

**Аналитическая справка
о результатах внутреннего анализа коррупционных рисков в
деятельности Клиники медицинского университета**

г. Караганда

«17» апреля 2024г.

Вводная часть

Внутренний анализ коррупционных рисков проведен: на основании приказа Председателя Правления – Ректора НАО «Медицинский университет Караганды» от 07.03.2024г. №101

Персональный состав рабочей группы:

- Турмухамбетова А.А. – Председатель Правления – Ректор, должностное лицо университета, на которое возлагается руководство, координация и ответственность за проведение внутреннего анализа коррупционных рисков и результаты работы;

- Урмашов А.Н. – комплаенс-офицер;

- Стабаева Л.М. – заведующая кафедрой морфологии;

- Биева С.К. – специалист отдела по работе с молодежью;

- Кусенбаева М.М. – руководитель проектного офиса «Сарыарқа – адалдық алаңы» (по согласованию).

Период, охватываемый внутренним анализом коррупционных рисков: 2023 год.

Период проведения анализа коррупционных рисков: с 11 марта по 15 апреля 2024 года.

Описательная часть

1. Нормативные правовые акты, затрагивающие деятельность Клиники медицинского университета Некоммерческого акционерного общества «Медицинский университет Караганды»

В рамках данного направления рабочей группой были проанализированы следующие документы:

- Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

- Трудовой Кодекс Республики Казахстан;

- Закон Республики Казахстан «О государственных закупках»;

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения» от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ -96/2020;

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» от 2 октября 2012 года №676;

- Устав НАО «Медицинский университет Караганды»;

- Положение о Клинике медицинского университета.

По результатам проведенного анализа не установлено положений, способствующих принятию административно-управленческим персоналом решений по своему усмотрению, способствующих созданию барьеров при



реализации физическими лицами своих прав и законных интересов. Наличие дискреционных полномочий и норм не установлено.

В ходе изучения Положения о Клинике медицинского университета, рабочей группой установлено, что положение **не содержит нормы, затрагивающие функциональные обязанности Клиники медицинского университета по противодействию коррупции, формированию антикоррупционной культуры в коллективе и обеспечению открытости и прозрачности деятельности в соответствии с законом РК «О противодействии коррупции».** При этом установлено, что некоторые пункты Положения **не актуализированы в соответствии с организационной структурой Общества, а именно раздел 3 «Структура и организация».**

2. Кадровая работа

В рассматриваемом периоде штатное расписание составляло **169 ед.** При этом на конец рассматриваемого периода количество вакантных единиц составило **10,75.** Отмечается высокая текучесть врачебного персонала – **16,6.** При этом Департаментом управления человеческих ресурсов проводится анкетирование увольняющихся сотрудников. Необходимо заметить, что **процент текучести кадров выше нормы** и рабочая группа рекомендует провести анализ текучести кадров с качественной и количественной стороны, при этом выяснив причины, мотивы и факторы

В целях подтверждения подлинности документов об образовании и квалификации, специалист по кадрам проводит верификацию диплома об образовании в течении первых 3-х месяцев работы работника, с направлением письма-запроса и получением письменного подтверждения. Письмо о подтверждении подлинности документа подшивается в личное дело работника. Подтверждением подлинности документов об образовании и квалификации работников является: письмо-подтверждение либо копия приказа уполномоченного государственного.

Специалист по кадрам проводит верификацию сертификата специалиста с или без присвоения квалификационной категории при трудоустройстве работника.

Все подтверждающие данные имеются в личных делах.

При проведении анализа рабочей группой изучены Должностные инструкции главного врача, заместителя главного врача, бухгалтера, главного терапевта, главного хирурга, главной медицинской сестры, заведующего аптекой и профильных специалистов.

В разделе 3 Должностной инструкции главного врача **отсутствуют обязанности по организации работы по формированию антикоррупционной культуры в коллективе.**

Рабочей группой данный факт рассмотрен с позиции коррупционных факторов. Учитывая данные несовершенства, мы можем судить о наличии правового пробела в Должностной инструкции главного врача. Отсутствие

вышеуказанного положения, может приводить к формальному подходу реализации мер, направленных на противодействие коррупции.

