

Аналитическая справка
по результатам внутреннего анализа коррупционных рисков
в деятельности ГКП на ПХВ «Актауская городская поликлиника №2»

город Актау

«31» июля 2026 года

В соответствии с Типовыми правилами проведения внутреннего анализа коррупционных рисков, утвержденными приказом Председателя Агентства Республики Казахстан по делам государственной службы и противодействию коррупции от 19.10.2016 г. № 12 (далее – Типовые правила), в деятельности ГКП на ПХВ «Актауская городская поликлиника № 2» (далее – поликлиника) проведен внутренний анализ коррупционных рисков.

Вводная часть

Внутренний анализ коррупционных рисков проведен: на основании приказа и.о. Директора ГКП на ПХВ «Актауской городской поликлиники №2» от 23.06.2026г №112-Ө

Персональный состав рабочей группы: определен Приказом и.о. директора поликлиники «АГП-2» Нәдір Ш.К., №112 от 23 июня 2026 года и включает следующих работников поликлиники:

Есболатова Б.Е. - заместитель директора по лечебной части;

Ленова А.К. – заместитель директора по качеству и внутреннего аудита;

Кошкинова Н.Х. – заместитель директора по детству и родовспоможению;

Нурушева М.Б. – руководитель планово-экономического отдела;

Нургалиев Ж.Х. – главный бухгалтер;

Ешбаев Р.Ш. – юрист;

Нургожаева А.К. – председатель профсоюзного комитета;

Төлеу А.Б. – комплаенс-офицер;

Эленова Ж.О. – специалист – эксперт.

Период, охватываемый внутренним анализом коррупционных рисков: 2025 год (с 01.01.2025 по 31.12.2025).

Период проведения анализа коррупционных рисков: с 01 июля по 31 июля 2026 года.

Описательная часть

1. Нормативные правовые акты, затрагивающие деятельность поликлиники

Рабочей группой по внутреннему анализу коррупционных рисков изучены нормативно-правовые акты и правовые акты, которыми руководствуется в своей деятельности поликлиника:

- Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года №360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- Трудовой Кодекс Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года №414V;
- Закон Республики Казахстан от 4 декабря 2015 года №434-V «О государственных закупках»;
- Закон Республики Казахстан от 1 июля 2024 года №104-VIII «Об обязательном социальном медицинском страховании»
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 ноября 2020 года №198 «Об утверждении Правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности»;
- Устав «Актауской городской поликлиники №2»
- Положение «Актауской городской поликлиники №2»
- Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»;
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года №90 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи»;

2. Управление персоналом, в том числе определение должностей, подверженных коррупционным рискам

По сведениям, представленным руководителем управления человеческих ресурсов, штатная численность поликлиники составляет **581,75** единицы, фактическая — **435** работников (укомплектованность 74,8%, некомплект — **146,75** единицы): врачи — **107**, средний медицинский персонал — **230**, младший медицинский персонал — **71**, прочий персонал — **27**. Открыты 4 вакансии (врач общей практики, медицинская сестра общей практики, санитарка, специалист по архиву).

За неполный отчетный период (01.01.2026–01.06.2026) зафиксировано **32** факта дисциплинарной ответственности: среди врачей — строгий выговор (3, из них 1 снято), выговор (1), замечание (9, из них 1 уволен); среди среднего медперсонала — строгий выговор (1), выговор (2), замечание (16, из них 1 в декретном отпуске, 1 уволен, 1 снято).

В учреждении установлено, что два работника (работник А — старшая медицинская сестра отделения специализированной помощи терапевтического и хирургического профиля; работник Б — фармацевт аптеки) имеют совпадающие фамилию и отчество, что указывает на вероятное родство; степень родства подлежит документальному

уточнению. Прямая подчиненность между старшей медицинской сестрой отделения специализированной помощи терапевтического и хирургического профиля и фармацевтом аптеки отсутствует.

Риски: значительное число дисциплинарных взысканий (32 за неполные 5 месяцев) указывает на системные нарушения трудовой/исполнительской дисциплины и требует анализа оснований на предмет связи с коррупционными рисками (учет медикаментов, платные услуги, документация).

