

ГОДИШЕН ДОКЛАД

ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА СИСТЕМИТЕ
ЗА ФИНАНСОВО УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛ
В УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД

ЗА ПЕРИОДА ОТ 01.01.2022 г. - 31.12.2022 г.

Януари, 2023



№ по ред	СЪДЪРЖАНИЕ	Стр.
I.	ОБЩО СЪСТОЯНИЕ НА СЪСТОЯНИЕТО НА СИСТЕМИТЕ ЗА ФИНАНСОВО УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛ	3
II.	ОБЛАСТИ НА ФИНАНСОВО УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛ, В КОИТО СА ПРЕДПРИЕТИ ДЕЙСТВИЯ, НАСОЧЕНИ КЪМ РАЗВИТИЕ И ПОДОБРЕНИЕ.	4
2.1.	Контролна среда	4
2.2.	Управление на риска	6
2.3.	Контролни дейности	7
2.4.	Информация и комуникация	9
2.5.	Мониторинг	10
III.	ОБЛАСТИ НА ФИНАНСОВО УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛ, КОИТО СЕ НУЖДАЯТ ОТ РАЗВИТИЕ И ПОДОБРЕНИЕ.	11
IV.	ИЗТОЧНИЦИ НА ИНФОРМАЦИЯ, ИЗПОЛЗВАНА ЗА ИЗГОТВЯНЕТО НА ДОКЛАДА	12



ВЯРНО С ОРИГИНАЛА

I. ОБЩО СЪСТОЯНИЕ НА СИСТЕМИТЕ ЗА ФИНАНСОВО УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛ

Докладът за състоянието на системите за финансово управление и контрол на УМБАЛСМ „Н. И. ПИРОГОВ“ ЕАД се предоставя на основание на чл. 8, ал. 1 от Закона за финансовото управление и контрол в публичния сектор и съдържа информация за състоянието и развитието на следните взаимосвързани елементи: контролна среда; управление на риска; контролни дейности; информация и комуникация; мониторинг.

Основните изводи за функционирането на системите за финансово управление и контрол в болничното заведение през 2022 г. са следните:

Изградените Системи за финансово управление и контрол в УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД осигуряват, надеждност и всеобхватност на финансовата и оперативна информация, както и прилагане на изискванията за икономичност, ефективност, ефикасност на дейностите и опазване на активите и информацията.

В изпълнение на Методическите насоки по елементите за финансово управление и контрол одобрени от 06 март 2020 година в УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД в дружеството са предприети действия за актуализиране на Системите за вътрешен контрол и привеждането им в съответствие с Указанията.

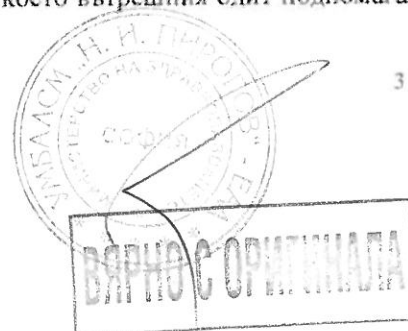
Изготвена е преоценка на съществуващите правила на СФУК като е извършена актуализация по отделните елементи на Системите за вътрешен контрол /СВК/. Предстои одобряване на част от правилата на СВК от Съвета на директорите на дружеството в съответствие с договора за управление.

Въведените контролни дейности включващи писмени политики и процедури са насочени към ограничаване на рисковете за постигане на целите на лечебното заведение определени в Програмата на изпълнителния директор за развитие и дейността на УМБАЛСМ „Н. И. ПИРОГОВ“ ЕАД през 2022 г. Контролните дейности са съобразени с разходите за осъществяването им и се извършват както превантивно, така и в процеса на осъществяване на дейностите.

