

**Аналитическая справка
по результатам внутреннего анализа коррупционных рисков
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии».**

Внутренний анализ коррупционных рисков проведен в соответствии с пунктом 5 статьи 8 Закона Республики Казахстан от 18 ноября 2015 года «О противодействии коррупции и на основании приказа председателя правления Общества № 58-н от 3 марта 2026 года Советом по противодействию коррупции и комплаенс-офицером.

Объектом внутреннего анализа коррупционных рисков является деятельность **Управления лекарственного обеспечения** АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии» (далее Общество).

При проведении анализа коррупционных рисков были использованы:

- нормативно-правовые акты и внутренние документы, затрагивающие деятельность по указанному направлению;

- результаты внешних и внутренних проверок;

- обращения физических и юридических лиц;

- отчетная информация;

- иные сведения, представление которых не запрещено законодательством Республики Казахстан.

Период проведения внутреннего анализа коррупционных рисков - 30 марта-30 апреля 2026 года.

Анализ проводился по следующим направлениям:

- 1) выявление коррупционных рисков в нормативных правовых актах;
- 2) выявление коррупционных рисков в организационно-управленческой деятельности.

Управление лекарственного обеспечения (далее УЛО) руководствуется следующими Законами и нормативными актами.

1. Законодательные акты РК:

- Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (от 7 июля 2020 года № 360-VI);
- Трудовой кодекс РК (от 23 ноября 2015 года № 414-V).

2. Подзаконные акты и приказы Министерства здравоохранения РК:

- Приказ МЗ РК № ҚР ДСМ-15 от 4 февраля 2021 года: «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик» (в части стандарта GPP — Надлежащая аптечная практика);
- Приказ МЗ РК № ҚР ДСМ-11 от 27 января 2021 года: «Об утверждении правил маркировки лекарственных средств и медицинских изделий»;
- Приказ МЗ РК № ҚР ДСМ-155/2020 от 27 октября 2020 года: «Об утверждении правил уничтожения лекарственных средств и медицинских изделий, пришедших в негодность»;
- Приказ МЗ РК № ҚР ДСМ-112/2020 от 2 октября 2020 года: «Об утверждении правил выписывания, учета и хранения рецептов»;
- Приказ МЗ РК № 32 от 26 января 2015 года: «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров»;
- Приказ МЗ РК № ҚР ДСМ-305/2020 от 21 декабря 2020 года: «Об утверждении номенклатуры специальностей и квалификационных характеристик».

В ходе проведения внутреннего анализа коррупционных рисков были изучены следующие документы Общества:

1. Внутренние стандарты (СОПы) и Руководства:

- РК-01: Руководство по качеству «Надлежащая аптечная практика (GPP)» (версия 01 от 05.01.2026г.);
- СОП-04: Порядок выдачи лекарственных средств (ЛС) и медицинских изделий (МИ);
- СОП-05: Порядок проведения самоинспекций;
- СОП-06: Система обучения персонала;
- СОП-07: Правила учета, хранения и движения этилового спирта;
- СОП-08: Правила обеспечения ЛС в рамках ГОБМП и ОСМС;
- СОП-10: Порядок приема фармацевтической продукции;
- СОП-12: Правила хранения, учета и движения НсПВП (наркотические средства и психотропные вещества);
- СОП-16: Уничтожение продукции, непригодной к реализации;
- СОП-18: Управление несоответствующей продукцией;
- СОП-19: Возврат и отзыв продукции;
- СОП-21: Учет и инвентаризация;
- СОП-22: Маркировка и прослеживаемость ЛС;
- СОП-23: Формирование потребности в ЛС и МИ;
- СОП-29: Управление деятельностью, переданной на аутсорсинг.

2. Распорядительные и организационные документы:

- Приказ №10-Н: Об утверждении комиссии по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ;
- Приказ №06-Н: О назначении ответственных лиц и комиссии по уничтожению ЛС и МИ;
- Положение о Формулярной комиссии АО «НЦПиДХ» (версия от 28.03.2024г.);
- Должностная инструкция руководителя УЛО (введена 20.03.2026г.);
- Приказ №594-1-ж/к: О возложении обязанностей по распределению ЛС.

