

Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Городская многопрофильная больница с онкологическим центром» Управления здравоохранения города Шымкент

АНАЛИТИЧЕСКАЯ СПРАВКА

**о результатах внутреннего анализа коррупционных рисков
в деятельности ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница с онкологическим центром» Управления здравоохранения города Шымкент за период 01.01.2025 по 01.05.2025
год**

Шымкент, 2025

Аналитическая справка включает:

1. Наименование подразделений, деятельность которых подлежит внутреннему анализу коррупционных рисков;
2. Направления внутреннего анализа коррупционных рисков в соответствии с пунктом 11 настоящих Типовых правил;
3. Персональный состав рабочей группы, которая проводит внутренний анализ коррупционных рисков;
4. Период, охватываемый внутренним анализом коррупционных рисков;
5. Срок проведения внутреннего анализа коррупционных рисков.

Полное наименование объекта внутреннего анализа: Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Городская многопрофильная больница с онкологическим центром» Управления здравоохранения города Шымкент (далее - Центр).

Форма/вид медицинской помощи/вид деятельности: специализированная, круглосуточная стационарная медицинская помощь, консультативно-диагностическая помощь и клинично-диагностическая лаборатория, дневной стационар.

В структуре Центра 261 койка для круглосуточного стационара и 30 коек дневного стационара.

Основание проведения внутреннего анализа проводился в соответствии для проведения внутреннего анализа коррупционных рисков является статья 8 Закона РК «О проведении внутреннего анализа коррупционных рисков», приказ Председателя агентства по противодействию коррупции РК от 31 марта 2023 года №112 «О комплаенс-службе в квазигосударственном секторе», приказ Председателя агентства РК по делам государственной службы и противодействию коррупции от 19 октября 2016 года №12, утвердивший «Типовые правила проведения внутреннего анализа коррупционных рисков», утвержденный график внутреннего анализа коррупционных рисков руководителям аппарата акима города Шымкент Е.Сейтеновым, а также приказ государственное учреждение «Управление здравоохранения города Шымкент» №117 от 08 апреля 2025 года.

Состав комиссии:

Председатель комиссии: Алихан Ботакөз Ерланқызы – комплаенс-офицер;

Члены комиссии:

1. Асабаева Рита Искандеровна – заместитель директора по контролю качества медицинских услуг;
2. Кансеитов Файзулла Асанулы – юрист;
3. Асан Айнұр Асанқызы - руководитель отдела менеджмента качества и безопасности пациентов;
4. Джумагалиева Молдир Давлетбековна – врач эксперт.

Области возможных коррупционных рисков в ключевых процессах работы больницы, такие как:

1. Закупка лекарственных средств и медизделий;
2. Кадровая политика и стимулирующие выплаты;
3. Госпитализация и распределение коечного фонда;
4. Инфекционная безопасность (внутрибольничные инфекции);
5. Материально-техническое обеспечение (износ оборудования и нехватка расходников);
6. Подготовка и прохождение национальной аккредитации.

**По итогам внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности ГКП на ПХВ
«Городская многопрофильная больница с онкологическим центром» управления
здравоохранения города Шымкент**

Выявление коррупционных рисков в действующих нормативно-правовых актах в ходе анализа действующих правовых актов в сфере здравоохранения, а именно:

