Многопрофильная
городская больница №1»
акимата города Астана
Сарсенбаев Е.Ж.
«20 июля» 2026 г.



АНАЛИТИЧЕСКАЯ СПРАВКА
о результатах внутреннего анализа коррупционных рисков в
ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №1» акимата
г. Астана

Внутренний анализ коррупционных рисков (далее - ВАКР) в ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №1» (далее - больница) проведён в рамках реализации проектов четвертого типового базового направления «Предупреждение и противодействие коррупции», согласно графику проведения внутреннего анализа коррупционных рисков в организациях квазигосударственного сектора акимата г. Астаны (утверждён 31.03.2026 г. ГУ «Аппарат акима г. Астаны», вх. № 01-25/938 от 01.04.2026 г.) и приказа директора больницы № 209-ө от 18.05.2026 г.

ВАКР проведен в соответствии:

- со статьей 8 Закона Республики Казахстан «О противодействии коррупции» (от 18 ноября 2015 г.);
- с Методикой оценки исполнения проектов типового базового направления №4 «Предупреждение и противодействие коррупции» (утвержден Агентством Республики Казахстан по делам государственной службы, г. Астана, 2026 г.);
- с Инструкцией по исполнению проекта типового базового направления №4 «Предупреждение и противодействие коррупции» (утверждена Агентством Республики Казахстан по делам государственной службы, г. Астана, 2026 г.);
- с Методическими рекомендациями по проведению внутреннего анализа коррупционных рисков (утверждены приказом Председателя Агентства Республики Казахстан по противодействию коррупции от 30.12.2022 г. №488).

Охватываемый период ВАКР: с 01 июля 2025 г. по 30 мая 2026 г.

Сроки проведения ВАКР: со 01 июня по 13 июля 2026 г.

Цели ВАКР включают:

- выявление коррупционных рисков в текущей деятельности, а также причин и условий (индикаторов), способствующие их возникновению;
- формирование «Перечня должностей, подверженных коррупционным рискам».

ВАКР проводился по следующим направлениям:

- I. организационно-управленческая деятельность;
- II. нормативно-правовые акты, затрагивающие деятельность больницы.

Информация об исполнении рекомендаций ВАКР за 2025 г.

В 2025 г. комплаенс-офицером по итогам внутреннего анализа коррупционных рисков (ВАКР) было внесено 10 антикоррупционных рекомендаций, из них: исполнены в полном объеме – 8; частично исполнены – 2, (табл. №1).

таблица №1

№ п/п	Рекомендации по итогам внутреннего анализа коррупционных рисков 2025 г.	Форма завершения согласно плану мероприятий	Информация об исполнении	Оценка исполнения
1	Согласно п/п 5-1 п. 3 статьи 30 Налогового кодекса, налоговые органы представляют кадровым службам предприятия сведения о налогоплательщике (должностные лица), составляющие налоговую тайну без получения его письменного разрешения, в части сведений о наличии денежных средств в иностранных банках, расположенных за пределами РК. <i>Направить письмо-запрос.</i>	Официальный ответ налоговых органов	ОУЧР представлена информация, что должностные лица ежегодно сдают налоговые декларации. Письмо № 3874 от 01.12.2025 г.	Исполнено частично (запрос не отправлен)
2	Актуализировать Учетную и Налоговую политики предприятия.	Актуализация Учетной и Налоговой политик	Актуализирована Учетная политика. Письмо №4116 от 24.12.2025 г.	Исполнено частично (не актуализирована Налоговая политика)

Организация системы комплаенс-контроля соответствия бизнес-процедур требованиям законодательства, внутренних правил и политик

Система комплаенс-контроля в больнице организована в соответствии с требованиями антикоррупционного законодательства РК, Положением о комплаенс-службе, Политикой противодействия коррупции и Кодексом деловой этики. Функционирование внутренней системы комплаенс-контроля основано на принципах:

- превенции коррупционных проявлений;
- формирования антикоррупционной культуры;
- обеспечения персональной ответственности работников;
- соблюдения принципа «нулевой терпимости» к коррупции.

Функциональные элементы системы комплаенс-контроля включают:

1. Информационно-превентивные меры:

- размещение на официальном сайте больницы актуальной информации по вопросам противодействия коррупции, антикоррупционных ограничений, каналов обратной связи и телефона горячей линии;
- проведение комплаенс-инструктажа вновь принимаемых работников;
- подписание работниками Соглашения о принятии антикоррупционных ограничений и обязательств по соблюдению Кодекса деловой этики;
- проведение ежеквартальных лекций/семинаров и разъяснительных мероприятий по вопросам соблюдения антикоррупционного законодательства РК.

2. Контроль соблюдения деловой этики и антикоррупционных стандартов:

- в участие работе Дисциплинарной и Этической комиссий;
- участие в проверках фактов нарушения Кодекса деловой этики и внутренних регламентов. По поручениям руководства больницы в отчетном периоде проведены комплаенс-проверки:
- 19.09.2025 г. - отделение интервенционной рентгенохирургии (по факту присутствия незарегистрированного пациента, «фистула»);
- 09.11.2025 г. - приемный покой (по заявлению иностранного гражданина Липай А.);
- 16.02.2026 г. - ОУЧР (по обращению профсоюза «AQNIET»);
- май 2026 г. — отделения: лучевая диагностика, гинекология (приказ №210-н от 20.05.2026 г., «По контролю за использованием медицинской диагностической аппаратуры и учету доходов от платных медицинских услуг»).

По результатам указанных проверок руководству больницы представлены соответствующие Отчеты.

3. Мониторинг бизнес-процессов и процедур:

В целях предупреждения коррупционных рисков, нарушений внутренних процедур и выявления недостатков в организации бизнес-процессов в отчетном периоде комплаенс-офицером проводилась следующая работа:

- участие в комиссионных обходах лечебных отделений совместно с руководством больницы, проведение опроса и бесед с пациентами;
- проводился видеомониторинг работы постов дневного стационара, приемного покоя, охраны и иных зон повышенного коррупционного риска;
- видеомониторинг соблюдения пропускного режима врачами и пациентами;
- контроль соблюдения порядка регистрации пациентов на стойке ресепшн;
- выборочная сверка бумажных журналов учета с данными медицинских информационных систем и электронных лог-файлов мед.оборудования (МРТ, КТ).

В отчетном периоде были проведены целевые посещения структурных подразделений:

- 22.07.2025 г. - отделение реабилитации;
- 03.09.2025 г. - отделение уроандрологии;
- 05.09.2025 г. — ЛОР_отделение;
- 04.12.2025 г. - дневной стационар, ресепшн, касса;
- 05.12.2025 г. - приемный покой;
- февраль-март 2026 г. - проводился выборочный видеомониторинг помещений и территорий больницы на предмет недопущения несанкционированных контактов

между врачами и лицами, обратившимися за медицинской помощью, до их регистрации и оформления в установленном порядке.

02.04.2026 г. – проведен анализ работы постов охраны и стойки ресепшн, контроль соблюдения пропускного режима и порядок ведения журнала регистрации посетителей;

24.04.2026 г. – в отделении лучевой диагностики проведено выборочное сравнение данных электронных счетчиков аппаратов МРТ и КТ с данными регистрации пациентов в журналах учета и МИС «Надежда», за период март-апрель т.г.

По результатам проверок руководителям подразделений направлены рекомендации по устранению выявленных несоответствий.

4. Аналитическая и отчетная деятельность:

- мониторинг соблюдения персоналом антикоррупционных стандартов;
- ежеквартально предоставляется отчетность в уполномоченный государственный орган о соблюдении антикоррупционного законодательства РК, согласно Инструкции по исполнению проекта типового базового направления №4 «Предупреждение и противодействие коррупции».

5. Внутренний анализ коррупционных рисков (ВАКР)

В рамках реализации проектов четвертого Типового базового направления «Предупреждение и противодействие коррупции», осуществляемого в соответствии с Правилами осуществления проектного управления, утвержденными постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 мая 2021 года № 358, а также Инструкцией по исполнению проектов ТБН № 4, в больнице на ежегодной основе проводится внутренний анализ коррупционных рисков, направленный на выявление причин и условий, способствующих возникновению потенциальных коррупционных рисков, и выработку мер по их предупреждению и минимизации. ВАКР проводится по следующим направлениям:

I. Организационно-управленческая деятельность:

- анализ внутренних нормативных документов;
- анализ распределения полномочий и зон ответственности;
- оценка регламентов и процедур принятия решений, пр.;

II. Нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность больницы:

- оценка их соответствие антикоррупционному законодательству РК;
- подготовка предложений по актуализации внутренних документов.

6. Корректирующие и профилактические меры

По результатам мониторинга, проверок и анализа коррупционных рисков (ВАКР) составляется аналитическая записка, в которой представлены:

- перечень должностей, подверженных коррупционным рискам;
- антикоррупционные рекомендации для руководителей подразделений;
- План корректирующих мероприятий касательно актуализации внутренних процедур;

Материалы ВАКР размещаются на сайте больницы. Осуществляется последующий контроль исполнения выданных рекомендаций.

ВНУТРЕННИЙ АНАЛИЗ КОРРУПЦИОННЫХ РИСКОВ ЗА 2026 Г.

I. Организационно-управленческая деятельность

Больница в своей деятельности руководствуется Конституцией РК, Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», Законом РК «Об обязательном социальном медицинском страховании», Законом РК «О государственном имуществе», Законом РК «О государственных закупках», Законом РК «О противодействии коррупции», Трудовым кодексом РК и др. законодательными и нормативно-правовыми актами РК, Уставом Предприятия, а также внутренними нормативными документами Предприятия (правила, положения, инструкции, СМК, СОП, приказы, Коллективный договор и т.д.).

12 июня 2026 года, Президент Республики Казахстан подписал Закон «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам противодействия коррупции». Совершенствованы механизмы предупреждения коррупции, включая правовое регулирование конфликта интересов, расширение антикоррупционных ограничений и усиление превентивных мер в деятельности государственных органов и субъектов квазигосударственного сектора:

- установление процедур по выявлению и урегулированию конфликта интересов;
- обязанность декларирования личной заинтересованности;
- расширение ограничений на совместную работу родственников и аффилированных лиц, в том числе в кадровой и контрольной вертикали;
- усиление ответственности за обещание, предложение и вымогательство взятки;
- увеличен срок давности привлечения к административной ответственности за коррупционные административные правонарушения, совершенные физическими лицами, с одного года до трех лет.

1. Управление персоналом

Процесс управления персоналом больницы возложен на отдел управления человеческими ресурсами (ОУЧР), который обеспечивает организацию и координацию процесса подбора высококвалифицированных и конкурентоспособных кадров.

В целях оценки эффективности работы ОУЧР, выявления потенциальных коррупционных рисков в его деятельности были рассмотрены документы, определяющие политику управления кадрами, порядок оформления личных дел работников и должностных лиц, уполномоченных на выполнение управленческих функций (политика управления, подбор персонала, соблюдение конфликта интересов, наличие судимости у работника и пр.) и т.д.

Процесс управления персоналом в больнице регламентируется «Программой управления человеческими ресурсами (СМК-МИ-05, 2023 г.)». Данный документ регламентирует вопросы планирования кадров и управления штатным расписанием, вводного инструктажа (ориентация сотрудника), проверки подлинности (верификации) документов об образовании и квалификации при

трудоустройстве, обзора личных дел, назначения и переназначения специалистов, оздоровления и безопасности работников.

Кадровая политика регламентирована методической инструкцией «Кадровая политика» (СМК-МИ-11, 2023 г.). Базовые направления утвержденной Кадровой политики включают:

- совершенствование организационной структуры.
- планирование, подбор и расстановка кадров;
- обучение, подготовка и переподготовка персонала;
- создание кадрового резерва;
- разработка и внедрение системы управления результативностью и мотивации работников;
- формирование корпоративной культуры.

На предприятии также действует политика наставничества, которая регламентирована Положением о наставничестве (СМК-МИ-12). Согласно данного положения:

- наставничество устанавливается над новыми сотрудниками в период прохождения ими испытательного срока;
- наставничество устанавливается индивидуально, продолжительностью до трех месяцев.