В Должностной инструкции бухгалтера Клиники медицинского университета в п. 35 и 38 раздела 4 **Клиника медицинского университета указана в форме «предприятия», что не соответствует организационной структуре.** Более того, данная форма собственности, согласно классификации, предполагает организационно-обособленный хозяйствующий субъект с правами юридического лица.

Рабочей группой данный факт рассмотрен с позиции коррупционных факторов. Наличие вышеуказанного положения может вводить в заблуждение получателей услуг Клиники, а также контролирующих органов.

В ходе анализа Должностной инструкции главной медицинской сестры Клиники медицинского университета установлено, что **п.7 раздела 2 дублирует п.12 раздела 3, п.8 раздела 2 частично дублирует п.11 раздела 3.**

3. Оказание государственных и иных услуг

В 2023 году Клиникой медицинского университета было оказано **30094 услуги**, из которых в рамках ОСМС оказано **9527 услуг**, в рамках ГОБМП - **20567 услуг**. По видам услуг: круглосуточный стационар – **3309 услуг** (хирургический профиль – 2442 услуги, терапевтический профиль – 867 услуг), дневной стационар – **566 услуг** (хирургический профиль – 70 услуг, терапевтический профиль – 496 услуг), консультативно-диагностические услуги – **26219**.

При этом отмечено, что **зарегистрирован частично обоснованный отказ от госпитализации и зарегистрирована обоснованная жалоба по оказанию медицинской услуги.** Рабочей группой проанализированы документы служебных расследований и подтверждены факты принятия решений по обоим случаям.

В ходе внутреннего анализа коррупционных рисков рабочей группой установлено соответствие фактических процессов оказания услуг установленным требованиям, в том числе не установлены системные факты нарушения сроков оказания услуг, истребования не предусмотренных правовыми актами документов, не установлены факты системного нарушения порядка процедур оказания услуг.

4. Обращения физических и юридических лиц

В рамках данного направления ВАКР рабочая группа проанализировала следующие документы:

- Закон РК «О доступе к информации»;
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)» от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020;
- Правила типового информационного наполнения интернет-ресурсов государственных организаций здравоохранения и организаций здравоохранения с государственным участием, одобренные протоколом заседания Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг от 29 марта 2019 года №24;

- Положение об Информационной политике НАО «Медицинский университет Караганды», утвержденное решением Совета директоров от 24 августа 2019 года Протокол №4;

- Журнал регистрации входящих обращений в СППВК Клиники медицинского университета;

- Журнал регистрации ответов на входящие обращения в СППВК Клиники медицинского университета;

- Официальный сайт Общества;

- Поисковые запросы в сети Интернет.

В Клинике медицинского университета организован процесс документированной подачи жалоб и обращений пациентов. Каждый случай обращения или жалобы пациента рассматривается, при необходимости организуется и проводится служебное расследование, после чего Заявителю дается устный или письменный ответ. Также функционирует информационная система колл-центра Управления здравоохранения Карагандинской области «Система контроля качества в системе здравоохранения», информационная система колл центра ФСМС.

В журнале регистрации входящих обращений в СППВК Клиники медицинского университета за 2023 год зарегистрировано **9 жалоб и обращений**. При этом отмечаем, что **2 жалобы имеют обоснованный характер** и **1 жалоба частично обоснованный характер**, по **6 жалобам обоснованность не подтверждена** и даны соответствующие разъяснения. Также, проанализировав журнал регистрации ответов на входящие обращения в СППВК, рабочая группа установила, что на все обращения **имеются соответствующие ответы**. Рабочей группой изучены представленные ответы. Установлено, что работа по рассмотрению поступивших обращений и жалоб проводится в четком соответствии с внутренним документом «Порядок рассмотрения обращений пациентов».

Рабочей группой отмечено, что руководством Клиники медицинского университета проводится своевременное рассмотрение поступающих обращений и жалоб с принятием соответствующих решений согласно внутренним документам Общества.

В ходе обзора официального сайта НАО «Медицинский университет Караганды» установлено, что «Прейскурант цен на платные услуги» **размещен и актуализирован**, что соответствует Правилам типового информационного наполнения интернет-ресурсов государственных организаций здравоохранения и организаций здравоохранения с государственным участием, одобренных протоколом заседания Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг от 29 марта 2019 года №24 и затрудняет доступ услугополучателей к информации, представляющей общественный интерес.