Извършена е актуализация на наличните вътрешни правила за предварителен контрол, с оглед да бъдат съобразени с цитираните методически указания на министъра на финансите. Предстои определянето на обхвата на главната процедура за предварителен контрол, където да бъдат описани онези процеси, действия и решения, подлежащи на предварителен контрол и се реферира към съответните специфични правила и процедури, регламентиращи реда за извършване на предварителен контрол по отделни дейности и процеси.

Необходимо е подобряване на ефективността на системата за оценка на изпълнението, която да стимулира служителите за повишаване качеството на изпълнение на възложените им задачи като тя да предвижда адекватни възможности за търсене на отговорност при нарушения на установените правила.

Основен елемент от системата за мониторинг е изграденото в дружеството звено за вътрешен одит, като елемент от третата линия на защита. Във връзка с настъпили промени в ръководството на лечебното заведение при изпълнение на одитната дейност допълнително през годината бяха изпълнени извънпланови одитни ангажменти за консултиране за предоставяне на одиторско мнение с цели и обхват определени по реда на чл.8 от Закона за вътрешния одит /ЗВОИО/. С изготвените одитни доклади е предоставена информация на изпълнителния директор на болницата за наличието и функционирането на Системи за финансово управление и контрол и спазване на разписаните правила за отделни дейности, процеси и структурните звена на болницата, с което вътрешния одит подпомага



ръководството да придобие разумна увереност за законосъобразност на дейностите и за предприемане на целесъобразни и адекватни управленски решения.

През отчетния период продължи развитието на системите за финансово управление и контрол с оглед подобряване на управлението и постигането на основните цели на УМБАЛСМ „Н. И. ПИРОГОВ“ ЕАД. Предприети са действия в посока всички участници от линиите на защита да си сътрудничат при изграждане на подходяща координация между тях. Това е от съществено значение, за да се избегне припокриването между различните линии на защита и за да се гарантира, че всяка линия на защита добавя стойност по отношение на резултата от предишната. Този подход допринася и за ограничаване на възможните пропуски, при които отговорностите не са ясно определени и важни действия не се извършват. Използването на формализирани линии на отчитане, стандартизирани образци на работни документи и споделени ИТ платформи, може да помогне за добрата координация.

През 2022 година са извършени съществени изменения в управлението на болницата. С Решение по протокол № РД-16-108 от 22.06.2022 година на министъра на здравеопазването е назначен нов състав на Съвета на директорите, като е определен нов изпълнителен директор на лечебното заведение и е сменен председателя на СД. С цитирания състав на Съвета е сключен е договор за възлагане на управлението на лечебното заведение № РД 16 - 109/23.06.2022 г., за срок до провеждане на конкурс.

Медицинската дейност, осъществявана през 2022 г. все още е белязана от пандемията COVID-19, предприетите действия в национален мащаб и на територията на лечебното заведение за ограничаване разпространението на заболяването, осигуряване на безопасни условия на работа и за диагностика и лечение на болелите пациенти. От м. април са отменени противоепидемичните мерки като лечебното заведение бавно започна да възвръща функцията, за която е създадена, а именно оказване на спешна медицинска помощ на пациентите. Първите три месеца на 2022 г. бе изместен фокусът и не бяха достигнати предварително определените чрез бизнес-плана финансови параметри и резултати, тъй като приоритетът през отчетното тримесечие на 2022 г. отново бе осигуряване на достъп до медицинска помощ, бърза диагностика, адекватно лечение, споделяне на международен опит, прилагане на европейски протоколи за лечение и всички действия единствено за запазване живота и здравето на пациентите от заболяването COVID-19. След прекратяването на епидемиологичната обстановка ограничителните мерки, както и отлагане във времето на плановия прием в „УМБАЛСМ Н. И. Пирогов“ ЕАД започна бавно да си възстановява нормалния ритъм на дейност.

След анализ на информацията получена чрез самооценка, след попълване на въпросника утвърден от министъра на финансите за 2022 година, както и на база на доклади на външни контролни органи и одитните доклади на звеното за вътрешен одит на болницата, определям оценка на общото състояние на системите за финансово управление и контрол на УМБАЛСМ „Н. И. ПИРОГОВ“ ЕАД като „ДОБРО“.