В соответствии с положением об отделе управления человеческими ресурсами (СМК-ПП-04), на отдел возложены следующие основные функции:

- участие в разработке кадровой политики и кадровой стратегии больницы;
- разработка прогнозов, определения текущей потребности в кадрах и источников привлечения квалифицированных специалистов на основе изучения рынка труда;
- работа по созданию квалифицированного резерва руководящего состава, рациональное передвижение руководителей и специалистов;
- организация своевременного приема, перевода и увольнения работников в соответствии с действующим Трудовым Кодексом РК;
- участие в разработке систем комплексной оценки работников и результатов их деятельности, служебно-профессионального продвижения персонала, подготовке предложений по совершенствованию проведения аттестации;
- организация работ по награждению сотрудников и другими формами поощрения, в том числе по премированию и т.д.

Кадровое делопроизводство включает формирование личных дел работников больницы, в которые приобщаются данные биографического и социально-трудового характера, специальных проверок и другие сведения в соответствии с требованиями Трудового кодекса РК. Прием новых сотрудников на работу осуществляется в соответствии с Трудовым кодексом РК согласно утвержденному штатному расписанию.

С учетом изменений, внесенных 12.06.2026 года в антикоррупционное законодательство Республики Казахстан, требуется актуализация внутренних процедур регламентирующие: прием на работу; перевод и продвижение работников по службе; процедуру по выявлению и урегулированию конфликта интересов; декларирование личной заинтересованности, т.к. их несвоевременное

приведение в соответствие с действующим законодательством может создавать предпосылки для возникновения потенциальных коррупционных рисков, в т.ч.:

- В Положении об отделе управления человеческими ресурсами (СМК-ПП-04), Программе управления человеческими ресурсами (СМК-МИ-05) и инструкции «Кадровая политика» (СМК-МИ-11) отсутствуют отсылки к ключевым требованиям Закона РК "О противодействии коррупции". Интеграция антикоррупционных стандартов в регламенты планирования, подбора, адаптации и ротации персонала позволит повысить прозрачность кадровых решений, обеспечить единообразие применения процедур и снизить вероятность принятия субъективных решений при реализации кадровых процедур;
- отсутствие четко регламентированных механизмов контроля за ходом наставничества создает риск разрыва между установленными требованиями (СМК-МИ-12) и реальной интеграцией новых сотрудников в рабочий процесс, что снижает потенциал планомерной подготовки кадров и затрудняет верификацию результатов наставнической деятельности;
- кадровые процедуры недостаточно регламентированы в части принятия кадровых решений в отношении близких родственников и свойственников работников, занимающих руководящие должности, что создает предпосылки для принятия решений в условиях неполной оценки благонадежности кандидатов.

Комплаенс-анализ перечня процедур, закрепленных в Программе управления человеческими ресурсами (СМК-МИ-05, 2023 г.) и инструкции «Кадровая политика» (СМК-МИ-11, 2023 г.), также показал, что они охватывают лишь базовый административно-кадровый функционал, ориентированный на ведение документационного учета. Текущая регламентация не отвечает современным требованиям управления человеческими ресурсами, ориентированных на обеспечение профессиональной компетенции, непрерывное развитие квалификации и объективную оценку результативности труда медицинских работников. Необходимость разработки действенной Программы управления человеческими ресурсами и Кадровой политики обусловлена следующими требованиями и вызовами:

Риск-ориентированный подход: современная работа по управлению человеческими ресурсами требует перехода от формальной верификации документов к комплексной оценке соответствия кандидата профилю компетенций и антикоррупционной благонадежности.

Управление результативностью: отсутствие в Программе системы ключевых показателей эффективности (KPI) не позволяет обеспечить объективную и документально подтверждаемую оценку результатов деятельности работников, что может способствовать принятию субъективных решений при премировании, продвижении по службе, распределении стимулирующих выплат и иных кадровых процедурах, тем самым создавая предпосылки для возникновения коррупционных рисков.

Следует также отметить, что Управлением общественного здравоохранения г. Астаны на совещании от 24 апреля т.г., касательно рассмотрения итогов Государственного аудита эффективности деятельности отдельных субъектов квазигосударственного сектора в сфере здравоохранения, было указано, на

имеющиеся нарушения и недостатки в составлении внутренних документов, в частности было указано, на то, Коллективные договоры мед. организаций не согласованы с Уполномоченным органом.

В рамках проводимого комплаенс-анализа было проанализировано состояние основного кадрового потенциала организации. Штатная численность больницы на дату проведения ВАКР составляет 1 624,5 ед., фактическая численность – 1 099 ед. (67,7%). В период с 01 июля 2025 года по 30 мая 2026 года было принято 588 работников, уволено – 423 работников (табл. №2). Все работники увольнялись согласно пункту 5 статьи 49 Трудового кодекса РК (по собственному желанию).

таблица №2

Всего принято, в т.ч.	Врачи	Средний мед. персонал	Младший мед. персонал	Прочий персонал
588	96	267	143	82
доля, %	16%	45%	24%	14%
Всего уволено, в т.ч.	Врачи	Средний мед. персонал	Младший мед. персонал	Прочий персонал
423	45	160	138	80
доля, %	11%	38%	33%	19%

Основная доля текучести кадров приходится на средний и младший персонал больницы. Текучесть персонала (423 чел.) на фоне значительного дефицита профессиональных кадров свидетельствует о снижении уровня управляемости человеческими ресурсами, т.к. растет зависимость отдельных структурных подразделений от ограниченного круга специалистов, что может негативно влиять на преемственность процессов и качество оказания медицинской помощи. Кроме того, высокий уровень текучести кадров может способствовать возникновению коррупционных рисков, связанных с ускоренным оформлением кадровых процедур и снижением качества проверочных мероприятий со стороны специалистов отдела при приеме на работу новых работников.

В связи с наличием текучести и дефицита кадров в больнице широко применялась практика начисления и выплаты доплат работникам за расширение зоны обслуживания и совмещение должностей. Служба внутреннего аудита проведя проверку обоснованности их начисления в 2025 г., указала, на следующие перекосы применения такой практики:

- доплаты носят систематический и длительный характер, фактически используются как постоянный элемент оплаты труда;
- концентрируются у ограниченного круга работников;
- имеет место подмена системных кадровых мер по активизации поиска и привлечения новых сотрудников выплатами существующему персоналу за переработку, тем самым компенсируя дефицит штатной численности;
- оформление приказов на доплаты носит неполный и некорректный характер.

Сложившаяся практика провоцирует критические структурные диспропорции в системе управления человеческими ресурсами и необоснованную эскалацию фонда оплаты труда, при этом отсутствие прозрачных критериев при

систематическом назначении доплат ограниченному кругу лиц создает предпосылки для возникновения коррупционных рисков, создавая условия для фаворитизма, предоставления необоснованных преимуществ отдельным работникам и возникновения конфликта интересов.

В 2025 г. к дисциплинарной ответственности привлечено 54 работников, в т.ч.: замечания – 19 чел., выговор - 27 чел., строгий выговор - 8 чел. В 2026 г. на отчетную дату (30.05.2026 г.) к дисциплинарной ответственности привлечено 30 работников, в т.ч.: замечания - 16 чел., выговор - 9 чел., строгий выговор - 5 чел.

Фактов увольнения по отрицательным мотивам, за совершение коррупционных правонарушений, дисциплинарных проступков не имеется. Жалоб и обращений о фактах коррупционных правонарушений в деятельности отдела управления человеческими ресурсами в отчетный период не зафиксировано.

В дополнение к вышеуказанным статистическим данным, проведен комплаенс-анализ кадровых процедур, сфокусированный на оценке операционных и коррупционных рисков. Целью данного этапа работы стала идентификация уязвимых зон в процессе управления человеческими ресурсами и определение причин и условий (факторы влияния/индикаторы), оказывающих влияние на эффективность кадровой работы. Результаты проведенной оценки и сформированная карта потенциальных рисков представлены ниже.

таблица №3 Карта потенциальных рисков в системе УЧР

Причины и условия (индикаторы), способствующие возникновению коррупционных рисков	Рисковые события	Вероятность	Уровень влияния
Недостаточная регламентация кадровых процедур	Предоставление необоснованных преимуществ отдельным кандидатам при трудоустройстве	Средняя	Высокий
Текучесть кадров и кадровый дефицит	Упрощение проверочных процедур при приеме на работу	Высокая	Высокий
Концентрация кадровых полномочий у ограниченного круга должностных лиц отдела	Риск принятия субъективных решений при приеме, переводе, поощрении и привлечении работников к дисциплинарной ответственности	Средняя	Высокий
Игнорирование механизма урегулирования конфликта интересов	Трудоустройство родственников и аффилированных лиц при наличии личной заинтересованности должностных лиц	Средняя	Высокий
Недостаточный контроль за совмещением должностей и расширением зон обслуживания	Предоставление необоснованных выплат отдельным работникам	Высокая	Высокий
Юридикто-лингвистическая неопределенность внутренних нормативных документов	Субъективное толкование кадровых процедур и принятие дискреционных решений	Средняя	Высокий

Недостаточная регламентация и контроль процедур выявления, декларирования и документированного мониторинга конфликта интересов, включая несвоевременное предоставление должностными лицами деклараций о личной заинтересованности	Соккрытие аффилированности и личной заинтересованности при принятии кадровых решений, нарушение требований антикоррупционного законодательства РК, создание условий для возникновения конфликта интересов и принятия необъективных кадровых решений	Низкая	Средний
---	---	--------	---------

Причины и условия возникновения потенциального коррупционного риска (красная зона):

- *манипулирование конкурсными процедурами*: возможность «подгонки» квалификационных требований под конкретного кандидата при формировании вакансий.
- *дискреционные преференции*: возможность предоставления не предусмотренных внутренними правилами преимуществ отдельным кандидатам и сотрудникам.
- *правовая неопределенность*: юридико-лингвистическая неопределенность формулировок ВНД и приказов по личному составу, допускающая двоякое толкование.
- *некорректность обоснования дополнительных доплат*: отсутствие КРІ может способствовать субъективному распределению фонда оплаты труда через систему доплат и создавать предпосылки для возникновения коррупционных рисков;
- *имитационный характер адаптации молодых кадров*: формализация института наставничества при отсутствии верифицируемого контроля за передачей компетенций, что не исключает возможности формального исполнения обязанностей наставника и возникновения необоснованных выплат при отсутствии надлежащего контроля.

Оценка потенциального коррупционного риска/последствия при его реализации:

Репутационные потери: рост количества критических отзывов в адрес предприятия и стойкое ухудшение имиджа как добросовестного работодателя.

Финансовые последствия: необоснованное расходование ФОТ вследствие нецелевых выплат и отсутствия контроля за фактическим исполнением функций наставника.

Кадровые риски: привлечение персонала по критериям, не связанным с профессиональными компетенциями, что приводит к отбору недостаточно квалифицированных кадров и, как следствие, снижает качество и эффективность оказываемых медицинских услуг.

Правовые последствия: возникновение оснований для проверок со стороны контролирующих органов, риск признания кадровых решений незаконными и привлечения должностных лиц к административной или дисциплинарной ответственности.

На основе проведенного комплексного комплаенс-анализа на предмет выявления потенциальных коррупционных рисков в документах и процедурах, регламентирующих функции управления человеческими ресурсами, кадровой

политики, порядка формирования личных дел сотрудников и пр., **представлены следующие замечания и рекомендации:**

1. в положении об отделе управления человеческими ресурсами (СМК-ПП-04), в разделе 1. «Общие положения» пункт 1.6 «руководствуется следующими документами» отсутствует ссылка на «Закон РК от 18 ноября 2015 года «О противодействии коррупции»»;
2. В Программе управления человеческими ресурсами (СМК-МИ-05, 2023 г.) отсутствует требование о предоставлении справки/информации о наличии либо отсутствии фактов совершения коррупционных правонарушений и иных обстоятельств, препятствующих занятию должности в соответствии с требованиями антикоррупционного законодательства Республики Казахстан.
3. в инструкции «Кадровая политика» (СМК-МИ-11, 2023 г.) отсутствует требование: «Соблюдать сотрудниками антикоррупционную политику предприятия»;
4. Программу управления человеческими ресурсами (СМК-МИ-05) и Кадровую политику» (СМК-МИ-11, 2023 г.) необходимо актуализировать, в части установления порядка выявления и урегулирования потенциального или реального конфликта интересов при принятии кадровых решений в отношении аффилированных лиц, близких родственников и свойственников, а также декларирование личной заинтересованности в соответствии с требованиями антикоррупционного законодательства Республики Казахстан;
5. в 2025 г. истек срок действия Коллективного договора 2020-2025 гг., в этой связи необходимо своевременно обеспечить разработку нового коллективного договора с участием представителей работников, и согласовать с Уполномоченным органом.
6. неуклонное соблюдение сотрудниками отдела требований Кодекса деловой этики, Трудового и антикоррупционного законодательства РК;
7. внести должность начальника отдела управления человеческими ресурсами в «Перечень должностей, подверженных коррупционным рискам».