- 1) Кодекс РК от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Статья 35. Экспертиза качества медицинских услуг (помощи); рудовой кодекс Республики Казахстан
- 2) Трудовой кодекс РК от 23 ноября 2015 года № 414-V ЗРК «Трудовой кодекс Республики Казахстан»;
- 3) Приказ и.о. МЗ РК от 24.12.2020 г. № ҚР ДСМ-321/2020 «Об утверждении Правил проведения мониторинга исполнения условий договора закупа медицинских услуг у субъектов здравоохранения в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС»;
- 4) Приказ МЗ РК от 03.12.2020 г. № ҚР ДСМ-230/2020 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг (помощи)»;
- 5) Приказ МЗ РК от 24 марта 2022 года № ҚР-ДСМ-27 «Об утверждении Стандарта оказания медицинской помощи в стационарных условиях в РК»;
- 6) Приказ МЗ РК от 12 ноября 2021 года № ҚР ДСМ-112 «Об утверждении стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан»;
- 7) Приказ МЗ РК от 10.12.2020 г. № ҚР ДСМ-244/2020 «Об утверждении правил ведения первичной медицинской документации и представление отчетов»;
- 8) Приказ МЗ РК от 20 марта 2023 года № 41 «Об утверждении стандарта организации оказания хирургической (абдоминальной, торакальной, колопроктологической) помощи в РК»;
- 9) Приказ и.о. МЗ РК от 20 декабря 2021 года № ҚР ДСМ-130 «Об утверждении стандарта организации оказания гематологической помощи взрослому населению Республики Казахстан»;
- 10) Приказ МЗ РК от 3 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-179/2020 «Об утверждении правил проведения оценки рационального использования лекарственных средств».
- 11) Приказ МЗ РК от 18 мая 2021 года № ҚР ДСМ – 41 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра»;
- 12) Приказ МЗ РК от 26 апреля 2023 года № 78 «Об утверждении стандарта организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в Республике Казахстан»
- 13) Приказ МЗ РК от 16 марта 2018 года № 112 «Об утверждении предельных цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и средств обязательного социального медицинского страхования»;
- 14) Приказ МЗ РК № ҚР ДСМ-209/2020 от 27 ноября 2020 года «Об утверждении стандарта организации оказания паллиативной медицинской помощи»;
- 15) Приказ МЗ РК от 7 июня 2023 года № 110 «Об утверждении правил организации и проведения закупа лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках ГОБМП, 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» (с изменениями и дополнениями от 11.01.2025 г.).

Комиссией ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница с онкологическим центром» Управления здравоохранения города Шымкент коррупционных рисков в вышеуказанных нормативно правовых актах **выявлено не было.**

ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница с онкологическим центром» Управления здравоохранения города Шымкент в своей деятельности руководствуется действующим законодательством РК, Уставом, Коллективным договором и иными правовыми актами.

1. Закупка лекарственных средств и медицинских изделий

В рамках внутреннего анализа коррупционных рисков проведён аудит закупочной деятельности учреждения за январь–май 2025 года. Установлено, что все процедуры осуществлялись в строгом соответствии с действующим законодательством РК, включая использование Единого дистрибьютора и электронного портала государственных закупок.

Перечень лекарственных средств (ЛС), подлежащих закупке, предварительно обсуждается и утверждается на заседаниях Формулярной комиссии. Формулярная комиссия Центра действует на

основании приказа директора № 18-н/к от 06 января 2025 года и функционирует в полном соответствии с *Правилами осуществления деятельности формулярной системы*. Все закупаемые ЛС входят в Казахстанский национальный лекарственный формуляр (КНФ), что обеспечивает соответствие национальным стандартам, клиническую обоснованность терапии и исключает закуп без доказанной эффективности, неэффективных или незарегистрированных на территории РК препаратов.

Противодействие лоббированию интересов фармацевтических компаний

В целях обеспечения прозрачности и исключения влияния коммерческих структур в Центре утверждено *Соглашение о запрете лоббирования интересов фармацевтических компаний*, подписанное директором 6 января 2025 года. Документ направлен на снижение риска конфликта интересов при выборе, назначении и закупе лекарственных средств.

Согласно соглашению, использование торговых наименований в медицинской документации запрещено, за исключением случаев, предусмотренных законодательством. Медицинские работники обязаны применять исключительно международные непатентованные наименования (МНН).

Обязательное использование МНН — одна из действенных антикоррупционных мер, обеспечивающая объективность назначений и недопущение скрытого продвижения интересов производителей.

Соблюдение требований проверяется в ходе экспертизы назначений, внутреннего аудита и анализа медицинской документации.

Вывод:

Фактов, указывающих на коррупционные правонарушения, конфликт интересов или несоблюдение принципов прозрачности, **НЕ ВЫЯВЛЕНО**.

2. Кадровая политика и стимулирующие выплаты

Кадровая политика Центра строится на принципах прозрачности и строгого соблюдения действующих норм законодательства, что направлено на предупреждение коррупционных проявлений в кадровых процессах. Основные положения кадровой политики включают:

Прием сотрудников: Осуществляется через портал «Единая платформа занятости (жұмыссыздық)» в полном соответствии с законодательством Республики Казахстан, обеспечивая открытость и законность процесса найма.

Стимулирующие выплаты и премии: Решения о предоставлении стимулирующих выплат и премий принимаются комиссионно (коллегиально), оформляются соответствующими протоколами и опираются на установленные критерии. Такой подход гарантирует объективность и прозрачность в материальном поощрении сотрудников.