II. ОБЛАСТИ НА ФИНАНСОВО УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛ, В КОИТО СА ПРЕДПРИЕТИ ДЕЙСТВИЯ, НАСОЧЕНИ КЪМ РАЗВИТИЕ И ПОДОБРЕНИЕ.

С оглед усъвършенстване на системите за финансово управление и контрол през 2022 година са предприети действия по всички елементи на системата за финансово управление и контрол, съответно:

2.1 Контролна среда

Изпълнението по елемента „Контролна среда“ показва, че изградения стил на управление в дружеството допринася да се поддържа устойчиво ниво на вътрешен контрол и разбиране на процеса на управление на риска. Налице е позитивно отношение на



ВЕРНО С ОПРИТИНАЛА

ръководството на болницата към вътрешния контрол по отделните аспекти на неговата дейност.

Ясно са формулирани етичните ценности в одобрения Етичен кодекс. Предприемат се мерки за запознаване на служителите с него за да го прилагат в дейността си. В Етичния кодекс е включен механизъм за установяване и докладване на нарушенията, както и предприемането на последващи мерки. Формулирането на етични ценности, освен формализирани в Етичния кодекс, намират място и в изготвените вътрешни правила и процедури, както и указанията и заповедите на изпълнителния директор. Този подход спомага за поддържането на разбирането, че етиката не е формална позиция, а реален аспект от живота на болницата.

Етичните ценности намират място и в комуникацията с външните доставчици и партньори, като отношенията с тях се обективизират в споразуменията и договорите, като тези, които са в обхвата на ЗОП се обявяват от болницата на електронната страница на Регистъра на обществените поръчки в ЦАИС ЕОП.

В процес на актуализиране са антикорупционните правила и процедури. Дружеството има сключен договор с външна фирма за внедряване на системи за управление на борбата с подкупването в съответствие със Стандарт БДС ISO 37001:2016.

Организационната структура позволява изпълнение на целите заложи в Бизнес програмата и съответства на нормативно определените функции на лечебното заведение.

Съгласно Разрешение за осъществяване на лечебна дейност № МБ-156 от 17.07.2018 година болницата осъществява лечебна дейност по 37 медицински специалности, 14 клиники с легла с разкрити в тях 24 отделения; 11 самостоятелни отделения с легла; 4 клиники и отделения без легла и в 5 клинично-диагностични структури. Оперативната дейност се извършва в 42 операционни зали. Мултипрофилното спешно отделение /МСО/ има разкрити 22 кабинета, в които работят екипи по съответните медицински специалности, с еднаква численост през целия часови диапазон на денонощието. УМБАЛСМ „Н. И. ПИРОГОВ“ ЕАД разполага с 861 болнични легла за стационарно лечение и 30 легла в МСО за краткосрочен престой до 24 часа.

Чрез дефиниране на правомощия и отговорности, описани във функционални характеристики на структурите е осигурено разделението на отговорностите при вземане на решение, изпълнение и осъществяване на контрол.

Работи се за подобряване на системата за оценка на изпълнението, която да стимулира служителите за повишаване качеството на изпълнение на възложените им задачи. Тя трябва да предвижда ефективни възможности за търсене на отговорност при нарушения на установените правила.

В изпълнение на Закона за киберсигурност са предприети действия за разпределяне на отговорностите за мрежовата и информационната сигурност, като предстои одобряване от Съвета на директорите на Политики и вътрешни правила за мрежовата и информационната сигурност и изготвяне на оценка на рисковете при тяхното прилагане.

При разработването на Инвестиционна програма за 2023 г. се анализирани и определени приоритетите за лечебното заведение при спазване изискванията на медицинските стандарти и клинични алгоритми.

Управление на риска

Управлението на риска е процес насочен към бъдещата управленска дейност, базирана на допускането, че ръководителите на структури откриват и оценяват всички рискови събития достатъчно рано преди те да се проявят и разработват и прилагат рационални стратегии за снижаване на негативните последици за постигане на целите.