2. Урегулирование конфликта интересов

В соответствии с законом РК «О противодействии коррупции» в больнице разработаны и действуют утвержденные приказом директора от 13 июня 2023 года «Правила урегулирования конфликта интересов должностных лиц и работников Предприятия». Согласно данного приказа, работники Предприятия обязаны незамедлительно доводить до сведения руководства Предприятия и (или) уполномоченным органам о ставшим им известных случаях коррупционных правонарушений, а также принимать меры по предотвращению, и урегулированию конфликта интересов, уведомлять в письменной форме непосредственного руководителя о возникшем конфликте интересов, или о возможности его возникновения, как только ему станет об этом известно.

При проверке персонала больницы, факты исполнения трудовых обязанностей работниками, имеющих в подчинении близких родственников,

супругов и собственников не установлены. Коррупционные риски касательно наличия конфликта интересов не выявлены. Информация о коррупционных рисках, связанных с управлением персонала, не поступало.

3. Государственные закупки

Процесс организации закупок возложен на отдел государственных закупок больницы, который обеспечивает функционирование и координацию данного процесса. В текущей работе отдел государственных закупок руководствуется следующими документами:

- Гражданским кодексом РК;
- «Правилами организации и проведения закупок лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи для лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, фармацевтических услуг» (Приказ Министра здравоохранения РК от 7 июня 2023 года № 110;
- внутренними нормативными документами больницы (правила, положения, инструкции, СМК, СОП, приказы и т.д.).
- Процедуры государственных закупок осуществляются в соответствии с Законом Республики Казахстан от 1 июля 2024 года № 106-VIII ЗРК «О государственных закупках Закон», а также приказом Министра финансов Республики Казахстан от 9 октября 2024 года № 687 «Об утверждении Правил осуществления государственных закупок».

Согласно указанным НПА, осуществляется закуп не медицинских товаров, работ и услуг, а также лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых за счет собственных средств больницы (интернет-ресурс goszakup.gov.kz).

Закуп лекарственных средств и медицинских изделий (ЛС, МИ) в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и обязательного социального медицинского страхования (ГОБМП, ОСМС) осуществляется в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 07.06.2023 года №110 (далее – Приказ №110). Портал для проведения закупок - med.ecc.kz.

Согласно Положения об отделе («СМК-ПП-03») отдел осуществляет следующие функции:

- разработка и утверждение годового плана государственных закупок товаров, работ и услуг на календарный год, размещение его на веб-портале государственных закупок;
- проведение государственных закупок товаров, работ и услуг, предусмотренными действующим законодательством РК в сфере государственных закупок посредством: конкурса; аукциона; запроса ценовых предложений; из одного источника; через товарные биржи;

- выполняет процедуры организации и проведения закупок лекарственных средств, медицинских изделий, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования (согласно Постановления Правительства РК от 04.06.2021 года №375);
- разработка конкурсной документации на проводимые государственные закупки товаров, работ и услуг, размещение объявления о проведении закупок на веб-портале государственных закупок;
- ведение журналов регистрации (в том числе банковских гарантий, договоров страхования), протоколов (допуска, вскрытия, итогов и др.), разработка тендерной документации на проводимые закупки лекарственных средств, медицинских изделий, размещение объявления на интернет-ресурсе предприятия;
- выбор поставщика и проверка соответствия квалификационным требованиям, установленным действующим законодательством Республики Казахстан в сфере государственных закупок;
- заключение договоров о государственных закупках товаров, работ и услуг, а также лекарственных средств, медицинских изделий по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи с поставщиком.

Способ проведения закупок определяется в соответствии с требованиями Закона об госзакупках, утверждается приказом директора больницы, с указанием состава комиссии по проводимой закупке.

За 2025 год посредством портала goszakup.gov.kz заключено 538 договоров, в том числе:

- по итогам закупок способом запроса ценовых предложений – 464 договора (86%);
- по итогам закупок способом проведения открытого конкурса – 39 (7%) договоров;
- по итогам закупок через электронный магазин – 16 (3%);
- способом из одного источника – 19 договоров (4%) (ГКП «Астана су арнасы»; ТОО «МОІ (МОЙ) страховой брокер»; РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий»; РГП на ПХВ «Банкнотная фабрика Национального банка Республики Казахстан»; АО «Казахтелеком»).

Объем заключенных договоров в суммарном выражении составил:

- всего договоров – 2 234 876 226,59 тенге;
- запрос ценовых предложений – 966 782 013,88 тенге (43%);
- открытый конкурс – 803 199 602,19 тенге (36%);
- электронный магазин – 72 825 362,64 тенге (3%);
- один источник – 392 069 247,88 тенге (18%).

Из общей суммы «один источник», в т.ч.:

- АО «Астана-РЭК» - 228 200 448,00 тенге;
- ТОО «Астанаэнергосбыт» - 46 396 839,40 тенге;
- АО «Астана-Теплотранзит» - 43 519 583,00 тенге;

ТОО «МОИ (МОЙ) страховой брокер» (обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников) – 38 515 669,92 тенге.

В соответствии с пунктом 29 Приказа Министра финансов Республики Казахстан от 26.09.2024 года №646 (далее - Приказ) признаны нарушившими установленные сроки следующие поставщики:

1. ИП «Азаматова»;
2. ИП «Пак888»;
3. ИП «ИМАНКУЛОВ К.А.»;
4. ИП «ВКВ»;
5. ИП «Sabo»;
6. ИП «КУАТ»;
7. ИП «Егембергенова»;
8. ИП «Аруна»;
9. ИП «Рудик»;
10. ИП «Ботагоз».

Указанные поставщики по заявке, направленной Больницей в Министерство финансов РК, внесены в реестр недобросовестных участников государственных закупок (выписки из портала goszakup.gov.kz прилагаются).

Сводная таблица №4

Способ закупки, 2025 г.	Кол-во договоров	Доля	Сумма (тенге)	Доля
Запрос ценовых предложений	464	83,15 %	966 782 013,9	43 %
Открытый конкурс	55	10,07 %	803 199 602,2	36 %
Электронный магазин	16	2,93 %	72 825 362,6	3 %
Из одного источника	21	3,85 %	392 069 247,9	18 %
Всего	546	100 %	2 234 876 226,6	100%

По состоянию на **30.05.2026** года посредством портала goszakup.gov.kz в т.г. заключено 328 договоров, в том числе:

- по итогам закупок способом запроса ценовых предложений – 272 договора (82,93% от общего числа договоров);
- по итогам закупок способом проведения открытого конкурса – 36 договоров (10,98% от общего числа договоров);
- по итогам закупок через электронный магазин – 7 договоров (2,13% от общего числа договоров);
- способом из одного источника – 13 договоров (3,96% от общего числа договоров).

По состоянию на 30.05.2026 года посредством goszakup.gov.kz объем заключенных договоров в суммарном выражении составил 2 076 266 484,80 тенге, в том числе:

- по итогам закупок способом запроса ценовых предложений – 427 845 873,21 (20,6%);
- по итогам закупок способом проведения открытого конкурса – 1 113 105 120,94 (53,6%);

- по итогам закупок через электронный магазин – 57 499 796,00 (2,8%);
 - способом из одного источника – 477 815 694,65 (23%), из них значительную часть составляют:

1. АО «Астана – Региональная Электросетевая Компания» - 253 232 640,00 тенге;
2. ТОО «Астана-Теплотранзит» – 91 606 336,80 тенге;
3. ГКП «Астана су арнасы» - 39 607 272,00 тенге;
4. ТОО «МОИ (МОЙ) страховой брокер» - 23 883 416,67 тенге;
5. РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» - 1 612 400,00 тенге;
6. НАО «ГК «Правительство для граждан» - 11 884 867,30 тенге;
7. ТОО «Open Soul inc.» - 49 257 339,84 тенге (услуга по обеспечению питанием пациентов на январь-февраль 2026 года в связи с отказом поставщика 2025 года ТОО «БЕСТАС» от пролонгации).

Основные контрагенты - монополисты в сфере коммунальных услуг (АО «Астана – РЭК», ТОО «Астана-Теплотранзит», ГКП «Астана су арнасы»), что является стандартной практикой при отсутствии альтернативных поставщиков.

Сводная таблица №5

Способ закупки, 2026 г.	Кол-во договоров	Доля	Сумма (тенге)	Доля
Запрос ценовых предложений	272	82,93 %	427 845 873,2	20,6 %
Открытый конкурс	36	10,98 %	1 113 105 121	53,6 %
Электронный магазин	7	2,13 %	57 499 796	2,8 %
Из одного источника	13	3,96 %	477 815 694,7	23 %
Всего	328	100 %	2 076 266 484	100%

Отделом госзакупок ведется контроль за своевременностью внесения обеспечения исполнения договоров. В соответствии с пунктом 29 Приказа Министра финансов Республики Казахстан от 26.09.2024 года №646 (далее - Приказ) признаны нарушившими установленные сроки заключения договоров следующие поставщики (РНУ):

1. ТОО «MG Corp.»;
2. ТОО «AsiaQurylys»;
3. ИП «ТАСТАНОВА»;
4. ИП «LarKen»;
5. ИП «Айлин»;
6. ТОО «TechnoWorld»;
7. ТОО «Медтехснаб НС»;
8. ИП «БАЙСЕИТОВА»;
9. ИП «АЗМА»;
10. ИП «КАРАБАЛЫКОВА».

Указанные поставщики внесены в реестр недобросовестных участников государственных закупок.

За период 2025-2026 гг. получено 8 обращений от участников касательно проведения процедур закупок, в т.ч. по (1) обращениям принято решение об удовлетворении, по (7) обращениям принято решение отказать.

В дополнение к представленным статистическим данным, проведен комплаенс-анализ закупочных процедур, сфокусированный на оценке операционных и коррупционных рисков. Целью данного этапа работы стала идентификация уязвимых зон в процессе закупок и определение причин и условий (факторы влияния/индикаторы), оказывающих отрицательное влияние на эффективность исполнения договорных обязательств. Результаты проведенной оценки и сформированная карта потенциальных рисков представлены ниже.

таблица №6 Карта потенциальных рисков в системе закупок

Причины и условия (индикаторы), способствующие возникновению потенциальных коррупционных рисков	Рисковые события	Вероятность	Уровень влияния
Недостаточный уровень компетенций персонала при подготовке конкурсной документации	Несоответствие технической документации требованиям нормативных актов и фактическим потребностям	Высокая	Высокий
Дефицит конкурентного рынка	Вынужденный выбор «из одного источника»	Средняя	Высокий
Отсутствие прозрачных регламентов (ВНД)	Риск субъективного выбора (дискреция)	Средняя	Высокий
Не достаточный уровень проверки контрагентов	Срыв сроков/попадание в РНУ	Средняя	Средний
Слабая договорная дисциплина	Срочная замена поставщиков	Средняя	Средний
Недостаточная детализация технических спецификаций и сложности при контроле качества принимаемых товаров	Процедурный	Низкая	Средний
Регулируемое ценообразование монополий	Отсутствие выбора поставщика	Низкая	Низкий

Значимость представленной карты рисков заключается в разделении рисков по степени их влияния на операционную стабильность и репутацию больницы: от ситуативных сбоев в цепочке поставок, требующих немедленного оперативного вмешательства, до системных процедурных несовершенств, подлежащих долгосрочной корректировке.