В ходе проведения мониторинга социальных сетей и сети Интернет рамках ВАКР рабочей группой проанализирована информационная система **2GIS**. На момент проведения ВАКР рейтинг Клиники медицинского университета составляет **4,2 балла** из 5, что подтверждает достаточно высокий уровень удовлетворенности получателей услуг Клиники. Всего за

период с 2020 по 2024 год пользователями данной ИС оставлен **41 комментарий**:

2020 год – 4 комментария, из них: позитивные – 4, негативные – 1;

2021 год – 3 комментария, из них: позитивные – 3;

2022 год – 16 комментариев, из них: позитивные – 12, негативные – 4;

2023 год – 17 комментариев, из них: позитивные – 12, негативные – 5.

Граждане указывают на невозможность дозвониться до регистратуры, некачественное оказание услуг некоторыми специалистами, неподобающие отношение к пациентам со стороны охраны и сотрудников гардероба. При этом рабочей группой **не найдены официальные ответы от Клиники медицинского университета** на комментарии и отзывы.

На портале **idoctor.kz** зарегистрировано **42 отзыва**, из них: позитивные – 34, негативные – 8. Все негативные отзывы отражают прием конкретных врачей и удовлетворенность оказанными медицинскими услугами. При этом рабочей группой **не найдены официальные ответы от Клиники медицинского университета** на комментарии и отзывы.

На других ресурсах **негативные отзывы и комментарии не выявлены**.

Отсутствие реакции от представителей Клиники медицинского университета в данных случаях и несоблюдение принципов прозрачности и гласности деятельности может создавать неблагоприятный имидж, вызывать негативное мнение общественности, в том числе и слухи о совершаемых коррупционных нарушениях. Также, учитывая мнения услугополучателей, обозначенные в комментариях и отсутствие доказательства проведенной работы, рабочей группой данные факты рассматриваются как индикатор коррупционных рисков при оказании государственных и иных услуг.

5. Государственные закупки

В ходе проведения внутреннего анализа коррупционных рисков рабочей группой изучен план закупок Клиники медицинского университета.

Закупки производились централизованно отделом государственных закупок НАО «Медицинский университет Караганды» в соответствии с Законом РК «О государственных закупках». Установлено, что закуп лекарственных средств и изделий медицинского назначения был произведен в полном объеме согласно потребностям. Закуп услуг и товаров также выполнен по плану.

В целом количество и объем закупаемых товаров и услуг соответствует их фактической потребности. Факты необоснованности цены за единицу товара и несоответствие запланированной стоимости рыночной стоимости товаров не выявлены. В ходе анализа, нарушений действующего Закона РК «О государственных закупках» и конфликта интересов при проведении процедуры государственных закупок не выявлено. Рабочей группой не выявлен не обоснованный закуп товаров, услуг и работ.

6. Научно-инновационная деятельность

В 2023 году Клиникой медицинского университета научные проекты и программы не реализовывались.

7. Устранение нарушений указанных в актах проверок

В рамках данного направления ВАКР рабочая группа проанализировала следующие документы:

- *Акт о результатах проверки № 6 от 20 января 2023 года (РГУ «Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерство здравоохранения Республики Казахстан по Карагандинской области»);*

- *Акт о результатах проверки № 151 от 7 июня 2023 года (РГУ «Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерство здравоохранения Республики Казахстан по Карагандинской области»);*

- *Заключение №104 по мониторингу качества и объема медицинских услуг (помощи), а также по надлежащему исполнению условий договора закупок услуг от 21 июня 2023г. (Филиал по Карагандинской области НАО «Фонд социального медицинского страхования»)*

- *Акт внеплановой проверки №316 от 06.11.2023 года (РГУ «Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерство здравоохранения Республики Казахстан по Карагандинской области»);*

- *Акт о результатах проверки № 377 от 29 декабря 2023 года (РГУ «Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерство здравоохранения Республики Казахстан по Карагандинской области»);*

- *Планы мероприятия по устранению нарушений в Клинике медицинского университета.*

По итогам проведенного анализа актов и заключений контролирующим органом в лице РГУ «Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерство здравоохранения Республики Казахстан по Карагандинской области» выявлено **15 нарушений** в оказании медицинских услуг в Клинике медицинского университета, контролирующим органом в лице Филиала по Карагандинской области НАО «Фонд социального медицинского страхования» вынесено **2 рекомендации** по итогам проведенной проверки.