Ефективността на управлението на риска се определя от нивото на организираност, задълбоченост и изчерпателност на прилагания процес, качеството на изпълняваните процедури и подготовката на ръководния състав.

Изпълнението по елемента „Управление на риска“ показва, че този процес е на вниманието на ръководството на болницата. Той е неразделна част от управлението на болницата и изпълнението на Бизнес програмата на изпълнителния директор.

В съответствие със Стратегията за развитие на вътрешния контрол в публичния сектор на Република България и Указанията за управление на риска утвърдени със заповед № ЗМФ 184 от 06 март 2020 година на министъра на финансите е актуализирана цялостната „Стратегия за управление на риска в УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“. Последната актуализация на Стратегията за управление на риска е извършена през 2022 година.

Цитираната Стратегия се прилага от всички клинични структури и административни звена в лечебното заведение, като се отчитат специфичните правила при управлението на риска за всяко структурно звено. Тя цели прилагане на единен подход за управление на риска, включващ идентифициране, оценка, анализ и реакция на рисковете, осигуряващ изпълнението на целите на лечебното заведение.

Във връзка с промяната в състава на борда на директорите предстои актуализиране на състава на Постоянната работна група за управлението на риска, с оглед да бъдат включени представители на области с повишен риск съобразно нововъзникналите рискове. Ръководството на Постоянната работна група за управление на риска /ПРГУР/ се изпълнява от зам.-изпълнителния директор по икономическата дейност на болницата.

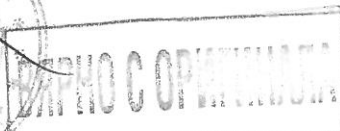
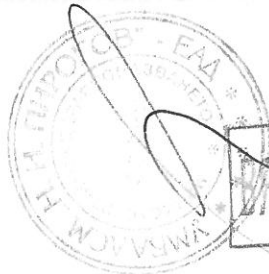
ПРГУР извършва преглед на степента на изпълнението на планираните дейности в съответствие с плана за управление на рисковете, спазването на сроковете, наличие на промяна в описаните в регистрите рискове. При оценката, работната група извършва съпоставка на докладваните от клиниките резултати по управлението на рисковете с резултатите от мониторинга извършван от звеното за вътрешен одит. В резултат се извършва актуализация на оценките на идентифицираните рискове по отношение на остатъчния риск и определят допълнителни действия със срок за изпълнението им.

Процесът по управлението на риска е особено актуален във връзка с идентифицираните нови съществени рискове, променената контролна среда, които в значителна степен повлияха на изпълнението на планираните от изпълнителния директор цели.

В изпълнение на договора за управление на новия състав на СД предстои определяне на целите, които представляват дългосрочните приоритети на лечебното заведение. Във връзка с тях ръководителите на медицински и административни структури ще бъдат ангажирани в оценката на риска при постигането им и актуализация на риск-регистра за значимите за лечебното заведение рискове.

Увеличаващият се брой лечебни заведения изправя пред още по-голямо предизвикателство стопанската дейност на дружеството. От друга страна някои лечебни заведения правят откази за хоспитализация на пациенти с тежка патология, които се насочват за лечение към „УМБАЛСМ Н. И. Пирогов“, влошавайки финансовото й състояние.

Значителен риск е намаляващия брой лекари със специалност поради липса на ефективна възможност за последващо задържане на специалистите обучавани в лечебното заведение. С оглед ограничаване на риска ще се предприемат действия в посока изготвяне на прогноза за развитие на получилите специалност в съответствие с медицински стандарти и нивото на компетентност на всяко от клиничните звена.



Намаляващият брой професионалисти по здравни грижи, което е характерно за цялата страна води до допълнително натоварване и генериране на извънреден труд, което генерира висок риск по отношение на разходите за персонал.