Проведенный комплаенс-анализ системы закупок подтверждает ее устойчивость, основные объемы проходят через конкурентные процедуры. Применение санкций к нарушителям (внесение в РНУ) подтверждает наличие системы контроля за дисциплиной исполнения договоров. Аффилированность и конфликт интересов в системе госзакупок, согласно представленным данным, не выявлены. Жалоб и обращений о фактах коррупционных правонарушений в деятельности отдела госзакупок в отчетный период не зафиксировано.

Исходя из результатов анализа деятельности по данному направлению причинами и условиями (*индикаторы*) возникновения *потенциального коррупционного риска* являются (красная зона):

- не достаточно высокое количество договоров, заключенных на основании проведения открытого конкурса/тендеров (53,6%);
- наличие возможности предоставления необоснованных преимуществ отдельным поставщикам при отсутствии достаточных механизмов контроля;
- наличие возможности ручной корректировки отдельных процедур, что повышает вероятность субъективного принятия решений и ограничения конкурентной среды;
- отсутствие конкретных механизмов и инструментов для изучения контрагентов, в целях предотвращения потенциального конфликта интересов и аффилированности.

Оценка потенциального коррупционного риска/последствия при его реализации:

- рост количества критических отзывов участников конкурсных процедур в адрес больницы. Судебные иски. Несвоевременность подписания договоров.

Следствие - потеря репутации, ухудшение имиджа предприятия.

По данному направлению управленческой деятельности представлены следующие рекомендации:

Операционный контроль: продолжить строгий контроль за соблюдением сроков заключения договоров. Для снижения количества попаданий поставщиков в РНУ внедрить практику предварительного уведомления поставщиков о завершении сроков (через автоматизированные системы).

Претензионная работа: при расторжении договоров с недобросовестными поставщиками, неукоснительно принимать меры реагирования с подачей исков в судебные органы о признании их недобросовестными участниками государственных закупок;

- при несвоевременной поставке товара и ненадлежащем оказании услуг обеспечить своевременное взыскание неустойки с поставщика.

Стандартизация спецификаций: администраторам заявок на приобретение материальных ресурсов, обеспечить своевременное предоставление технических спецификаций на товары и услуги, оформленных в соответствии с установленными требованиями.

Внедрить Журнал принятия решений: обязать сотрудников отдела госзакупок фиксировать в письменном виде (или в системе) обоснование выбора способа закупки, если он отклоняется от стандартного «Открытого конкурса» (например, при обосновании «способа из одного источника»).

Декларация об отсутствии конфликта интересов: ввести практику подписания ежеквартальной декларации всеми сотрудниками отдела госзакупок об отсутствии личной заинтересованности в отношении текущих контрагентов.

Развитие компетенций: ответственные сотрудники должны пройти курсы повышения квалификации (занятия/лекции/курсы) по следующим направлениям: законодательство в сфере гос.закупок, антикоррупционная политика и стандарты.

Этика и комплаенс: неуклонное соблюдение работниками отдела требований Кодекса деловой этики, антикоррупционного законодательства РК;

- внести должность начальника отдела гос.закупок в «Перечень должностей, подверженных коррупционным рискам».

4. Разработка и эксплуатация информационных систем

Процесс управления информационными системами регламентируется «Положением об отделе информационных систем (СМК-ПП-09, 2025 г.)», должностными инструкциями специалистов (СМК-ДИ), положением о видеонаблюдении и аудиофиксации (№60 от 03.02.2026 г.). Есть утвержденный среднесрочный план модернизации ИТ-инфраструктуры больницы на 2026-2029 гг. Данные документы регламентируют порядок работы отдела, вопросы организации и оснащения больницы электронно-вычислительной оргтехникой, телекоммуникационным оборудованием. Обеспечение бесперебойного функционирования оборудования информационной системы. Выполнение профилактических работ по поддержанию работоспособности средств вычислительной техники.

На предприятии используются следующие информационные системы:

1. Программа «1С: Бухгалтерия», пользователи – отделы бухгалтерии, финансового анализа, управления человеческими ресурсами;
2. Медицинская информационная система «Надежда», пользователи – отделы бухгалтерии и финансового анализа, клинические отделения;
3. ИС «СК Фармация», пользователь – отдел стратегического развития, клинические подразделения;
4. система контроля управления доступов (СКУД), пользователь – отдел управления человеческими ресурсами;
5. государственные взб-порталы «goszakup.gov.kz», «enbek.gov.kz» и др., пользователь – отдел госзакупок.
6. имеется Интернет-сайт предприятия: <https://new.auruhanal.kz>.

Интернет-ресурс является структурированным, удобным для пользования и содержит актуальную информацию. Информация размещается в отдельных тематических разделах. Все системы работают в штатном режиме. Предприятие не реализовывает функции по разработке информационных систем.

Последний технический аудит эксплуатируемых в больнице информационных систем и серверов проводился 31.05.2024 г. специализированной компанией ТОО «GGnetworks». Целью тех. аудита была выявление в эксплуатируемой информационно-технологической (ИТ) инфраструктуре уязвимостей в безопасности, оптимизация производительности, обеспечение соответствия требованиям. *Основные рекомендации тех. аудита*, касательно обеспечения стабильной работы и устранения уязвимости информационной инфраструктуры, включают:

- замену устаревшего серверного оборудования на современные решения;
- проведение модернизации сетевого оборудования;

- организацию системы мониторинга ИТ инфраструктуры, т.е. комплекс программных и аппаратных средств, предназначенный для непрерывного контроля, анализа и управления состоянием всех ее компонентов.

При изучении «Положения об отделе информационных систем (СМК-ПП-09, 2025 г.) выявлено:

- отсутствие в разделе 1. «Общие положения» в пункте 5 «в своей деятельности Отдел ИТ руководствуется» ссылка на «Закон РК от 18 ноября 2015 года «О противодействии коррупции»»;

- отсутствие матрицы ответственности «(RACI)» за конкретные узлы ИТ-инфраструктуры, для исключения пересечения полномочий между системными администраторами и администраторами медицинских систем.

Проведен комплаенс-анализ процедур отдела ИТ, сфокусированный на оценке операционных и коррупционных рисков. Целью данного этапа работы стала идентификация уязвимых зон в данном направлении и определение причин и условий (факторы влияния/индикаторы), оказывающих влияние на эффективность работы отдела. Результаты проведенной оценки и сформированная карта рисков представлены ниже.

таблица №7. Карта рисков в ИТ-инфраструктуре

Причины и условия (индикаторы), способствующие возникновению коррупционных рисков	Рисковые события	Вероятность	Уровень влияния
Эксплуатация морально устаревшего оборудования	Уязвимость безопасности / сбой критических систем	Высокая	Высокий
Отсутствие полноценной интеграции МИС «Надежда» и «1С»	Ошибки в финансовой отчетности, дублирование данных, срыв сроков отчетности	Высокая	Высокий
Недостаточное резервное копирование данных	Риск безвозвратной потери стат. данных	Средняя	Высокий
Недостаточная система мониторинга состояния инфраструктуры	Несвоевременная реакция на аппаратные сбои	Средняя	Среднее
Возможный несанкционированный доступ к данным	Утечка персональных данных пациентов	Низкая	Высокий

Исходя из результатов анализа деятельности отдела индикаторами возникновения потенциального коррупционного риска являются:

- эксплуатация морально устаревшего оборудования может создавать предпосылки для нарушения установленных процедур эксплуатации информационных систем и возникновения сопутствующих коррупционных рисков;

- отсутствие полноценной интеграции программы МИС Надежда с программой 1С бухгалтерия может создавать предпосылки возникновения сопутствующих коррупционных рисков.

Оценка потенциального коррупционного риска/последствия при его реализации:

- задержка передачи актуальной и деловой информации, и ее обработки. Снижение качества управленческой, статистической и финансовой отчетности. Следствие - может привести к снижению качества управленческих решений, а также создать предпосылки для реализации коррупционных рисков, связанных с недостоверностью или несвоевременностью обработки информации.

В целях перевода управления ИТ-рисками из категории «техподдержка» в категорию «обеспечение информационной безопасности и соответствия их современным требованиям», необходимо внедрить следующие механизмы контроля, **Рекомендации:**

Регламент регулярного бэкапа (Backup Policy): учитывая критическую важность медицинской информации, необходимо формализовать план резервного копирования данных с обязательной ежемесячной проверкой целостности бэкапов (восстановление «информационной» базы на тестовом сервере). Это минимизирует риск потери данных при выходе из строя устаревшего оборудования.

Аудит прав доступа (Access Review): ввести ежеквартальную процедуру проверки прав доступа пользователей к МИС «Надежда» и «1С». Это позволит исключить случаи, когда уволенные или сменившие должность сотрудники сохраняют административные или специфические доступы к чувствительной информации.

Логгирование действий администраторов: обеспечить внедрение системы логгирования (журналирования) всех действий администраторов в ИТ-системах. Это создает «цифровой след», который является фундаментальным инструментом любого контроля при расследовании инцидентов.

Разграничение зон ответственности: прописать «Матрицу ответственности (RACI)» за конкретные узлы ИТ-инфраструктуры, чтобы исключить пересечение полномочий между системными администраторами и администраторами медицинских систем.

- неуклонное соблюдение требований Кодекса деловой этики, антикоррупционного законодательства РК.

5. Освоение и распределение бюджетных и финансовых средств

Бюджетное планирование

В соответствии с «Правилами разработки, утверждения Планов развития контролируемых государством акционерных обществ и товариществ с ограниченной ответственностью, государственных предприятий, мониторинга и оценки их реализации, а также разработки и представления отчетов по их исполнению» (утверждены приказом Министра национальной экономики РК от 14.02.2019 г. № 18328) в больнице разработан и утвержден План развития на 2025-2029 гг., определяющий основные направления деятельности и показатели финансово-хозяйственной деятельности на среднесрочный период. В данном

документе отражены основные прогнозные показатели финансово-хозяйственной деятельности на пятилетний период (активы, пассивы, доходы, денежные средства, расходы и т.п.).

Финансирование текущей деятельности больницы осуществляется за счет государственных средств (ГОБМП и ОСМС), выделяемых согласно бюджетного законодательства РК, в рамках сформированного пятилетнего Плана развития, и собственных средств (платные услуги).

Процессы планирования потребных бюджетных средств, финансового анализа их использования возложены на отдел планирования и фин. анализа. Согласно положению об отделе (СМК-ПП-02, 2023 г.), на него возложены следующие основные функции:

- организация рациональной планово-экономической деятельности;
- подготовка экономической информации для принятия управленческих решений;
- контроль целевого использования бюджетных средств;
- разработка мероприятий по эффективному использованию материальных, трудовых и финансовых ресурсов, ускорению роста производительности труда, снижению себестоимости услуг, повышению рентабельности услуг, увеличению финансовой отдачи и прибыли, устранению потерь и нерациональных расходов;
- эффективная организация труда и заработной платы, обеспечение эффективности использования трудовых ресурсов и рационального использования фонда оплаты труда;
- разработка среднесрочного Плана развития больницы, внесение в него корректив;
- проведение комплексного анализа финансово-хозяйственной деятельности, осуществление планирования и подготовка заключений по его результатам и т.д.

В больнице действует консультативно-совещательный орган «Экономическая комиссия», на который возложены следующие функции:

- обсуждение основных направлений экономического развития на текущий и прогнозные годы;
- рассмотрение предложений по проведению согласованной политики в области финансового и социального состояния;
- обсуждение причин возникновения финансовых затруднений, вызванных воздействием внутренних и внешних факторов, и разрабатывает мероприятия для предотвращения или преодоления;
- обсуждение проекты концепций, государственных и отраслевых программ развития, финансового сектора и отраслей экономики и т.д.