В целях устранения выявленных нарушений разработаны соответствующие Планы мероприятий. Выявленные нарушения **устранены согласно установленным срокам**, о чем свидетельствуют подтверждающие документы и соответствующие заключения контролирующих органов.

Рабочей группой установлено, что работа по устранению нарушений проводилась в соответствии с разработанными планами, предложениями и рекомендациями экспертов.

8. Проведение анкетирования среди сотрудников Клиники медицинского университета

В целях изучения уровня восприятия коррупции сотрудниками Института общественного здравоохранения и профессионального здоровья НАО МУК рабочей группой был проведен анонимный опрос **59 сотрудников** Клиники медицинского университета.

Категория респондентов: младший медицинский персонал – **15,3%**, средний медицинский персонал – **55,9%**, врачебный персонал – **22%**, АУП – **6,8%**.

В ходе анализа анкет рабочей группой установлено, что **83,1% респондентов** считают, что коррупция разлагает общество и необходимо избегать дачи взяток. При этом **9 респондентов** или **15,3% опрошенных** считают, что коррупционных правонарушений можно избежать, но со взятками легче делать дела, а **1 сотрудник** считает, что коррупция необходимая часть нашей жизни, без этого ничего не сделать.

59,3% опрошенных затрудняются ответить на сколько распространена коррупция Клинике медицинского университета, **немного более трети** респондентов, а именно **33,9%**, уверены, что сотрудники Клиники не берут взяток. Однако, **3,4% опрошенных** считают, что большинство сотрудников берут взятки и **3,4%** считают, что меньшинство сотрудников берут взятки.

96,6% опрошенных за последние 2 года **не попадали** в коррупционную ситуацию в Клинике медицинского университета. При этом, **10,2% опрошенных** слышали за последние 2 года **о коррупционных ситуациях**, или ситуациях потенциально приводящим к коррупции, в Клинике, а **2 респондента** попадали в коррупционную ситуацию за последние 2 года в Клинике медицинского университета.

23,7% сотрудников утверждают, что мероприятия по разъяснению антикоррупционного законодательства РК в Клинике медицинского университета **вовсе не проводятся**, **30,5% опрошенных** утверждают, что данные мероприятия проводятся раз в год, **12 респондентов** утверждают, что данные мероприятия проводятся раз в полугодие, **10,2%** - раз в квартал, **8,5%** - раз в месяц, **1 респондент** ответил «раз в неделю» и **3 респондента** затрудняются ответить. При этом с антикоррупционной политикой НАО «Медицинский университет Караганды» **ознакомлены всего 71,2%**, с Планом мероприятий НАО «Медицинский университет Караганды» по противодействию коррупции – **66,1%**.

Большинство сотрудников, а именно **83,1%**, **не знают к кому обращаться** в НАО «Медицинский университет Караганды» в случаях, если у них требуют взятку или если они знают о коррупционной ситуации. Остальные респонденты обратились бы в СППВК, администрацию и к комплаенс-офицеру.

Респонденты также указали какие ситуации, на их взгляд, наиболее подвергнуты коррупционным рискам в деятельности Клиники медицинского университета (множественный выбор). **30,5%** набрал ответ «формирование и исполнение бюджета», **25,4%** - «прием пациентов врачом, не записанным на прием», **18,6%** - «оказание платных медицинских услуг», **16,9%** - «государственные закупки», **6,8%** - проведение различного рода манипуляций средним медицинским персоналом, **5,1%** - «трудоустройство». Стоит отметить, что **11 раз** респонденты отметили, что процессов, приводящих к коррупционным рискам в деятельности Клиники, нет.

Отвечая на вопрос «Считаете ли Вы, что негативные отзывы пациентов в социальных сетях и Интернете могут свидетельствовать о имеющихся нарушениях, в том числе и коррупционных ситуациях?», **18,6%** считают, что «да», **6,8%** считают, что «это свидетельствует только о неправильной работе руководящего состава», **47,5%** затруднились ответить.