Показатель	Установлено	Уровень риска
Укомплектованность штата	435 из 581,75 ед. (74,8%)	Средний
Вакантные должности	4 (врач ОП, медсестра ОП, санитарка, специалист архива)	Низкий
Родство сотрудников	2 сотрудника с совпадающими фамилией и отчеством в разных подразделениях	Низкий
Процедуры приема на работу	Комиссия и протоколы не подтверждены документально	Средний
Дисциплинарная ответственность	32 взыскания за 5 месяцев 2026 года (данные не за 2025 год)	Средний
Антикоррупционные ограничения	Ознакомление заявлено, реестр подписей не приложен	Средний

3. Урегулирование конфликта интересов

В рамках кадрового блока выявлен потенциальный случай родства двух сотрудниц (раздел 2). Прямой подчиненности между ними на момент анализа не установлено (разные структурные подразделения), однако вопрос требует уточнения в части совместного участия в закупочных, аттестационных либо дисциплинарных комиссиях. Иных фактов конфликта интересов в рамках текущего цикла анализа не выявлено.

4. Оказание государственных и иных услуг

4.1. Регистратура: запись на прием, прикрепление, выдача документов.

За 2025 год оформлено **626 920** записей на прием по всем каналам, зафиксировано **424 659** оказанных услуг/визитов. Обработано **10 831** заявление на прикрепление: одобрено 68,8%, отклонено 30,5% (топ-причина отказа помимо адреса — «ошибочный запрос», 26,4%, требует выборочной проверки).

4.2. Экспертиза временной нетрудоспособности.

За 2025 год выдано **1 289** листов временной нетрудоспособности (далее — ЛВН) и **3 498** справок; **35** случаев продления свыше 3 дней; проведено 6 проверок обоснованности.

4.3. Лекарственное обеспечение (амбулаторное, региональный масштаб).

По данным выгрузки единой аптеки «СК-Фармация» на базе поликлиники, обслуживающей 34 медицинские организации области, за период с 09.01.2025 по 31.12.2025 годовой объем амбулаторного лекарственного обеспечения составил **1 197 328 257** тенге по **29 558** рецептам для **6 943** пациентов. 87% суммы приходится на собственных пациентов поликлиники № 2.

Расходы демонстрируют выраженную концентрацию: на 5 нозологий из 68 приходится 61,9% бюджета; на ограниченную группу пациентов с орфанными заболеваниями (*менее 1% от общего числа получателей*) — 43,2% бюджета; один лекарственный препарат — 16,4% годового бюджета. Три врача с наибольшим объемом назначений формируют 28% всего бюджета обеспечения (*соответственно 145,6 млн тенге, 117,7 млн тенге и 75,1 млн тенге*). Декабрь — пиковый месяц освоения средств (*18,8% годовой суммы*).

Риски: высокая концентрация бюджета на ограниченном числе орфанных пациентов и на трех назначающих врачах создает риск непредсказуемости планирования и требует усиленного контроля обоснованности назначений у врачей с наибольшим объемом выписки. Пиковое освоение в декабре типично для практики «закрытия лимитов под конец года» и требует отдельного анализа на предмет того, идет ли речь о дозакупке реальных остатков либо о формальном освоении бюджета. Ранее выявленный договор с ТОО «Imbian Trade» (*87,5 млн тенге*) представляет собой лишь часть общей картины лекарственного обеспечения (*7,3% от регионального объема*) — общий финансовый масштаб направления существенно больше, чем оценивалось ранее по одному договору.

Также ранее установлено: приостановка централизованной закупки ЛС в 2025 году на республиканском уровне (*внешний фактор*); документально подтвержденный случай вынужденной самопокупки препарата пациентом; отсутствие формализованного журнала перераспределения ЛС между пациентами.

4.4. Направление пациентов на стационарную госпитализацию.

За 2025 год направлено на госпитализацию **4 764** пациента, фактически госпитализировано **4 444** (*93,3%*); зарегистрировано **320** отказов (*6,7%*), из них: письменный отказ пациента — **93**; «ошибочная

запись при вводе данных в Портал» — 79; противопоказания — 37; неявка — 35; иные — 21; отсутствие показаний — 9; непрофильный пациент — 5; неполный объем обследования — 3; экстренная госпитализация — 38.