Значителен риск по отношение на разходите на лечебното заведение представлява дейността по оказване на медицинска помощ на неосигурени лица за сметка на бюджета на болницата. Въпреки създадените механизми от държавата с Постановление № 17 на МС от 2007 година за финансиране на лечението на лицата, които нямат доход и/или лично имущество, през 2022 година лечебното заведение изпълнявайки функцията на обществена болница е оказало медицинска помощ на неосигурени лица за сметка на бюджета на болницата на обща стойност 74 000 лева. Цитираните неосигурени лица са приети за оказване на спешна помощ и в последствие хоспитализирани поради наличие на медицински показатели за това, но липсва основание за финансиране по критериите в ПМС 17/2007 година на разходите за тяхното лечение.

2.3. Контролни дейности

Еднозначното прилагане на процесите и осигуряване на възможност за проследимост на резултатите изисква контролните дейности да бъдат въведени и регламентирани с писмени правила и процедури. За всеки процес трябва да бъдат идентифицирани дейностите/стъпките/, които го съставят и осъществяват от всички имащи отношение към процеса структури в болницата. Така те осигуряват адекватна „одитна пътека“ за проследимост на резултатите, както и приемственост и устойчивост на процесите.

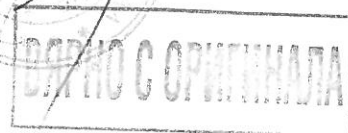
В болницата са изградени основните контроли посочени в изискванията на чл.13 от ЗФУКПС. Отчетен е факторът, при въвеждането на контролните дейности да се вземе предвид очакваната полза от тях, както и разходите за въвеждането и прилагането им.

В някои от тях не са отразени актуализациите във връзка с последвалите след утвърждаването им указания от Министерство на финансите. Тази актуализация на вече въведените контроли е особено належаща след последните Методически указания на министъра на финансите.

С оглед осигуряване на възможност за обективно, точно, пълно, достоверно и навременно осчетоводяване на всички стопански операции в дружеството са разработени процедури при спазване на Закона за счетоводството, Закона за публичните финанси (ЗПФ), Счетоводните стандарти, Сметкоплана и Указанията, утвърдени от министъра на финансите. С тях се цели информационното съдържание за стопанската операция да се отрази в счетоводния документ в определен момент, с определен обем и задължителни реквизити, така че да позволява вземането на правилни решения, от които произтичат финансови последици.

В дружеството е извършена актуализация и са одобрени измененията в Счетоводна политика, Счетоводния документооборот и Сметкоплан.

„Системата на двойния подпис“ като основен вид контролна дейност изисква поемането на всяко финансово задължение (сключване на договори, вкл. за продажба на имущество, заповеди за назначаване или командироване и др.) и извършването на плащане (разходен касов ордер, платежно нареждане) да се осъществява след полагане подписите на изпълнителния директор и лицето, отговорно за счетоводните записвания /главният счетоводител на болницата/. Обхватът на проверките, извършвани преди поставяне на втори подпис, трябва да е ясно разписан във вътрешните правила, регламентиращи контролната процедура.



С полагане на подписа си лицето, отговорно за счетоводните записвания потвърждава, че е информирано относно предстоящото поемане на задължение или извършване на разход и декларира, че ще извърши правилните счетоводни операции.

През отчетния период е извършена актуализация на „Системата на двойния подпис“ като е въведено задължението, поемането на задължения и извършването на разход да се осъществява след полагане на втори подпис от лицето, отговорно за счетоводните записвания в съответствие с изискванията на чл.13, ал.3, т.1 от ЗФУКПС.

В УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД за изпълнение на дейностите по осъществяване на предварителен контрол са назначени двама финансови контрольори. При извършването на предварителния контрол, финансовият контрольор изготвя оценка, в следствие на извършените документални проверки и писмено изразява мнение, относно законосъобразността на предстоящите решения.