Уточнения (коррективы) ежегодного Плана развития больницы (т.е. полный пересмотр бюджетных параметров, изменение наименований титулов расходов) допускаются не более 2-х раз в течение текущего финансового года, которые согласовываются Наблюдательным советом и утверждаются уполномоченным органом. В рамках внутреннего уточнения отдельных показателей конкретного титула расходов (без увеличения его размера и наименования), т.е. в рамках изменения отдельных элементов затрат, в течении текущего финансового допускается внесение корректив, утверждаемых протокольным решением

Экономической комиссии. В этой связи, в рамках уточнения в запланированном периоде потребных производственно-хозяйственных затрат, отдел ОПиФА запрашивает соответствующую информацию у структурных подразделений. Информацию об изменении потребности в ЛС и ИМН предоставляют клинические подразделения и отдел госпитальной фармакологии больницы (СМК-ПП-07 аптека), основную информацию об изменении потребности в материально-технических ресурсах и коммунальных затрат предоставляет отдел хозяйственно-технического обеспечения (СМК-ПП-35).

В 2025 г. было проведено 40 заседаний, а с января по май 2026 г. проведено 16 заседаний Экономического совета (всего 56, т.е. частота заседаний ЭК составила не менее 3-4^х раз в месяц), на которых были рассмотрено внесение корректив в отдельные элементы затрат, отраженных в соответствующих расходных титулах Плана развития. Следует отметить, что заявленные изменения ранее утвержденных бюджетных показателей достигают 20% и более, что свидетельствует о:

- недостаточной точности бюджетного планирования либо изменении фактической потребности в течение финансового года;
- некорректном планировании своих потребностей администраторами заявок (структурные подразделения больницы).

В нижеследующей таблице №8 представлена динамика основных бюджетных показателей Плана развития за 2025-2026 г.

таблица № 8

Годы	Доходы, тыс. тенге	Расходы, тыс.тенге	Фин. результат, тыс. тенге
2025 г. (факт)	13 487 929	13 734 261	(246 332)
2026 г. (план)	16 440 988	16 440 798	190

В результате хронического недофинансирования в больнице имеется значительная кредиторская задолженность. На 31.03.2025 г. фактическая кредиторская задолженность составила **2 710 327** тыс. тенге (основную долю, более 50% занимают поставщики ЛС и ИМН). Уровень собственных средств, получаемых за счет предоставления платных услуг, составляет незначительную сумму, в пределах ~3% от общей суммы доходов.

На основании финансовой отчетности за 2025 г., дополнительно проведен расчет ключевых финансовых коэффициентов, характеризующих финансовую устойчивость, рентабельность деятельности, ликвидность и оборачиваемость активов. Сводные результаты расчета финансовых коэффициентов представлены в нижеследующей таблице.

таблица №9 Показатели финансовой устойчивости предприятия

(по данным фин.отчетности за 2025 г.)

Показатели финансовой устойчивости	Факт	Норматив	Оценка
Коэффициент текущей ликвидности	0,88	≥ 1,5	Ниже нормы

Коэффициент быстрой ликвидности	0,42	$\geq 1,0$	Критически низкий
Коэффициент абсолютной ликвидности	0,06	$\geq 0,2$	Очень низкий
Коэффициент автономии (доля собственного капитала)	0,43	$\geq 0,4$	На грани нормы
Коэффициент финансовой зависимости (Debt Ratio)	0,57	$\leq 0,6$	Умеренно высокий
Валовая рентабельность	15,2 %	$> 20\%$	Снижение эффективности
Операционная рентабельность	-6,8 %	$> 0\%$	Убыточная деятельность
Чистая рентабельность	-1,9 %	$> 0\%$	Убыток
Оборачиваемость дебиторской задолженности	44 дня	$\leq 45-60$ дней	Приемлемо
Оборачиваемость запасов	66 дней	$\leq 45-60$ дней	Повышенный уровень

По итогам 2025 г. у больницы недостаточный уровень ликвидности (коэффициенты текущей, быстрой и абсолютной ликвидности ниже нормативных значений), отрицательная рентабельность деятельности, отмечается рост долговой нагрузки. Наиболее существенными операционными рисками являются дефицит оборотных средств, рост кредиторской и дебиторской задолженности, а также ухудшение структуры себестоимости услуг. Фактический уровень показателей финансовой устойчивости характеризует деятельность предприятия в условиях ограниченности финансовых ресурсов, в этой связи, при отсутствии достаточной регламентации процессов бюджетного планирования, корректировки плановых показателей и перераспределения отдельных элементов затрат данные обстоятельства могут создавать предпосылки для реализации дискреционных полномочий должностными лицами и возникновения потенциальных коррупционных рисков, связанных с принятием субъективных управленческих решений при корректировке бюджетных показателей и перераспределении финансовых ресурсов.

Формирование системы бухгалтерского учета

Формирование системы бухгалтерского учета в больнице осуществляется в соответствии с законом РК «О бухгалтерском учете и финансовой отчетности (№ 234-III от 28.02.2007 г.), требованиями Международных стандартов финансовой отчетности (МСФО), внутренними документами: Учетная политика (№01-4/59 от 31.12.2019 г.) и Налоговая учетная политика (№01-4/46 от 31.12.2019 г.).

Согласно положению об отделе бухгалтерии (СМК-ПП-01), на отдел возложены следующие основные функции:

- ведение бухгалтерского учета и формирование отчетности в соответствии со стандартами бухгалтерского учета, с использованием информационной системы 1С: бухгалтерия;

- осуществление своевременного и правильного оформления документов и совершаемых хозяйственных операций, связанных с финансово-хозяйственной деятельностью предприятия;
- контроль за исполнением Плана развития, доходов и расходов предприятия;
- своевременное начисление и выплата в срок заработной платы сотрудникам больницы;
- своевременное проведение расчетов, возникающих в процессе исполнения сметы расходов больницы с бюджетом, организациями и отдельными лицами;
- проведение инвентаризации денежных средств, расчетов и материальных ценностей, активов, своевременное и правильное определение результатов инвентаризации и отражение их в учете и т.п.

В целях обеспечения сохранности и контроля за движением товарно-материальных ценностей, в соответствии с требованиями Трудового кодекса РК, в больнице назначены материально-ответственные лица (81 чел.) На них возложены обязанности следить за сохранностью имущества, переданных им для работы, со всеми заключены договоры о полной материальной ответственности.

Из-за неполноценной интеграции программы МИС Надежда с программой 1С бухгалтерия, отмечается наличие некорректной выгрузки данных оборота ЛС и ИМН из программы МИС в программу 1С бухгалтерия. Как следствие имеет место несоответствие (запаздывание) отражения фактического наличия ЛС и ИМН в первичных документах в аптеке, ОГФ, отделениях и в бухгалтерской отчетности. Нарушение сроков сдачи финансовой отчетности регулируется статьей 238 Кодекса об административных нарушениях, согласно которой предусмотрен штраф. Повторное нарушение как правило, влечет более строгие санкции.

Финансово-хозяйственная деятельность больницы неоднократно проверялась государственными уполномоченными органами, работа отделений периодически заслушивается на Медицинском совете больницы, аудитом проводится выборочный мониторинг.

Аудиторской организацией ТОО «ABM AUDIT» на основании Договора о государственных закупках №191240005853/260034/00 от **23 января 2026 года** заключенного с ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №1» акимата г. Астаны, был проведен аудит финансовой деятельности Предприятия за период с 01 января 2023 года по 31 декабря 2025 года. По результатам внешнего аудита выданы следующие замечания и рекомендации:

Замечание по основным средствам: по состоянию на 31.12.2025 года 2 742 объекта основных средств на сумму 931 865 тыс. тенге являются полностью амортизированными (не имеют балансовой стоимости), но продолжают использоваться в деятельности Предприятия. Это свидетельствует о том, что сроки полезного использования активов не пересматривались своевременно, что является нарушением МСФО (IAS) 16.

Рекомендация: необходимо пересмотреть сроки полезного использования для этих активов, а также соответствующие нормы амортизации, приведя их в соответствие с положениями МСФО (IAS) 16 и учетной политикой Предприятия.

Рекомендация: на отчетную дату необходимо производить оценку наличия признаков обесценения активов. При выявлении таких признаков следует оценивать возмещаемую сумму актива и, в случае необходимости, признавать убыток от обесценения согласно МСФО (IAS) 36 «Обесценение активов».

Замечание по нематериальным активам (НМА): по состоянию на 31.12.2025 года 33 нематериальных актива полностью амортизированы и не имеют балансовой стоимости, несмотря на их фактическое использование в деятельности. Кроме того, НМА не проверялись на предмет обесценения в соответствии с МСФО (IAS) 36 и МСФО (IAS) 38.

Рекомендация: необходимо пересмотреть сроки полезного использования данных нематериальных активов и нормы их амортизации, приведя учет в соответствие с МСФО 38 и учетной политикой Предприятия.

Служба внутреннего аудита больницы представила отчет «Аудит хоз.операций с основными средствами за 2025 г. и движения медикаментов и изделий медицинского назначения (ИМН) в 2026 г.» По результатам обнаружений внутренним аудитором были выданы следующие *рекомендации*:

- провести по-объектный анализ всех выявленных проблемных основных средств с разделением их на следующие группы: подлежащие ремонту, подлежащие внутреннему перераспределению, подлежащие консервации, подлежащие списанию;
- по всем неработающим и сломанным объектам запросить технические заключения о возможности дальнейшей эксплуатации, стоимости восстановления и экономической целесообразности ремонта. По неиспользуемым основным средствам поручить провести оценку фактической потребности подразделений и при наличии потребности организовать их перераспределение внутри учреждения;
- по объектам, восстановление которых экономически нецелесообразно либо которые утратили потребительские свойства, инициировать процедуру списания в установленном порядке с оформлением всех необходимых подтверждающих документов.
- бухгалтерской службе провести уточняющий анализ начисления амортизации по проблемным объектам, числящимся на балансе, и представить информацию о наличии либо отсутствии начисления амортизации по неиспользуемым и неработающим активам. В отношении основных средств с нулевой остаточной стоимостью, но продолжающих фактическую эксплуатацию, обеспечить отдельный аналитический учет и мониторинг для целей планирования обновления, замены и формирования инвестиционной потребности;
- утвердить единый порядок отнесения ИМН к дорогостоящим не только по наличию стикера поставщика, но и по стоимостному критерию и номенклатурному перечню;
- обеспечить обязательное документальное оформление всех внутренних перемещений медикаментов и ИМН между отделениями с отражением в учетных формах;

- усилить контроль за остатками дорогостоящих и чувствительных позиций в подразделениях с наибольшей концентрацией таких запасов;
- организовать еженедельный мониторинг медикаментов с остаточным сроком годности менее 3 месяцев с принятием решений об их первоочередном использовании либо перераспределении.

Внутренней службой аудита также был проведен целевой аудит работы отдела административно-хозяйственного обеспечения. В рамках данной работы был проведен анализ таблиц учета пробега и расхода топлива по каждому автомобилю, и проверка соответствия фактического списания ГСМ установленным нормам за 2025 г. Анализ показал, что по отдельным транспортным средствам допущены отклонения фактического расхода топлива от нормативного значения. В целях повышения прозрачности эксплуатации служебного автотранспорта и контроля расхода горюче-смазочных материалов было рекомендовано рассмотреть в перспективе вопрос об установке GPS-трекеров на все служебные автомобили больницы. Использование системы спутникового мониторинга позволило бы обеспечить оперативный и достоверный контроль движения автотранспорта, а также снизить риски необоснованного списания ГСМ.

Внутренним аудитором также была проверка движения товарно-материальных ценностей и организация складского учета в отделе административно-хозяйственного обеспечения. В рамках проведенной проверки, аудитом было рекомендовано: завести журнал контроля заявок и фактических поставок; приемку товаров проводить исключительно комиссионно; запретить согласование поставок через мессенджеры без официального документального оформления; установить ежемесячную отчетность по товарам с низкой оборачиваемостью и избыточными остатками.

В соответствии с Договором № 191240005853/260041/00 от **02.02.2026** года, ТОО «GG-Audit Consulting» провело аудит финансовой отчетности ГКП на ПХВ "Многопрофильная городская больница №1" акимата г. Астаны, по состоянию на 31 декабря 2025 года, а также рассмотрело качественные аспекты учетной политики. В данном отчете представлены следующие замечания:

- рост дебиторской задолженности (с 489,9 млн тенге до 1,558 млрд тенге.);
- рост общей кредиторской задолженности (с 3,02 млрд тенге до 3,38 млрд тенге.);
- увеличение долгосрочных обязательств (6,0 млрд тенге до 7,22 млрд тенге.).