Направления осуществлялись более чем в 50 медицинских организаций: собственное учреждение — 2 194, областная многопрофильная больница — 523, детская больница — 153, перинатальный центр — 106. Значительная часть направлений — в частные организации по договору: TOO «Нейрон» — 365, TOO «Талмас Медикус» — 291, TOO «SOFIE MEDGROUP» — 178, TOO «ARCHIMED» — 154, и другие.

Риски: значительный объем направлений в отдельные частные медицинские организации при отсутствии описания критериев их выбора создает риск необоснованного предпочтения отдельных поставщиков услуг и требует проверки на предмет договорных отношений, тарифов и объективности маршрутизации пациентов. Категория отказа «ошибочная запись при вводе данных в Портал» (79 случаев, вторая по величине причина) носит технический и не вполне прозрачный характер — требует уточнения, на каком этапе и кем допускаются подобные ошибки, и не используется ли эта категория для сокрытия иных оснований отказа.

4.5. Иммунопрофилактика: детский прививочный кабинет.

Коррупционный риск № 2: отсутствие системы видеонаблюдения в детском прививочном кабинете.

Описание риска: в ходе анализа установлено, что детский прививочный кабинет (*кабинет иммунопрофилактики детского отделения*) не оборудован системой видеонаблюдения. Прием законных представителей несовершеннолетних пациентов, вскрытие и введение иммунобиологических препаратов (*далее — ИБП*), а также списание неиспользованных доз осуществляются вне зоны объективного контроля. Единственным подтверждением проведенной вакцинации служат записи медицинского работника в журнале учета профилактических прививок и в медицинской информационной системе, вносимые им самостоятельно.

Коррупциогенные факторы: 1) отсутствие независимого подтверждения самого факта проведения прививки; 2) невозможность сопоставить количество фактически использованных доз с данными списания иммунобиологических препаратов, подлежащих предметно-количественному учету; 3) закрытость помещения от внешнего контроля при непосредственном взаимодействии медицинского работника с получателем услуги; 4) особая уязвимость категории получателей услуги — несовершеннолетние и их законные представители, как правило, не

осведомленные о бесплатности услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП).

Возможные последствия: взимание неформальных платежей за услуги, входящие в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (в том числе за «импортный» или «щадающий» препарат); фальсификация факта вакцинации — внесение в журнал и МИС сведений о фактически не проведенной прививке; хищение и внеучетное использование иммунобиологических препаратов; невозможность объективного рассмотрения жалоб законных представителей ввиду отсутствия каких-либо фиксирующих данных.

Уровень риска: высокий.

Рекомендуемые меры: 1) получить юридическое заключение о соответствии видеофиксации требованиям законодательства о персональных данных и о врачебной тайне; 2) разработать и утвердить локальное положение о видеонаблюдении с определением зон обзора (*рабочее место медицинской сестры, холодильник для хранения ИБП*), срока хранения записей и перечня лиц, допущенных к просмотру; 3) установить видеонаблюдение в детском прививочном кабинете с обязательным информированием посетителей; 4) ввести периодическую сверку данных видеозаписи с журналом учета прививок и данными списания ИБП. Соответствующее предложение подготовлено комплаенс-офицером и вынесено на рассмотрение директора отдельным документом.

5. Реализация разрешительных функций

В соответствии с Уставом поликлиника не наделена разрешительными функциями.

6. Реализация контрольно-ревизионных функций

В соответствии с Уставом поликлиника не наделена контрольно-ревизионными функциями.

7. Освоение и распределение бюджетных и финансовых средств

За 2025 год приобретено ТМЦ на сумму **215 983 567,87** тенге, израсходовано — **207 244 744,26** тенге. Списано **254** единицы основных средств на сумму **70 001 765,39** тенге — подтверждено полной инвентаризационной описью (*форма ИНВ-8*) с подписями комиссии по списанию. Расход по коммунальным услугам — **26 310 187,93** тенге, подтвержден детализацией по поставщикам. Представлены акты выполненных работ по ремонту медицинской части (*4 597 000 тенге*) и кровли (*3 200 000 тенге*).

Горюче-смазочные материалы и служебный автотранспорт.