Переводы и ротация сотрудников: Перемещение работников между структурными подразделениями осуществляется только после согласования с руководством организации, а также с заведующими (руководителями) как текущего, так и принимающего подразделения. Этот порядок обеспечивает должный контроль и прозрачность при кадровых перестановках.

Увольнение: Прекращение трудовых отношений производится в строгом соответствии с действующими нормативно-правовыми актами РК. Все решения об увольнении документируются и принимаются на основании предусмотренных законодательством оснований, исключая произвольность и нарушения трудовых прав сотрудников.

Вывод:

Проведённый анализ подтверждает, что кадровая политика в Центре реализуется в соответствии с принципами законности, открытости и подотчетности. Все ключевые процессы — от приема на работу до увольнения и распределения стимулирующих выплат — регулируются нормативно, оформляются документально и осуществляются при участии ответственных комиссий. Нарушений, указывающих на коррупционные риски или субъективный подход, **НЕ ВЫЯВЛЕНО**.

3. Госпитализация и распределение коечного фонда

Госпитализация пациентов онкологического профиля для специализированного стационарного лечения осуществляется в соответствии с Порядком, утверждённым приказом МЗ РК № ҚР ДСМ-112.

После прохождения пациентом полного комплекса клинико-диагностических исследований (лабораторных, инструментальных, консультаций профильных специалистов) по направлению врача поликлиники (ПМСП), мультидисциплинарной группы (МДГ) утверждается вид

специализированного лечения. Затем пациенту выдается направление на госпитализацию, и он направляется в приемное отделение стационара Центра для проведения специального лечения. Данный порядок регламентируется пунктом 47 параграфа 2 приказа МЗ РК №27 «О порядке организации плановой медицинской помощи в стационарных условиях».

Врач приемного отделения имеет право в день обращения принять пациента, обратившегося самостоятельно и имеющего медицинские показания, в следующих случаях:

- в инфекционные отделения при многопрофильных больницах;
- в центры психического здоровья и организации здравоохранения, оказывающие помощь в данной области;
- в кожно-венерологические отделения и организации;
- в фтизиопульмонологические центры;
- в онкологические и онкогематологические учреждения, а также онкологические центры при многопрофильных больницах.

Кроме того, госпитализация пациентов, у которых онкологический диагноз еще не подтвержден, но которым необходимо оперативное вмешательство для уточнения диагноза, осуществляется в соответствии с пунктом 33 приказа №27 МЗ РК. При наличии показаний для плановой госпитализации направляющая медицинская организация обязана провести клинико-диагностические исследования (лабораторные, инструментальные, функциональные и консультации профильных специалистов) согласно приложению 5 настоящего Стандарта.

Повторные исследования в условиях круглосуточного наблюдения в стационаре проводятся по медицинским показаниям для динамической оценки состояния пациента, в том числе с применением информационно-коммуникационных технологий. При передаче видео- и диагностических материалов в другие медицинские организации, их расшифровка и интерпретация осуществляются дистанционно согласно приказу МЗ РК №12.

Дата плановой госпитализации пациента определяется с учетом его права на свободный выбор стационара:

- через специалиста стационара по направлению из организации ПМСП и/или другой МО;
- автоматически через систему регистрации;
- в случае самостоятельного обращения пациента — по решению врача приемного отделения.

Вывод:

Порядок госпитализации онкологических пациентов в Центре реализуется в строгом соответствии с нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Все этапы — от направления пациента поликлиникой до определения вида лечения и даты госпитализации — подлежат клинико-диагностическому обоснованию и регламентированы приказами МЗ РК.

Особое внимание уделяется праву пациента на свободный выбор стационара, обеспечению непрерывности и преемственности медицинской помощи, а также использованию телемедицинских технологий для интерпретации данных. Оснований для коррупционных рисков в действующей системе госпитализации **НЕ ВЫЯВЛЕНО**, так как решения принимаются коллегиально, с участием мультидисциплинарной группы и на основании объективных медицинских показаний.

4. Инфекционная безопасность (внутрибольничные инфекции)

В рамках анализа работы эпидемиологической службы учреждения проверены ключевые направления инфекционного контроля: разработка и реализация программ по профилактике ВБИ, ведение микробиологического мониторинга (включая смывы), системное обучение персонала и документооборот. Отчётность по ВБИ ведётся добросовестно, фактов искажения данных или сокрытия случаев не установлено.

Проводится регулярный мониторинг и «трейсерные» проверки по следующим направлениям:

- контроль утилизации медицинских отходов;
- обеспечение разделения «чистых» и «грязных» зон, функционирование изоляторов;
- соблюдение правил дезинфекции, стерилизации, санитарного состояния помещений, обработка белья и работа прачечной.