Управлением общественного здравоохранения г. Астаны на совещании от 24 апреля т.г., касательно рассмотрения итогов Государственного аудита эффективности деятельности отдельных субъектов квазигосударственного сектора в сфере здравоохранения, было указано, на имеющиеся нарушения и недостатки в составлении внутренних документов, в частности было указано, на то, что Учетная и Налоговая политики мед. организаций не согласованы с Уполномоченным органом.

В дополнение к представленным статистическим данным, проведен комплаенс-анализ процедур бюджетного планирования и формирования фин. отчетности, сфокусированный на оценке операционных и коррупционных рисков. Целью данного этапа работы стала идентификация уязвимых зон в данном процессе, оказывающих влияние на эффективность финансово-экономического

планирования. Результаты проведенной оценки и сформированная карта потенциальных рисков представлены ниже.

таблица №10 Карта коррупционных рисков в финансово-экономической деятельности

Причины и условия (индикаторы), способствующие возникновению коррупционных рисков	Рисковые события	Вероятность	Уровень влияния
Частое внесение изменений в План развития и бюджетные параметры	Ручное перераспределение финансовых ресурсов в интересах отдельных подразделений	Средняя	Высокое
Недостаточная обоснованность заявок структурных подразделений	Искажение потребности в финансовых ресурсах и формирование необоснованных расходов	Высокая	Высокое
Высокая зависимость от бюджетного финансирования	внутреннее лоббирование приоритетного финансирования отдельных направлений деятельности	Средняя	Высокое
Значительный объем кредиторской задолженности	Принятие субъективных решений при определении очередности оплаты поставщикам	Высокая	Высокое
Недостаточный контроль за движением основных средств	Соккрытие фактов неэффективного использования, утраты либо необоснованного списания имущества	Средняя	Высокое
Наличие полностью амортизированных, но используемых активов	Искажение финансовой отчетности и инвестиционных потребностей	Средняя	Среднее
Недостаточный контроль за движением медикаментов и ИМН	Необоснованное списание, перераспределение либо сокрытие дефицита материальных запасов	Средняя	Высокое
Отсутствие полной интеграции МИС и 1С	Риск ручной корректировки данных бухгалтерского учета и отчетности	Средняя	Высокое
Рост дебиторской и кредиторской задолженности	Искажение реального финансового состояния предприятия	Средняя	Среднее
Отсутствие согласования отдельных финансовых документов с уполномоченным органом	Нарушение требований законодательства и принятие решений вне установленного порядка	Низкая	Среднее
Недостаточная регламентация мониторинга аффилированности контрагентов	Конфликт интересов при заключении договоров и осуществлении платежей	Низкая	Высокое

Концентрация полномочий у ограниченного круга должностных лиц	Субъективность при планировании, корректировке бюджета и распределении ресурсов	Средняя	Высокое
---	---	---------	---------

Исходя из результатов анализа организации планово-финансовой деятельности причинами и условиями (*индикаторы*) возникновения *потенциального коррупционного риска* являются (красная зона):

- несоблюдение учетной и бюджетной дисциплины;
- частое внесение корректив в утвержденные бюджеты;
- возможность «ручной» корректировки процессов бюджетного планирования, формирования отчетности;
- нарушение сроков сдачи финансовой отчетности;
- отсутствие согласования с Уполномоченным органом Учетной и Налоговой политик;
- слабая финансовая устойчивость предприятия.

Оценка потенциального коррупционного риска/последствия при его реализации:

- высокий уровень регуляторных рисков. Замечания со стороны уполномоченных госорганов. Штрафы, пени. Следствие - потеря деловой репутации, ухудшение имиджа предприятия.

Рекомендации:

- усилить внутренний финансовый контроль и инвентаризационные процедуры;
- согласовать Учетную и Налоговую политики предприятия с уполномоченным органом;
- обеспечить неуклонное соблюдение сотрудниками отделов бухгалтерии, фин. анализа и планирования, хозяйственно-технического обеспечения требований учетной, бюджетной и налоговой политик, Кодекса деловой этики, антикоррупционного законодательства РК;
- организовать для ответственных сотрудников внутренние занятия по повышению профессиональных знаний (тех.учеба) по следующим направлениям: управленческий учет; разработка Плана развития Предприятия; стандарты МСФО;
- внести должности начальников отделов бухгалтерии, планирования и фин.анализа, хозяйственно-технического обеспечения, расчетного бухгалтера в «Перечень должностей, подверженных коррупционным рискам».

6. Оказание платных услуг

Предоставление платных услуг регламентируется ст.202 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020 «Об утверждении правил оказания платных услуг субъектами здравоохранения и типовой формы договора по предоставлению платных медицинских услуг (помощи)». Медицинская помощь, предоставляемая на платной основе (платные медицинские услуги) оказываются в соответствии со стандартами

на договорной основе. С услуга получателями, как с физическими, так и юридическими лицами заключается договор на получение платных услуг.

Утвержденный прейскурант цен размещен на сайте больницы, а также представлен в информационном листе в отделе регистрации пациентов. В 2025 г. были предоставлены платные услуги на сумму 649 425 тыс.тенге, план на 2026 г. составляет 602 424 тыс. тенге.

При изучении «Положения об отделе (СМК-ПП-09, 2025 г.) выявлено что, в нем отсутствуют отсылки к ключевым требованиям Закона РК "О противодействии коррупции".

В 2025-2026 гг. неоднократно были проведены комплаенс-проверки работы платных палат в отделениях больницы, в ходе проведения которой были отмечены следующие замечания:

1. заведующие отделениями не в полной мере соблюдают требование СОП-74 «Правила и условия оказания платных услуг», в части взимания предоплаты в размере 80% от стоимости платных услуг. Согласно анализу заключенных договоров, в большей части предварительная оплата за платные услуги взимается в размере не более 50% (~ 50-100 тыс. тенге);
2. заведующие отделениями не контролируют идентичность фактической подписи со стороны Исполнителя (больницы) на договорах по платным услугам на соответствие указанным инициалам (ФИО);
3. при оказании дополнительных услуг по уходу за пациентами и сервиса (предоставление доп. места и пр.), данные услуги им оказываются без заключения договоров, и оплачиваются пациентами по факту оказания услуг, т.е. с просрочкой от 3 до 5 дней.

Фактическая загрузка платных палат больницы составила ~ 65%, в отдельных подразделениях отсутствовали платные пациенты (нейрохирургия, эндокринология, пульмонология, комбустиология, урология и т.д.), возможно необходимо перераспределить количество платных коек между отделениями. Наличие у ответственных должностных лиц (зав. отделением) право самостоятельно принимать решения о порядке оказания платных медицинских услуг, размещении пациентов и применении отдельных условий обслуживания может создавать предпосылки для предоставления необоснованных преимуществ отдельным лицам.

Проведен комплаенс-анализ процедур предоставления платных медицинских услуг, сфокусированный на оценке операционных и коррупционных рисков. Целью данного этапа работы стала идентификация уязвимых зон в данном процессе, оказывающих влияние на эффективность организации предоставления платных услуг. Результаты проведенной оценки и сформированная карта потенциальных рисков представлены ниже.

таблица №11 Карта коррупционных рисков процессов реализации платных услуг

Причины и условия (индикаторы), способствующие возникновению коррупционных рисков	Рисковые события	Вероятность	Уровень влияния
Несоблюдение требований СОП-74 ответственными работниками	Оказание платных услуг без соблюдения установленного порядка оформления и оплаты	Высокая	Высокое
Недостаточный контроль за полнотой внесения предоплаты	Образование неучтенной дебиторской задолженности, риск неофициальных расчетов с пациентами	Высокая	Высокое
Оказание дополнительных услуг без заключения договора	Получение денежных средств в обход официального учета	Высокая	Высокое
Недостаточный контроль со стороны заведующих отделениями	Предоставление отдельным пациентам необоснованных преимуществ и льготных условий обслуживания	Средняя	Высокое
Наличие дискреционных полномочий медицинского персонала при организации лечения	Формирование практики «индивидуального подхода» к отдельным пациентам	Средняя	Высокое
Прямой контакт медицинского персонала с пациентами и их родственниками	Получение незаконного материального вознаграждения за оказание медицинской помощи	Средняя	Высокое
Недостаточный контроль своевременности оформления договоров	Не надлежащее оформление договорных отношений	Средняя	Среднее
Отсутствие автоматизированного контроля платных услуг	Искажение данных о фактически оказанных услугах и произведенных оплатах	Средняя	Высокое
Неравномерная загрузка платных палат между отделениями	Создание условий для субъективного распределения пациентов и доходов	Низкая	Среднее
Недостаточный мониторинг деятельности платных палат	Соккрытие нарушений порядка оказания платных услуг	Средняя	Высокое
Отсутствие регулярного внутреннего контроля соблюдения СОП-74	Систематическое повторение нарушений договорной и финансовой дисциплины	Средняя	Высокое
Недостаточная информированность пациентов о стоимости и порядке оказания услуг	Возникновение коррупционных предложений и жалоб со стороны пациентов	Средняя	Среднее

Исходя из результатов анализа данного вида деятельности причинами и условиями (индикаторы) возникновения потенциального коррупционного риска являются (красная зона):

- несвоевременное заключение договоров на оказание дополнительных платных услуг по уходу и сервисному обслуживанию, создающее предпосылки для оказания услуг без надлежащего документального оформления и полного отражения в бухгалтерском учете;
- несоблюдение ответственными лицами (заведующими отделениями, врачами, менеджерами и работниками отдела маркетинга) требований СОП-74 в части обязательного взимания предоплаты в установленном размере (80%), что может создавать условия для избирательного применения внутренних процедур, предоставления необоснованных преимуществ отдельным пациентам и возникновения коррупционных рисков;
- возможность предоставления отдельным пациентам необоснованных преимуществ либо услуг, не предусмотренных внутренними документами и договорными обязательствами, что может создавать предпосылки для нарушения принципов равного доступа к медицинской помощи;
- Наличие предпосылок для получения медицинскими работниками незаконного вознаграждения либо иных имущественных выгод за совершение действий (бездействие), связанных с исполнением ими должностных обязанностей.

Оценка потенциального коррупционного риска/последствия при его реализации: при критическом увеличении количества негативных отзывов в адрес больницы, ожидаются замечания со стороны уполномоченных госорганов, стейкхолдеров. Следствие - потеря деловой репутации, ухудшение имиджа предприятия.

Рекомендации:

- отделу маркетинга провести разъяснительную лекцию для мед.персонала касательно соблюдения требований СОП-74 «Правила и условия оказания платных услуг». Обеспечить постоянный контроль исполнения договорных обязательств со стороны платных пациентов;
- заведующим клинических отделений на постоянной основе контролировать наличие регистрации пациентов, поступающих на лечение на платной и бесплатной основе в пункте их регистрации. Требовать от мед.персонала неуклонного соблюдения требований кодекса деловой этики, антикоррупционного законодательства РК, предоставления мед.услуг высокого качества;
- внести должности заведующих лечебными отделениями, врачей в «Перечень должностей, подверженных коррупционным рискам».

6. Оказание государственных услуг

Многопрофильная городская больница №1 осуществляет свою деятельность в сфере оказания медицинской помощи населению. Больница представляет собой современный центр, оснащенный современным медицинским оборудованием, предоставляющий круглосуточную помощь пациентам.

При осуществлении деятельности больница руководствуется законодательством Республики Казахстан, в том числе: Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»; Закон Республики Казахстан «О государственных услугах»; «Об утверждении номенклатуры

специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» (утвержден приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР- ДСМ-305/2020); «Стандарт организации оказания медицинской помощи в стационарных условиях в Республике Казахстан» (утвержден приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2022 года № ҚР- ДСМ-27), «Основы организации лечебно-профилактической, скорой медицинской помощи, лекарственного обеспечения населения» и другие нормативно-правовые акты.

В больнице оказывается 55 видов медицинских услуг, коечный фонд составляет – 642 места, работает более тысячи специализированных специалистов. Медицинские услуги оказываются в соответствии с утвержденными Стандартами и в установленные сроки. Финансирование деятельности больницы осуществляется в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) и за счет предоставления дополнительных платных услуг населению.