Коррупционный риск № 1: эксплуатация служебного автотранспорта без утвержденной нормы расхода горюче-смазочных материалов и без системы GPS-мониторинга.

Описание риска: в конце 2025 года на баланс поликлиники поступил служебный автотранспорт. На дату завершения внутреннего анализа норма расхода ГСМ приказом первого руководителя не утверждена, система спутникового GPS-мониторинга не установлена. Списание топлива производится исключительно на основании путевых листов, заполняемых водителем, без независимого подтверждения фактического пробега и маршрутов движения.

Коррупциогенные факторы: 1) отсутствие нормативно закреплённого лимита, с которым сверялся бы объём списания; 2) отсутствие приборного (*объективного*) контроля пробега, маршрута и времени использования транспорта; 3) единственным источником данных о расходе является документ, оформляемый самим заинтересованным лицом; 4) широкая дискреция ответственного лица при подтверждении и утверждении объёмов списания ГСМ.

Возможные последствия: списание ГСМ в объёмах, не подтверждённых фактическими поездками, использование служебного транспорта и топлива в личных целях, хищение горюче-смазочных материалов и причинение имущественного ущерба организации; невозможность документально опровергнуть либо подтвердить такие факты при проверке.

Уровень риска: высокий.

Рекомендуемые меры: 1) приказом первого руководителя утвердить нормы расхода ГСМ по каждой единице автотранспорта с учетом технической документации завода-изготовителя и сезонных коэффициентов; 2) установить систему GPS-мониторинга с определением срока исполнения и ответственного лица; 3) ввести обязательную ежемесячную сверку данных путевых листов с показаниями GPS и одометра с оформлением акта сверки; 4) закрепить порядок выдачи, учета и списания ГСМ отдельным локальным актом.

8. Заключение договоров с физическими и юридическими лицами

За 2025 год проанализировано 15 договоров государственных закупок на сумму **160 819 742** тенге. Из 14 договоров на реагенты/расходники (73,3 млн тенге) 5 договоров (81,3% суммы) заключены с одним поставщиком — ТОО «Бакас-Акцент».

9. Разработка и эксплуатация информационных систем

Поликлиника эксплуатирует КМИС, систему ДКЕАЖ (ИСЛО), портал e-Otinish, Call-центр, платформу 1414, портал Бюро госпитализации.

Риски: с июня 2025 года платформа e-Otinish технически не выгружает полные данные по обращениям — риск в части полноты учета обращений граждан на протяжении более полугода. Отсутствует система GPS-мониторинга автотранспорта (*коррупционный риск № 1, раздел 7*). Данные о проведенных прививках вносятся в МИС без независимого подтверждения (*коррупционный риск № 2, раздел 4.5*).

10. Обращения от физических и юридических лиц

Обращения от физических и юридических лиц по факту проявления коррупции в деятельности поликлиники за 2025 год не поступало.

По данному направлению получены два не согласующихся между собой набора данных.

Согласно детальному сравнительному мониторингу обращений (*представлен и.о. заместителя директора по контролю качества медицинских услуг*), за 2025 год поступило **1 224** обращения по 5 каналам (*Call-центр — 736, платформа 1414 — 167, e-Otinish — 154, приемная директора — 60, «Здесь и сейчас» — 107*); ведущая содержательная категория жалоб — лекарственное обеспечение (**41 обращение**), что согласуется с рисками раздела 4.3. По уточненным данным, из **129** составленных за год актов проверок жалобами инициированы только 2 (1,6%) — расхождение с более ранним заявлением того же должностного лица о том, что «все протоколы составлены по результатам рассмотрения обращений граждан».

Отдельно представлен более краткий набор данных: 59 письменных обращений, 736 обращений по Call-центру (58 жалоб, признанных необоснованными), и отдельно от отдела кадров — 75 обращений с благодарностью (показатель благодарностей превышает общее число письменных обращений, что указывает на отдельный, несопоставимый метод учета).

Риски: два источника расходятся по ключевому показателю (1 224 против 59 письменных обращений) и не могут быть одновременно верны без дополнительного пояснения методологии подсчета. Рекомендуется приоритетно использовать детальный мониторинг (1224, по 5 каналам с категоризацией) как более полный и внутренне непротиворечивый источник, при этом официально запросить у обоих ответственных лиц письменное объяснение причины расхождения перед включением показателя в публичную отчетность.