ВЫЯВЛЕННЫЙ РИСК: зафиксированы систематические нарушения графика вывоза медицинских отходов — вывоз осуществляется несвоевременно и, как правило, только после дополнительных напоминаний со стороны сотрудников Центра. Вопрос находится на контроле у администрации, предпринимаются меры по обеспечению своевременной утилизации в соответствии с установленными нормативами.

Данный факт может указывать на потенциальные коррупционные риски, связанные с ненадлежащим исполнением договорных обязательств сторонними организациями или неэффективным контролем за исполнением условий договора. Нарушение сроков вывоза может быть следствием неформальных договорённостей, снижающих требования к качеству и срокам оказания услуги, что недопустимо с точки зрения антикоррупционной политики.

Руководство демонстрирует открытую позицию к решению проблем и предпринимает шаги для устранения условий, создающих коррупционные риски, и минимизации потенциальных угроз для эпидемиологической безопасности.

5. Материально-техническое обеспечение

Проведена выборочная проверка заявок на материально-техническое обеспечение (МТО), учёта имущества и расходных материалов. Документация ведётся корректно, заявки оформлены в соответствии с внутренними регламентами. Износ оборудования зафиксирован в актах технического состояния, своевременно поданы заявки на обновление. Фактов необоснованных закупок, пропажи имущества или искажения отчетных данных не выявлено.

ВЫЯВЛЕННЫЙ РИСК: в ходе анализа установлено, что часть используемой медицинской техники физически и морально устарела. В частности, износ зафиксирован по следующим категориям оборудования: УЗИ-аппарат (2012г.-1шт.), инфузоматы (2012г. 12шт.), рентген аппарат (2014г.-1шт)

Продолжительная эксплуатация данной техники сопряжена не только с рисками отказов и снижением качества медицинской помощи, но и с потенциальными коррупционными рисками: возникновением внеплановых дорогостоящих ремонтов, заключением контрактов с заведомо определёнными поставщиками запасных частей или сервисных услуг, обходом конкурентных процедур.

Состояние оборудования требует приоритетного обновления, поскольку его дальнейшая эксплуатация сопряжена с повышенными рисками отказов и снижением качества медицинской помощи. Вопрос находится на контроле у администрации.

6. Постаккредитационный период аккредитации

В рамках внутреннего анализа коррупционных рисков, проведённого после прохождения национальной аккредитации, проанализированы реализация корректирующих мероприятий, достоверность отчётности, прозрачность управленческих процессов и соблюдение антикоррупционных принципов. Нарушений, признаков давления на сотрудников или искажения данных не выявлено.

Выводы:

По результатам внутренней проверки признаков коррупционных проявлений, давления на сотрудников, предвзятости или сокрытия информации **НЕ ВЫЯВЛЕНО**. Процессы управления, самооценки, внутреннего аудита и мониторинга соответствуют установленным регламентам и стандартам. Центр сохраняет высокий уровень организационной дисциплины и открытости.

Рекомендации:

по укреплению антикоррупционных механизмов и снижению рисков в деятельности учреждения:

- Обеспечить прозрачность и конкурентность процедур закупки ЛС и материально-технических ресурсов, исключив возможность конфликтов интересов и злоупотреблений.
- Установить справедливый и открытый порядок госпитализации пациентов строго по медицинским показаниям, исключая внеочередной прием и неофициальные платежи.
- Усилить контроль за соблюдением мер инфекционной безопасности и целевым использованием ресурсов на противоэпидемические мероприятия, исключив нецелевое расходование средств и сокрытие нарушений.
- Ввести прозрачные процедуры списания и обновления устаревшего оборудования, исключив коррупционные схемы при его утилизации и приобретении новой техники.
- Обеспечить непрерывный мониторинг соблюдения нормативных требований и стандартов качества медицинской помощи в поставкредитационный период, не допуская их нарушения и возникновения коррупционных рисков.

Председатель комиссии:

Алихан Б.Е.

Члены комиссии:

Асабаева Р.И.

Кансеитов Ф.А.

Асан А.А.

Джумагалиева М.Д.

Ознакомлен:

Директор Государственного коммунального предприятия на праве хозяйственного ведения «Городская многопрофильная больница с онкологическим центром» управления здравоохранения

Города Шымкент

Мауленов Ж.О.

2025 г.