В изготвените вътрешни правила за тази контролна дейност е разписана процедура за документиране на извършения предварителен контрол за законосъобразност, която включва отразяване в контролни листове на извършените проверки като задължително се подписват от лицето, което ги е извършило.

Одобрените от министъра на финансите Указания за осъществяване на предварителния контрол за законосъобразност в организациите от публичния сектор във връзка с принципите на COSO 2013, внасят нови възможности за повишаване на ефективността и икономичността от тази контролна дейност. Тези указания допълват актуалните Методически насоки по елементите на финансовото управление и контрол и следва да се прилагат във връзка с описаните в тях основни принципи и изисквания за осъществяване на контролните дейности в организациите от публичния сектор.

Като се има предвид, че болницата е търговско дружество, важно място заема принципът разходите за осъществяването на контролните дейности да не превишават очакваните от тях ползи. В Указанията се допуска, предварителният контрол за законосъобразност върху специфични дейности, както и дейностите, свързани с изрични правомощия на ръководителя на съответното направление, да може да се осъществява чрез проверки и полагане на съгласувателни подписи от съответните отговорни служители.

Това може да се извършва само въз основа на утвърдени писмени правила, обективирани във вътрешни актове, заповеди, функционални или длъжностни характеристики. При определяне на лицата, извършващи предварителния контрол, върху специфични дейности, ръководителят на организацията се отчита изискването на ЗФУКПС, който не допуска съвместяване и изисква разделянето на отговорностите по вземане на решение, изпълнение и осъществяване на контрол. Този предварителен контрол се налага предвид наличието на различни специализирани процеси, като се отчита че е изключено едно лице да притежава нужната компетентност за разбирането на всички процеси и свързаните с тях действия и решения на ръководството в тяхната цялост. Тези процедури предстои да бъдат урегулирани с вътрешни правила.

Въведените в болницата правила и процедури за разрешаване, одобряване и оторизиране, урегулират процеса по вземане на решение, така че само оторизираните лица да одобряват документи и извършват плащания, с които да се приключват процеси. Въведените процедури дават възможност на изпълнителния директор да вземе обосновано решение за разрешение или одобрение.

Налична е процедура по оторизиране, при която да се делегират правомощия на определени длъжностни лица да действат съобразно нарежданията и в границите определени от изпълнителния директор. Проверката показва, че делегирането на правомощия се извършва с писмен акт, при спазване на изискването за необходимата компетентност и професионален опит.



В организацията на контролните дейности се спазва принципа на разделяне на отговорностите, така че да се минимизират грешки, нередности или умишлени нарушения.

През 2022 г. са прилагани съответните контролни дейности по осигуряване на нормалното функциониране и надеждността на информационните системи на УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД. Макар и основните процеси в болницата да са урегулирани с вътрешни правила, някои от тях ще бъдат актуализирани с цел детайлно описание на дейностите и стъпките за осъществяването им, както и за да съответстват на измененията в структурата на болницата и отговорните длъжностни лица.

2.4. Информация и комуникация

През 2022 г. дружеството осъществяваше дейността си в съответствие с принципите за публичност и прозрачност.

Важно изискване към информационна система, чрез която се идентифицира, събира и разпространява информация е тя да позволява на всяко длъжностно лице да изпълнява задълженията си. Въведената система за информация и комуникация осигурява проследимост на процесите в болницата. Системата осигурява условия за работа с навременна, точна и полезна информация, периодично докладване на действията и резултатите за вземане на правилни управленски решения.

Изградени са и се поддържат информационни системи с въведена оторизация за степента на достъп по направление деловодство, управление на човешките ресурси, финансово счетоводна, чрез която се осъществява регистрацията на входящите и собствени документи, тяхното движение и съхранение. Системата за управление на документи осигурява проследимост на процесите по управление и контрол.

В процес на адаптиране в счетоводството на лечебното заведение е Интегрираната информационна система, програмен продукт Гама Конт.