3. Отчетная и техническая документация:

- Отчет УЛО по итогам деятельности за 2025 год;
- АВС-ВЕН анализ затрат на лекарственное обеспечение за 2025 год;
- План потребности в ЛС и МИ на 2026 год (сводная таблица по отделениям);
- Переписка с разработчиками ПО (ТОО «Центр информационных технологий Даму», «1С-Рейтинг») и Комитетом медфармконтроля по вопросам автоматизации учета и маркировки (исходящие №476, №761, №1532, №1601, №1755).

БЛОК 1. Анализ внутренней нормативной базы (ВНД)

1. Риск концентрации полномочий и отсутствия «второго взгляда»

- **Проблема:** В ключевых процедурах (СОП-10 п. 6.5.9, СОП-18 п. 6.10, СОП-22 п. 6.4) решения о приемке ЛС и МИ, не имеющих документов, подтверждающих качество, и (или) необходимой сопроводительной документации, ведении переговоров с поставщиками принимаются единолично ответственным лицом (заведующим или ответственным лицом за качество).
- **Риск:** Отсутствие коллегиальности делает сотрудников уязвимыми перед обвинениями в субъективности. При отсутствии перекрестного контроля со стороны других отделов возрастает риск принятия неоптимальных решений.
- **Рекомендация:** Закрепить в СОПах обязательный коллегиальный порядок (минимум 3 человека) для принятия решений по спорным товарам о возврате поставщикам.

2. Недостаточная формализация критериев отбора

- **Проблема:** В Положении о Формулярной комиссии (п. 4.6) Председатель имеет решающий голос при равенстве голосов, а в СОП-08 (п. 6.13) критерии выбора лекарства («цена и качество») описаны в общем виде и в плане потребности в ЛС и МИ указаны торговые наименования

- **Риск:** Это создает «дискреционные полномочия» - возможность действовать по своему усмотрению. Это может быть истолковано как лоббирование интересов конкретных брендов.
- **Рекомендация:** Внедрить систему наибольшего количества голосов для оценки препаратов, чтобы исключить право «решающего голоса», а также убрать графу «торговое наименование» в плане потребности в ЛС и МИ.

3. Процедура уязвимость этапа уничтожения

- **Проблема:** СОП-16 (п. 6.5) позволяет уничтожать до 300 единиц продукции силами организации без участия внешних наблюдателей.
- **Риск:** Без независимой верификации и видео или фотофиксации процесс уничтожения остается непрозрачным для внешнего аудита, что создает риск подозрений в фиктивном списании.
- **Рекомендация:** Сделать видео или фото фиксацию процесса уничтожения обязательным приложением к акту в тексте СОП.

БЛОК 2. Выявление коррупционных рисков в организационно-управленческой деятельности УЛО.

1. Нарушение принципа независимости в комиссиях

- **Проблема:** Согласно Приказу №06-Н (п. 6, 7), в комиссию по уничтожению включены материально-ответственные лица (МОЛ) - те же сотрудники, которые отвечают за сохранность этих препаратов.
- **Риск:** Возникает «конфликт интересов»: проверяющие фактически оценивают результаты собственной деятельности. Это лишает процедуру объективности.
- **Рекомендация:** Изменить составы комиссий, оставив за МОЛ только функцию передачи ценностей, а право решения вопроса по уничтожению передать независимым сотрудникам, в том числе комплаенс.

2. Критические сбои в автоматизации учета

- **Проблема:** Отсутствие интеграции между Damumed и IC, а также проблемы с модулем «Лекарственный учет» (согласно переписке №761, №1601), заставляют персонал вести учет вручную.
- **Риск:** Ручной ввод данных Data Matrix создает предпосылки непреднамеренных ошибок. Отсутствие прозрачного цифрового следа не позволяет эффективно отследить движение препарата до пациента, расчет расхода лекарств производится по бумажному листу назначения.
- **Рекомендация:** Ускорить ИТ-интеграцию и усилить контроль сверки остатков в отделениях.

