**Утверждено**

**Решением Наблюдательного Совета**

**КГП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер»**

**УОЗ г.Алматы**

**Протокол № 5 от «7»сентября2023г.**

**ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО АНАЛИЗА КОРРУПЦИОННЫХ РИСКОВ**

**КГП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» 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.