Изградената информационна система включва съответните нива и срокове за докладване, видове отчети, които се представят на ръководството, форми на докладване при откриване на грешки, нередности, измами или злоупотреби. Системата позволява идентифициране, събиране и разпространяване в подходяща форма и срокове на надеждна и достоверна информация, с което всяко длъжностно лице поема определена отговорност.

Предстои одобряване от СД на политика за информационна сигурност, която да включва защита от зловреден софтуер, контроли за управление на рисковете, застрашаващи информационна сигурност и план за възстановяване при срив на информационната система. Отдел „Информационни технологии“ е определен като отговорен по отношение на мрежовата и информационна сигурност.

Писмените правила посочват какви процедури и операции съществуват и кои са отговорните лица, какви документи се създават и кой е отговорен за това, какви системи за вътрешен контрол върху потоците от данни съществуват, кои са лицата, отговорни за проверката на тези данни и какви са начините за представяне на резултатите. Процедурите по съхраняване на информацията осигуряват както физическото запазване на носителя на информацията (хартиен и/или електронен носител), така и запазване на съдържанието без промяна, така че да дава вярна и точна представа за фактите, решенията и действията, отнасящи се до лечебното заведение.

В болницата е изграден отдел „Архив“, чиято основна роля е съхраняването на документите и тяхното предоставяне за използване и експертиза. Дейността на отдела се осъществява на основание на „Вътрешни правила за дейността на учреденския архив“.

Комуникацията на информацията е двупосочно движение на информацията в права и обратна посока по всички информационни канали в организацията по хоризонтала и по



вертикала. Нейната цел е да повиши осведомеността и така да подпомогне постигането на целите. Тя има важна роля в управлението и контрола на дейностите и следва да се осигурят подходящи условия и процедури за вътрешна и външна комуникация.

В лечебното заведение са актуализирани вътрешните правила за документооборота, които уреждат извършването на гореописаната контролна дейност, като във връзка с методическите указания са нанесени необходимите изменения.

В „УМБАЛСМ Н. И. ПИРОГОВ“ ЕАД са одобрени Вътрешни правила за защита на личните данни. Изготвен е Регистър на дейностите по обработка на лични данни, в който са посочени дейностите по обработване на личните данни за всеки процес и основна структура в болницата, в съответствие с член 30 от Регламент (ЕС) 2016/679.

2.5. Мониторинг

Системата за мониторинг функционира с оглед постигането на увереност, че дейностите в болницата се извършват съобразно законодателството и приетите вътрешните актове. Тя включва текущо наблюдение, самооценка и вътрешен одит.

Мониторингът на системите за вътрешен контрол се извършва, за да се гарантира, че механизмите за контрол функционират според изискванията и че се променят по подходящ начин при промени в условията. Той е изграден така, че от една страна да бъдат разработени и извършвани текущи оценки, за да се установи съществуването и функционирането на компонентите на вътрешния контрол и от друга, да бъдат съобщавани своевременно установените слабости от вътрешния контрол на отговорните за предприемане на коригиращи действия, включително на Съвета на директорите в зависимост от степента на риска. Той се извършва непрекъснато в реално време и реагира динамично на променящите се условия.

Мониторингът за разлика от въведените контролни дейности няма за цел да установи дали дадена дейност е изпълнена точно, както е предвидено – със спазване на нужните действия, отговорности и срокове и дали информацията е вярна, а неговата цел е да събира информация доколко чрез правилното изпълнение на контролите се постигат контролните цели. Ключовите индикатори са показателите, използвани за проследяване на степента на изпълнение на дадена цел. Те са важен инструмент на мониторинга, чрез които се проследява изпълнението на целите.

В изпълнение на чл.12 ал.2 т.6 от Закона за вътрешния одит в публичния сектор в УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД е създадено звено за вътрешен одит. В съответствие със закона и на база на стратегически и годишни планове, звеното извършва одитни ангажменти за увереност и консултиране по процеси оценени като високорискови и ключови за болницата.