Больница также предоставляет пациентам высокоспециализированную медицинскую помощь (ВМП) за счет бюджетных средств (квоты). Для этого, узкоспециализированные медики-специалисты больницы осуществляют полное обследование обратившихся пациентов на предмет выявления у них медицинских показаний для выполнения ВМП, и при обнаружении у пациента сложного заболевания, выдают ему консультативный лист с рекомендациями и прочие сопутствующие документы (анализы, выписки из истории болезни и пр.), необходимые пациенту для подачи соответствующей заявки и ее регистрации на Портале для получения квоты, т.е. права на получение ВМП в порядке очереди (срок рассмотрения заявки на Портале занимает от нескольких недель до месяца). После получения положительного решения о выделении квоты, пациент может быть поставлен в лист ожидания, точное время ожидания зависит от различных факторов, включая загруженность больницы и специфику заболевания.

К самостоятельной работе в сфере здравоохранения допускают: лиц, имеющих соответствующее медицинское образование и подготовку по специальности, обладающих теоретическими знаниями и профессиональными навыками в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, не имеющих противопоказаний к работе по данной специальности по состоянию здоровья, прошедших в установленном порядке предварительный и периодические осмотры. Обученных безопасным методам и приемам выполнения работ и т.д. Согласно общему положению, основные обязанности врачебного персонала включают: медосмотр пациентов, диагностика заболеваний, назначение лечения согласно протоколам, профилактика заболеваний, лечение заболеваний, динамическое наблюдение, подготовка документов, выписка больничных листов.

В 2025 г. было пролечено – 28 489 случаев, из них 73% составила экстренная госпитализация и 27% плановая. Среднее значение показателя «Средняя длительность пребывания больного» (СДПБ) в целом по больнице составила - 7,1

дней, оборот койки составил – 49,1 раз (ниже норматива, 60-70). «Пропускная способность» составила 102,5%, что на 2,5% выше норматива.

Больница также оказывает гос.услугу «выдача листа о временной нетрудоспособности» (код гос.услуги 0060105). В 2025 г. было выдано 7 864 больничных листов, в 2026 г. (на 30.05.) 3 601 лист. Ведется журнал по учету и выдаче листов о временной нетрудоспособности. Выдача листа о временной нетрудоспособности происходит посредством медицинской информационной системы, что минимизирует ошибки и коррупционные риски при оформлении листов временной нетрудоспособности. Жалоб по оказанию данного вида услуг за анализируемый период не поступало.

По реализации разрешительных функций - больница не выполняет разрешительные функции. По реализации контрольно-ревизионных функций - больница не реализовывает контрольно-ревизионные функции.

Следует отметить, что в результате недостаточного уровня бюджетного финансирования (на уровне 80% от потребности) больница вынуждена на ежемесячной основе приостанавливать выписку пациентов получивших медицинскую помощь в рамках СМП ГОБМП, как следствие, таким образом создается искусственный дефицит в качественной медицинской помощи. Из-за отсутствия решения проблемы недофинансирования текущей деятельности больницы на государственном уровне имеет место риск возникновения негативных последствий как для обратившихся за помощью пациентов, так и для больницы. К первоочередным последствиям можно отнести следующие:

- критическое увеличение количества жалоб от пациентов и их законных представителей по причине сдерживания приема пациентов;
- в результате сдерживания приема пациентов, имеет место дефицит качественной стационарной медицинской помощи населению г. Астаны, увеличивается риск смертности и тяжелых последствий для здоровья «хронических» пациентов;
- снижение финансовой устойчивости больницы из-за наличия значительной просроченной кредиторской задолженности, и низких тарифов на мед. услуги.

По результатам проведенного анализа коррупционные нарушения при оказании государственных услуг не выявлены. Вместе с тем в целях предупреждения их возникновения рекомендуется обеспечить дальнейшее соблюдение установленных административных процедур, требований законодательства и механизмов внутреннего контроля.

Исходя из результатов анализа деятельности *индикаторами возникновения потенциального коррупционного риска* являются (красная зона):

- возможность предоставления отдельным пациентам необоснованных преимуществ либо медицинских и сервисных услуг, не предусмотренных законодательством Республики Казахстан, внутренними документами больницы или условиями заключенных договоров;
- возможность необоснованного затягивания сроков предоставления гарантированных медицинских услуг либо изменения очередности их оказания в отсутствие объективных медицинских показаний;

- возможность неполного информирования пациента о ходе лечения, назначенных лекарственных препаратах, альтернативных методах лечения и оказываемых медицинских услугах, что может создавать предпосылки для навязывания дополнительных услуг либо получения неправомерной выгоды;
- возможность оформления фиктивных листов временной нетрудоспособности либо фиктивной госпитализации в результате злоупотребления должностными полномочиями;
- возможность получения медицинскими работниками незаконного материального вознаграждения либо иных имущественных выгод за предоставление отдельных медицинских услуг, ускорение их оказания, изменение очередности обслуживания либо совершение иных действий с использованием своего должностного положения.;
- возможность создания искусственных условий для перевода пациентов на платную основу либо приобретения ими лекарственных средств и медицинских изделий за собственный счет при наличии предусмотренного законодательством бесплатного обеспечения.

Оценка потенциального коррупционного риска/последствия при его реализации:

- при несоблюдении требований Кодекса деловой этики, антикоррупционного законодательства, возможны жалобы со стороны пациентов, уполномоченных госорганов. Следствие - потеря деловой репутации, ухудшение имиджа предприятия.

Рекомендации:

- всем сотрудникам больницы неуклонно соблюдать требования Кодекса деловой этики, антикоррупционного законодательства РК;
- внести должность врача в «Перечень должностей, подверженных коррупционным рискам».

7. Обеспечение прозрачности и гласности деятельности больницы

Принципы и правила поведения в больнице регламентируются Корпоративной политикой (СМК-МИ-04), в которой содержится свод норм, правил и законов, которые являются обязательными для исполнения всеми сотрудниками. В данном документе задекларированы следующие ключевые ценности для членов коллектива:

- пациент ориентированность;
- уважение достоинства и личности пациентов;
- демонстрация высокого уровня доверия и порядочности, как в отношениях с пациентами, так и внутри коллектива
- коллегиальность;
- соблюдение принципов честности и порядочности в личностных и коллективных действиях;
- достижение высокого результата, во благо пациента и коллектива, на основе взаимовыгодного партнерства.

В больнице категорически недопустимо:

- воровство, получение взяток, в том числе в виде «откатов», ложь, искажение отчетной информации, нанесение преднамеренного материального и морального ущерба, оскорбление и унижение достоинства коллег;
- нахождение на рабочем месте в состоянии алкогольного опьянения. Прием наркотических или психотропных средств;
- разглашение служебной и профессиональной тайны, высказывания, порочащие репутацию больницы, ее руководителей во внешних кругах, СМИ и т.д.;
- использовать свое служебное положение в корыстных целях.

Действующий Этический кодекс (СОП-31) включает ряд норм и правил служебного поведения, которыми должны руководствоваться персонал в своей работе:

- быть вежливыми, доброжелательными, корректными, внимательными и проявлять толерантность в общении с гражданами и коллегами;
- оказывать медицинскую помощь любому человеку вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, места проживания, его социального статуса, религиозных и политических убеждений, в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями и служебными обязанностями согласно общепринятых медицинских стандартов;
- беспристрастно анализировать как свои собственные ошибки, так и ошибки своих коллег;
- неукоснительно соблюдать трудовую дисциплину, добросовестно, беспристрастно и качественно исполнять свои служебные обязанности, эффективно использовать для этого свое рабочее время, бережно относиться к вверенной государственной собственности, имуществу;
- своим отношением к делу и личным поведением, способствовать созданию устойчивой и позитивной морально-психологической обстановки в коллективе;
- не допускать и пресекать факты нарушения норм служебной этики со стороны других работников;
- соблюдать субординацию и деонтологию;
- не допускать использование служебной информации в корыстных целях;
- не допускать проявлений бюрократизма и волокиты при рассмотрении обращений, в установленные сроки принимать по ним необходимые меры;
- своими действиями и решениями не давать повода обоснованной критики со стороны общества, не допускать преследований за критику, терпимо относиться к ней, использовать конструктивную критику для устранения недостатков и улучшения своей профессиональной деятельности.

Несоблюдение сотрудниками требований вышеуказанных документов влечет за собой немедленное увольнение.

Руководство больницы осуществляет организационно-распорядительные и административно-хозяйственные функции, обеспечивает рациональное, эффективное и целевое использование материально-трудовых ресурсов и бюджетных средств, сохранность имущества (СМК-ДИ). Распределяет трудовые, финансовые и материальные ресурсы согласно утвержденных планов, осуществляет контроль соблюдения договорной и трудовой дисциплины, устойчивости финансово-экономического положения больницы.

Для обеспечения прозрачности и гласности деятельности больницы, улучшения работы с заинтересованными сторонами (уполномоченный орган, стейкхолдеры), обеспечения эффективности системы обратной связи руководством больницы на постоянной основе:

1. проводятся оперативные совещания, заседания Медицинского совета, Экономической, Дисциплинарной и Этической комиссий, и т.п.;
2. осуществляется мониторинг и анализ качества оказываемых мед.услуг, разработка мероприятий, направленных на повышение качества, безопасности и эффективности медицинской помощи пациентам;
3. осуществляется прием граждан согласно установленному графику приема;
4. принимаются обращения граждан через электронные системы, социальные сети, электронную почту;
5. ведется работа по обработке обращений, поступающих посредством службы «IKotek» Астана;
6. имеется телефон «доверия», опубликованный на официальном сайте больницы.

Информация о деятельности больницы своевременно обновляется на веб-сайте и в социальных сетях. Согласно представленной информации, за 2025 год поступило 1 426 обращений от пациентов, из них жалоб 836 (58 %), благодарностей 590 (42 %). В 2026 году (на 30.05.) поступило 796 обращений от пациентов, из них жалоб 316 (40 %), благодарностей 480 (60 %). На каждое обращение физического или юридического лица своевременно предоставлен ответ, с обязательным разъяснением их прав на обжалование принятого решения. Жалоб коррупционного характера на работников больницы не поступало.

По результатам проведенного анализа в сфере рассмотрения обращений и жалоб пациентов к индикаторам возникновения потенциальных коррупционных рисков (красная зона) относятся:

- формальное рассмотрение обращений и жалоб пациентов, создающее предпосылки для сокрытия нарушений и ненадлежащего реагирования на выявленные недостатки;
- отсутствие системного плана мероприятий по устранению причин и условий, способствующих возникновению жалоб пациентов, что не обеспечивает своевременную профилактику повторяющихся нарушений и может создавать предпосылки для сохранения коррупциогенных факторов в деятельности больницы.

Оценка потенциального коррупционного риска/последствия при его реализации:

- из-за роста количества негативных отзывов пациентов в адрес больницы, возможны замечания со стороны уполномоченных госорганов. Следствие - потеря деловой репутации, ухудшение имиджа предприятия.

Рекомендации:

- организовать системное (в том числе каскадное) обучение медицинского персонала по вопросам эффективных коммуникаций с пациентами, развития эмоционального интеллекта, управления конфликтными ситуациями, соблюдения принципов медицинской этики и антикоррупционного поведения;

- усилить контроль за соблюдением работниками требований Кодекса деловой этики и антикоррупционного законодательства Республики Казахстан посредством проведения регулярных обучающих мероприятий и внутреннего мониторинга;
- внести должности руководителя больницы и его заместителей в «Перечень должностей, подверженных коррупционным рискам».

