

## ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО АНАЛИЗА КОРРУПЦИОННЫХ РИСКОВ КГП на ПХВ «Городская поликлиника №13» УОЗ г.Алматы

### 1. Общие положения

1. Настоящие Правила проведения внутреннего анализа коррупционных рисков (далее – Правила) разработаны в соответствии с пунктом 2 статьи 8 Закона Республики Казахстан от 18 ноября 2015 года "О противодействии коррупции" и определяют порядок проведения внутреннего анализа коррупционных рисков в деятельности государственных органов и организаций, субъектов квазигосударственного сектора, за исключением специальных государственных органов.

### 2. Проведение внутреннего анализа коррупционных рисков

2. Основанием для проведения внутреннего анализа коррупционных рисков по поликлинике является решение первого руководителя, в случае отсутствия первого руководителя, исполняющих их обязанности либо замещающих их должности.

3. Решение принимается на основании:

- 1) результатов антикоррупционного мониторинга, в том числе изучения обращений физических/юридических лиц;
- 2) инициативного обращения объекта внешнего анализа коррупционных рисков и решения уполномоченного органа о его проведении;

4. Внутренний анализ коррупционных рисков проводится в период, не превышающий 30 рабочих дней, рабочей группой, созданной решением первого руководителя.

5. Проведение внутреннего анализа коррупционных рисков включает в себя следующие этапы:

- 1) сбор, обобщение и анализ информации относительно объекта внешнего анализа коррупционных рисков в соответствии с направлениями, предусмотренными пунктом 6 настоящих Правил;
- 2) составление, согласование и подписание аналитической справки в соответствии с пунктами 9, 10, 11 настоящих Правил.

6. Внутренний анализ коррупционных рисков осуществляется по следующим направлениям:

- 1) выявление коррупционных рисков в нормативных правовых актах, затрагивающих деятельность объекта внешнего анализа коррупционных рисков;
- 2) выявление коррупционных рисков в организационно-управленческой деятельности поликлиники.

7. Выявление коррупционных рисков в организационно-управленческой деятельности поликлиники включает в себя изучение следующих вопросов:

- 1) управление персоналом;
- 2) урегулирование конфликта интересов;
- 3) оказание государственных услуг;
- 4) выполнение разрешительных функций;
- 5) реализация контрольных функций;
- 6) иные вопросы, вытекающие из организационно-управленческой деятельности.

8. Источниками информации для проведения внутреннего анализа коррупционных рисков являются:

- 1) нормативные правовые акты, затрагивающие деятельность поликлиники;
- 2) сведения/данные информационных систем государственных/правоохранительных органов, полученные в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан;
- 3) результаты проверок, ранее проведенных государственными органами;
- 4) результаты внутреннего антикоррупционного мониторинга;

- 5) публикации в средствах массовой информации;
- 6) поступившие обращения физических/юридических лиц;
- 7) сведения о выявлении/привлечении к ответственности должностных лиц за совершение коррупционных правонарушений;
- 8) иные сведения, представление которых не запрещено законодательством Республики Казахстан.

### **3. Итоги внутреннего анализа коррупционных рисков**

9. По результатам внутреннего анализа коррупционных рисков готовится аналитическая справка, содержащая:

- 1) информацию о выявленных коррупционных рисках;
- 2) рекомендации по устранению выявленных коррупционных рисков.

10. Аналитическая справка согласовывается всеми членами рабочей группы.

11. Аналитическая справка составляется в двух экземплярах – для ответственных подразделений поликлиники - службы поддержки пациентов и внутреннего аудита (далее- СППиВА) и службы управления персоналом (СУП) в течение трех рабочих дней после завершения внутреннего анализа коррупционных рисков.

12. Результаты внутреннего анализа коррупционных рисков в течение десяти рабочих дней со дня подписания аналитической справки в зависимости от основания его проведения:

- 1) представляются на рассмотрение Главному врачу поликлиники и/или Совету по кадрам;
- 2) доводится до сведения физических/юридических лиц, на основании обращений которых он проведен.

13. Служба поддержки пациентов и внутреннего аудита (СППиВА) совместно с юристом поликлиники разрабатывает и согласовывает с руководителем организации план мероприятий по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам внутреннего анализа коррупционных рисков.

14. СППиВА в течение шести месяцев со дня подписания аналитической справки по результатам внутреннего анализа коррупционных рисков проводит мониторинг исполнения ответственным сотрудником рекомендаций по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений, выявленных по результатам внутреннего анализа коррупционных рисков.

15. Информация о результатах мониторинга исполнения субъектом рекомендаций по устранению причин и условий, способствующих совершению коррупционных правонарушений доводится до руководства поликлиники.