3. Кадровый дефицит и нагрузка на персонал

- **Проблема:** В Управлении (УЛО) наблюдается дефицит кадров, а именно медсестер в централизованном отделении распределение ЛС на уровне 40,4% (согласно Отчету за 2025 год).
- **Риск:** Чрезмерная нагрузка на оставшийся персонал ведет к переработке. Уставший сотрудник чаще допускает ошибки в учете, которые могут быть неверно интерпретированы как умышленные нарушения.
- **Рекомендация:** Признать заполнение вакансий в УЛО приоритетной мерой по снижению внутренних рисков Центра.

4. Проблемы бюджетного планирования в отделениях

- **Проблема:** Регулярное поступление заявок от отделений сверх выделенного бюджета (Отчет, стр. 25).
- **Риск:** Это создает хаос в планировании закупок и вынуждает УЛО работать в режиме «тушения пожаров», что исключает возможность глубокой проверки обоснованности каждой заявки.

- **Рекомендация:** Внедрить систему персональных бюджетных лимитов для каждого заведующего отделением.

Несмотря на выявленные в ходе анализа области для совершенствования, общее состояние системы управления лекарственным обеспечением (УЛО) в АО «НЦПДХ» оценивается как стабильное, высокопрофессиональное и соответствующее международным стандартам.

1. Приверженность международным стандартам качества (GPP)

Организация успешно внедрила и поддерживает стандарты надлежащей аптечной практики (GPP). Наличие детализированного Руководства по качеству и широкого перечня СОПов (более 30 регламентов) свидетельствует о том, что в Центре выстроена четкая архитектура процессов, минимизирующая хаос и стихийность в работе.

2. Рациональное использование бюджетных средств

Результаты ABC-VEN анализа за 2025 год подтверждают высокую эффективность планирования:

90,3% финансовых средств направляются на жизненно важные препараты (группа Vital).

Система закупок ориентирована на реальные клинические нужды, что исключает нецелевое расходование бюджета на второстепенные позиции.

3. Высокая исполнительская дисциплина

Несмотря на значительный кадровый дефицит (40,4%), текущий персонал УЛО демонстрирует исключительную мобилизацию. В условиях повышенной нагрузки обеспечивается бесперебойное снабжение отделений, ведется сложный учет маркированных товаров и соблюдаются жесткие требования по хранению наркотических и психотропных веществ.

4. Прозрачность и готовность к изменениям

Сам факт проведения глубокого внутреннего анализа и открытое признание технических сложностей (взаимодействие с ИТ-поставщиками по Damumed/IC) говорит о высокой зрелости руководства. Управление не скрывает проблемные зоны, а активно ищет пути их цифровизации и оптимизации.

5. Современная технологическая база

Наличие Централизованного отдела распределения (ЦОРЛС) и внедрение асептических условий для разведения препаратов (персонифицированный подход) ставит Центр в ряд передовых медицинских организаций, обеспечивающих максимальную безопасность пациентов.

Заключение

По результатам внутреннего анализа коррупционных рисков:

1. Внести аналитическую справку Председателю правления Общества для рассмотрения.

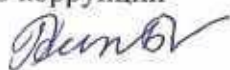
2. Результаты внутреннего анализа коррупционных рисков разместить на корпоративном портале Общества.

3. Результаты внутреннего анализа коррупционных рисков допустить к публичному обсуждению, в том числе на заседаниях коллегиальных, консультативно-совещательных органов по противодействию коррупции.

Председатель совета по противодействию коррупции

Главный врач

«30» апреля 2026 года.



Алтынбаева Г.Б.

Комплаенс офицер АО «НЦПДХ»

«30» апреля 2026 года.



Бисимов М.З.