II. Нормативно-правовые акты, затрагивающие деятельность больницы

Предприятие осуществляет свою деятельность в соответствии с Уставом предприятия и следующими нормативными правовыми актами:

- Конституция Республики Казахстан от 30.08.1995 года;
- Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- Трудовой кодекс Республики Казахстан от 23.11.2015 года №414-V (по состоянию на 19.05.2025 г.);
- Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях от 05.06.2014 г. (по состоянию на 05.04.2025 г.);
- Закон Республики Казахстан от 04.12.2015 года №434-V «О государственных закупках»;
- Закон Республики Казахстан от 15.04.2013 года №88-V «О государственных услугах»;
- Закон Республики Казахстан от 16.11.2015 года №405 «Об обязательном социальном медицинском страховании»;
- Закон Республики Казахстан от 12.01.2007 года №221 «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц»;
- Закон Республики Казахстан от 06.04.2016 года №480 «О правовых актах»;
- Закон Республики Казахстан от 18 ноября 2015 г. «О противодействии коррупции»;
- Постановление Правительства Республики Казахстан от 04.06.2021 года за №375 «Об утверждении Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, фармацевтических услуг»;
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23.12.2020 года КР ДСМ-319/2020 «Об утверждении кодекса чести медицинских и фармацевтических работников Республики Казахстан»;
- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30.10.2020 года № КР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения»;
- Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29.09.2015 года №761 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»;
- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12.09.2011 года №617 «Об утверждении Инструкции по организации деятельности приемного

отделения медицинских организации, оказывающих стационарную помощь» и другими внутренними документами;

- Закон Республики Казахстан от 18 ноября 2015 года «О противодействии коррупции»;

- внутренние локальные акты и документы (СМК, СОП, правила, положения, должностные инструкции и пр.).

Процесс разработки внутренних актов больницы регламентирован следующими правилами и приказами:

- типовые правила документирования и управления документацией в государственных и негосударственных организациях (Приказ Министра культуры и спорта РК от 22 декабря 2014 года № 144);

- правила по управлению документацией (СМК-ДП-01), в котором установлены требования к построению и содержанию документов, применяемых в деятельности больницы;

- методическая инструкция «Ведение делопроизводства» (СМК-МИ-06, 2023 г.).

Все внутренние локальные акты и документы в больнице предварительно проходят юридическую экспертизу в юридическом отделе. Согласно положению об юридическом отделе больницы (СМК-ПП-15), на отдел возложены следующие основные функции:

- подготовка предложений к проектам внутренних нормативно-правовых актов;

- проверка на соответствие требованиям законодательства представляемых на подпись Директора больницы проектов приказов и других документов правового характера;

- представление в установленном порядке интересов больницы в суде и других органах при рассмотрении правовых вопросов, в т.ч. ведение претензионно-исковой работы в случае неисполнения и/или ненадлежащего исполнения обязательств по заключенным договорам;

- предоставление разъяснений по возникающим вопросам правового характера, ознакомления личного состава по текущим и по вновь принятым нормативными правовыми актами РК (Законы, кодексы, приказы уполномоченных органов и т.д.).

В ходе проведенного анализа внутренних нормативных актов больницы на предмет исключения возникновения потенциальных коррупционных рисков, было **рекомендовано** внести антикоррупционные ссылки и пр., в т.ч.:

1. в положения о структурных подразделениях (СМК-ПП), в разделе 1. «Общие положения» в пункте «... руководствуется следующими документами» дополнить: «Законом РК от 18 ноября 2015 года «О противодействии коррупции»»;

2. в инструкцию «Кадровая политика» (СМК-МИ-11, 2023 г.) внести требование: «соблюдать сотрудниками антикоррупционную политику предприятия»;

3. в Программе управления человеческими ресурсами (СМК-МИ-05, 2023 г.), дополнить приложение №4 (список документов необходимых при приеме на работу) пунктом: «предоставить Справку о наличии либо отсутствии коррупционного нарушения»;

4. актуализировать Программу управления человеческими ресурсами (СМК-МИ-05) и инструкцию «Кадровая политика» (СМК-МИ-11), предусмотрев в них стандарты оценки квалификации и верификации профессиональных компетенций

кандидатов, внедрить современные процедуры контроля, обеспечивающие прозрачность и эффективность процессов управления человеческими ресурсами;

5. в 2025 г. истек срок действия Коллективного договора 2020-2025 гг., в этой связи необходимо своевременно обеспечить разработку нового коллективного договора с участием представителей работников, и согласовать с Уполномоченным органом;

6. согласовать Учетную и Налоговую учетную политики больницы с уполномоченным органом.

Исходя из результатов анализа содержания внутренних локальных актов и документов (ВНД), *индикаторами потенциального коррупционного риска являются:*

- наличие в отдельных внутренних нормативных документах формулировок, допускающих неоднозначное толкование или различное применение на практике;
- спользование в отдельных положениях ВНД диспозитивных формулировок («вправе», «может») вместо императивных обязанностей должностных лиц, что может расширять пределы их дискреционных полномочий;
- предоставление отдельным должностным лицам чрезмерно широких дискреционных полномочий либо отсутствие достаточной детализации порядка их реализации и контроля;
- отсутствие либо недостаточная регламентация в отдельных ВНД требований по соблюдению антикоррупционной политики, предотвращению конфликта интересов и иных комплаенс-процедур;
- несвоевременная актуализация внутренних нормативных документов при изменении законодательства Республики Казахстан, что может приводить к применению устаревших норм и неоднозначному толкованию действующих требований.

Оценка потенциального коррупционного риска/последствия при его реализации:

- рост количества критических отзывов в адрес предприятия (пациенты, поставщики, гос. органы и т.д.). Судебные иски. Следствие - ухудшение имиджа предприятия.

Вывод:

- усилить внутренний контроль за соблюдением работниками требований правил делопроизводства, Кодекса деловой этики, антикоррупционного законодательства Республики Казахстан и внутренних нормативных документов посредством проведения регулярных обучающих мероприятий и мониторинга их исполнения;
- провести комплексную актуализацию внутренних нормативных документов с приведением их в соответствие с действующим законодательством Республики Казахстан, внутренними антикоррупционными стандартами, а также исключением норм, допускающих неоднозначное толкование и расширительное применение дискреционных полномочий;
- внести должность начальника юридического отдела в «Перечень должностей, подверженных коррупционным рискам».

Общие выводы и предложения по результатам ВАКР

В соответствии с Методическими рекомендациями по проведению внутреннего анализа коррупционных рисков (утверждены приказом Председателя Агентства Республики Казахстан по противодействию коррупции от 30.12.2022 г. №488), проведен комплаенс-анализ бизнес-процессов ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №1» за отчетный период.

Комплаенс-анализ операционной деятельности больницы по ключевым направлениям (управление человеческими ресурсами, государственные закупки, ИТ-инфраструктура, финансово-экономический блок и др.) позволил систематизировать выявленные уязвимости и сформировать единую матрицу потенциальных рисков (таблица №12), для обеспечения адресного управленческого воздействия на приоритетных направлениях контроля.

таблица №12. Матрица ключевых рисков и превентивных мер контроля

Категория риска (по типу процесса)	Описание ключевого риска	Уровень критичности	Приоритетная мера контроля
Риск концентрации полномочий	Субъективизм при принятии решений, обусловленный централизацией функций у исполнителя	Высокий	Четкая регламентация функций и ротация исполнителей
Финансово-отчетный	Искажение учета из-за отсутствия синхронизации данных между МИС и 1С	Высокий	Утверждение строгого регламента сверки данных (ручной контроль)
Процедурно-закупочный	Неточность описания в документации и ограничения конкуренции в закупках	Высокий	Применение типовых форм документов и двойная проверка заявок
Информационные технологии	Уязвимость безопасности и риск потери данных из-за износа техники	Средний	Регламент ежедневного резервного копирования и очистка серверов
Платные услуги	Нарушение порядка оказания услуг (оплата «мимо кассы»)	Средний	Усиление контроля отделом маркетинга за регистрацией договоров
Нормативно-правовой	Нечеткость внутренних регламентов и обязанностей сотрудников	Средний	Юридическая ревизия и актуализация должностных инструкций

Представленная сводная матрица рисков позволяет не только визуализировать текущее состояние, но и определить приоритетность внедрения превентивных мер, направленных на повышение прозрачности и эффективности деятельности больницы.

В рамках комплаенс-анализа ключевых бизнес-процессов уточнены категории потенциальных рисков, их критичность и балльность. Расчет балльности выполнен на основе экспертной оценки, где итоговый балл уровня риска (R) определяется как произведение вероятности (P) и потенциального влияния (I):

$$R = P \times I.$$

Использование шкалы (от 1 до 5 баллов) позволяет классифицировать риски по уровням критичности: от среднего (желтая зона, 9 баллов) до экстремального (красная зона, 25 баллов). Приведенная ниже «Сводная карта критичности коррупционных рисков» содержит распределение рисков по структурным подразделениям (владельцам), определяет их категориальную принадлежность, содержит описание уязвимостей и устанавливает итоговый уровень приоритетности мероприятий по снижению риска.

таблица № 13 Сводная карта критичности потенциальных коррупционных рисков

Владелец риска	Категория риска	Описание риска	Балл (P*I)	Уровень риска	Цветовая индикация уровня риска
Отдел маркетинга, врачи оказывающие платные услуги	Операционный	Нарушение порядка оплаты, несоблюдение СОП-74	5*5=25	Экстремальный	Красный
Отдел кадров	Управленческий	Концентрация полномочий, субъективность решений	4*5=20	Высокий	Оранжевый
Отдел закупок	Процедурный	Риски в документации, аффилированность	4*5=20	Высокий	Оранжевый
Бухгалтерия	Финансовый	«Ручные» корректировки отчетности	4*5=20	Высокий	Оранжевый
ИТ-отдел	Технический	Риски манипуляции данными (МИС, 1С)	3*3=9	Средний	Желтый
Административно-хозяйст. отдел	Операционный	Износ оборудования, нерациональное использование ТМЦ	3*3=9	Средний	Желтый

Выводы: по результатам проведенного комплаенс-анализа установлено, что действующие бизнес-процессы и внутренние процедуры в целом обеспечивают необходимый уровень внутреннего контроля и предупреждения потенциальных коррупционных рисков. Одновременно выявлены отдельные организационные и процедурные уязвимости, устранение которых позволит повысить прозрачность управленческих процессов и эффективность системы внутреннего контроля. С учетом результатов Сводной карты критичности потенциальных коррупционных рисков (таблица № 13) приоритетной задачей является реализация мероприятий по снижению экстремальных и высоких уровней потенциальных коррупционных рисков до приемлемого уровня. В этих целях целесообразно обеспечить:

- неукоснительное соблюдение ответственными работниками требований СОП-74 при оказании платных услуг;
- совершенствование механизмов принятия кадровых решений путем внедрения объективных критериев оценки и минимизации дискреционных полномочий;
- повышение прозрачности процедур бюджетного и финансового планирования;
- своевременную актуализацию внутренних нормативных документов и их приведение в соответствие с требованиями антикоррупционного законодательства Республики Казахстан и внутренних комплаенс-стандартов.

Реализация указанных мероприятий позволит снизить вероятность реализации потенциальных коррупционных рисков, повысить эффективность системы внутреннего контроля, обеспечить прозрачность управленческих процессов и укрепить комплаенс-культуру больницы в пределах действующих бюджетных ограничений и внутренних регламентов.

Перспективный план корректирующих мероприятий по результатам ВАКР:

1. утвердить перечень должностей, подверженных коррупционным рискам;
2. утвердить План мероприятий по устранению причин и условий, способствующих возникновению коррупционных рисков и коррупционных правонарушений, с определением ответственных исполнителей, сроков реализации и показателей исполнения;
3. обеспечить постоянный контроль за исполнением структурными подразделениями Плана мероприятий по устранению причин и условий, способствующих возникновению коррупционных рисков, с периодическим рассмотрением результатов его реализации на уровне руководства предприятия;
4. обеспечить на постоянной основе (ежеквартально) проведение обучающих мероприятий, семинаров и разъяснительной работы среди работников по вопросам соблюдения требований законодательства Республики Казахстан о противодействии коррупции, антикоррупционной политики предприятия, предотвращения конфликта интересов и соблюдения Кодекса деловой этики;
5. обеспечить проведение регулярного антикоррупционного мониторинга наиболее коррупциогенных бизнес-процессов и управленческих процедур с целью своевременного выявления и минимизации потенциальных коррупционных рисков;
6. разместить результаты внутреннего анализа коррупционных рисков на официальном интернет-ресурсе ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница № 1» акимата города Астаны в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и принципами открытости и прозрачности деятельности предприятия.

Комплаенс-офицер



Нурсеитов Ж.Т.