Отвечая на вопрос «Как Вы считаете, какие меры помогут снизить уровень коррупционных рисков в Клинике медицинского университета?», респонденты отмечают, что повышение заработной платы, проведение просветительской работы и обеспечение прозрачности деятельности **способны снизить** уровень коррупционных рисков в Клинике.

Приложение 4
к Методическим рекомендациям по
проведению внутреннего анализа
коррупционных рисков

**Перечень должностей, подверженных коррупционным рискам,
определенных по итогам внутреннего анализа коррупционных рисков в
Стоматологической клинике НАО «Медицинский университет Караганды»**

№ п/п	Должность, подверженная коррупционному риску	Должностные полномочия, содержащие коррупционные риски	Коррупционные риски	Уровень коррупционных рисков
1.	Главный врач Клиники медицинского университета	Должностные обязанности	Отсутствуют обязанности по организации работы по формированию антикоррупционной культуры в коллективе.	Средний
2.	Главный терапевт Клиники медицинского университета	Должностные обязанности	Назначает и контролирует лечение, организует или самостоятельно проводит необходимые диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры и мероприятия.	Средний
3.	Главный хирург Клиники медицинского университета	Должностные обязанности	Назначает и контролирует лечение, организует или самостоятельно проводит необходимые диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры и мероприятия.	Средний

Выводы и рекомендации.

1. Главному врачу Клиники медицинского университета рекомендовано внести изменения в раздел 3 «Структура и организация» Положения Клиники медицинского университета в соответствии с организационной структурой Общества.

2. Главному врачу Клиники медицинского университета рекомендовано внести дополнения в Положение Клиники медицинского университета в части закрепления обязанности проведения работы по противодействию коррупции, формированию антикоррупционной культуры в коллективе и обеспечению открытости и прозрачности деятельности в соответствии с законом РК «О противодействии коррупции».

3. Главному врачу Клиники медицинского университета рекомендовано внести дополнения в Должностную инструкцию главного врача Клиники медицинского университета по обязанности по организации работы по формированию антикоррупционной культуры в коллективе.

4. Главному врачу Клиники медицинского университета рекомендовано изменить термин «предприятие», обозначенный в п. 35 и 38 раздела 4 Должностной инструкции бухгалтера Клиники медицинского университета в соответствии с организационной структурой.

5. Главному врачу Клиники медицинского университета рекомендовано исключить дублирование п.7 раздела 2 и п.12 раздела 3, п.8 раздела 2 и п.11 раздела 3 Должностной инструкции главной медицинской сестры Клиники медицинского университета.

6. Главному врачу Клиники медицинского университета рекомендовано взять на особый контроль мониторинг отзывов и обращений в социальных сетях и сети Интернет, проводить работу по своевременной подаче ответов на жалобы и обращения в социальных сетях и сети Интернет, а также вести журнал учета этих жалоб и обращений.

7. Учитывая мнения респондентов из числа сотрудников, Главному врачу Клиники медицинского университета рекомендовано провести ознакомление всех сотрудников с Антикоррупционной политикой и Планом мероприятий по противодействию коррупции НАО «Медицинский университет Караганды» с отметкой в листе ознакомления.


8. Учитывая мнения респондентов из числа сотрудников, Главному врачу Клиники медицинского университета рекомендовано разработать график проведения всеобучей и информационно-разъяснительных мероприятий по вопросам противодействия коррупции и антикоррупционного законодательства не реже 1 раза в квартал, согласовав разработанный график с комплаенс-офицером.

9. Учитывая мнения респондентов из числа сотрудников, Главному врачу Клиники медицинского университета рекомендовано взять на особый контроль вопросы приема пациентов врачом, не записанных на прием.

10. Главному врачу Клиники медицинского университета рекомендовано провести соответствующую работу по разъяснению порядка обращений в подразделения университета по проблемным и конфликтным вопросам.

11. Главному врачу Клиники медицинского университета рекомендовано разработать План корректирующих мероприятий по утвержденной форме.

Руководитель рабочей группы,
Председатель Правления – Ректор



А.А. Турмухамбетова