Сведения о жалобах с признаками коррупционных правонарушений, о содержании нарушений по 129 актам, о случаях необоснованной госпитализации/отказа и о фактах нарушения прав пациентов не предоставлены ни в одном из двух источников.

Общий вывод

По итогам внутреннего анализа коррупционных рисков за 2025 год установлены следующие приоритетные риски (в порядке значимости): (1) подтвержденный факт оформления листов временной нетрудоспособности задним числом без данных о мерах реагирования; (2) эксплуатация нового автотранспорта без утвержденной нормы расхода ГСМ и без GPS-мониторинга (коррупционный риск № 1); (3) высокая концентрация регионального бюджета лекарственного обеспечения (1,2 млрд тенге) на ограниченном числе пациентов, диагнозов и назначающих врачей; (4) значительный объем направлений на госпитализацию в отдельные частные клиники без прозрачных критериев выбора; (5) отсутствие системы видеонаблюдения в детском прививочном кабинете (коррупционный риск № 2, раздел 4.5).

По результатам анализа отдельно выделены два коррупционных риска, подлежащих устранению в первоочередном порядке в 2026 году: коррупционный риск № 1 — **эксплуатация служебного автотранспорта без утвержденной нормы расхода ГСМ и без системы GPS-мониторинга**, и коррупционный риск № 2 — **отсутствие системы видеонаблюдения в детском прививочном кабинете**. Оба риска носят системный характер, связаны с отсутствием объективного (*технического*) контроля за действиями работников и могут быть устранены организационно-техническими мерами в пределах текущего финансового года.

На основании изложенного, в целях повышения эффективности проводимой работы по недопущению коррупционных правонарушений, комплаенс-офицер рекомендует:

- 1) Директору поликлиники (*коррупционный риск №1*) приказом утвердить нормы расхода ГСМ по каждой единице служебного автотранспорта, определить срок и ответственное лицо за установку системы GPS-мониторинга, ввести ежемесячную сверку путевых листов с данными GPS;
- 2) И.о. заместителя директора по контролю качества медицинских услуг предоставить данные о фактах оформления ЛВН задним числом и принятых мерах, а также официальное пояснение расхождения данных по обращениям граждан и актам проверок;

- 3) Руководителю управления человеческих ресурсов провести анализ оснований 32 дисциплинарных взысканий на предмет коррупционной составляющей;
- 4) Ответственному за учет лекарственного обеспечения вести отдельный прогноз и резерв бюджета по группе высокочастотных орфанных пациентов, проанализировать причины декабрьского пика расходов, усилить контроль обоснованности назначений у трех врачей с наибольшим объемом выписки;
- 5) Ответственному за организацию госпитализации предоставить критерии выбора частных медицинских организаций для направления пациентов и дать пояснение по категории отказа «ошибочная запись при вводе данных в Портал»;
- 6) Директору поликлиники (коррупционный риск № 2) рассмотреть и утвердить предложение комплаенс-офицера об установке системы видеонаблюдения в детском прививочном кабинете, с предварительным юридическим заключением о соответствии законодательству о персональных данных и врачебной тайне, разработкой локального положения о видеонаблюдении и определением срока исполнения.

Настоящая справка размещается на интернет-ресурсе поликлиники в обезличенном виде: персональные данные работников и сведения, составляющие врачебную тайну, исключены в соответствии с законодательством Республики Казахстан о персональных данных и их защите и Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». Полная версия справки с рекомендациями внесена первому руководителю субъекта внутреннего анализа коррупционных рисков для рассмотрения и принятия мер.

Координатор внутреннего анализа коррупционных рисков:

Комплаенс-офицер



Төлеу А.Б.

Члены рабочей группы:

Есболатова Б.Е.

Ленова А.К.

Кошкинова Н.Х.

Нурушева М.Б.

Нургалиев Ж.Х.

Ешбаев Р.Ш.

Нургожаева А.К.



Секретарь комиссии:

Әленова Ж.О.



СОГЛАСОВАНО:

И.о. директора ГKP на ПХВ

«Актауская городская поликлиника №2»

Назар Ш.К.

«31» июля 2026 года