Като компонент на елемента „Мониторинг“ в качеството си на трета линия на защита, вътрешният одит предоставя увереност на изпълнителния директор и Съвета на директорите за ефективността на управлението на риска, вътрешния контрол и управлението, както и за начина, по който първата и втората защитни линии постигат целите на управлението на риска и контрола. Вътрешният одит допринася за ефективността на резултатите от мониторинга, поради присъщата си по силата на Международните стандарти за професионалната практика по вътрешен одит независимост и обективност в рамките на болницата, които не са налични при втората линия на защита.

През 2022 година звеното за вътрешен одит е предоставило допълнителна увереност относно функционирането на системите за финансово управление и контрол чрез извършването на одитни ангажменти, планирани в изпълнение на указанията на министъра на финансите за приоритетни области на одитиране през 2022 година.



Вътрешният одит е извършил одити на процеси, които са ключови за болницата по отношение на ефективността на въведените контролни дейности при управлението на възприетия от дружеството ред за възлагане на обществени поръчки и изпълнение на договорите в областта на строителството, проследяване на предприетите действия по изпълнение на направените препоръки при извършени одитни ангажменти в предходен период.

В резултат от изпълнените одитни ангажменти, се констатираха области с повишен риск, което оказва негативно влияние на изпълнение на целите заложи в Бизнес програмата, по отношение на:

- пости задължения по договори за доставки на медицинско оборудване и СМР при неосигурен в пълен размер финансов ресурс
- неодобрен от Съвета на директорите и не въведен в дейността на лечебното заведение Политика за мрежова и информационна сигурност и вътрешни правила за нейното прилагане,
- необосновано завишаване на разходите за възнаграждения в дъщерно дружество за доболнична помощ, довело до снижаване на отчетения финансов резултат и съответния дивидент към собственика - УМБАЛСМ „Н. И. ПИРОГОВ“ ЕАД.

Възможността за инициране на одитни ангажменти за консултиране, извършвани от вътрешния одит е използвана ефективно от изпълнителния директор. Изпълнени са одитни ангажменти за консултиране чрез изразяване на одиторско мнение за подобряване на процеса по изграждане и управление на Системата за финансово управление и контрол в УМБАЛСМ „Н. И. ПИРОГОВ“ ЕАД и привеждането ѝ в съответствие с Методическите насоки на министъра на финансите; одитни ангажменти за консултиране за предоставяне на одиторско мнение по отношение на управлението на текущите и просрочени задължения към контрагентите на лечебното заведение; одитен ангажмент относно реда за осигуряване от УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД на медицински изделия извън списъка по чл.30а, ал.1 от Закона за медицинските изделия, които не се заплащат със средства на болницата; одитен ангажмент относно изготвяне на проект на вътрешни правила за прилагане на „Система за двоен подпис“ в „УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД.

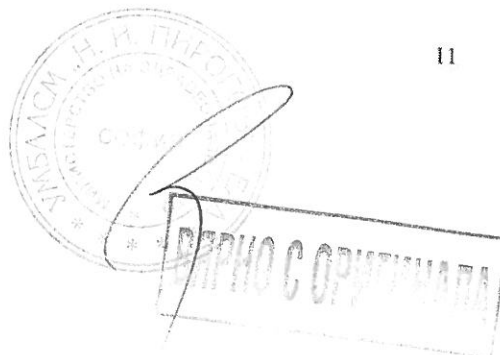
Като основен компонент на елемента „Мониторинг“ в качеството си на трета линия на защита, вътрешният одит предоставя увереност на ръководството на болницата за ефективността на управлението на риска, вътрешния контрол и управлението, както и за начина по който първата и втората защитни линии постигат целите на управлението на риска и контрола.

III. ОБЛАСТИ НА ФИНАНСОВО УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛ, КОИТО СЕ НУЖДАЯТ ОТ РАЗВИТИЕ И ПОДОБРЕНИЕ.

Въпреки отчетените добри резултати по управлението на системите за финансово управление и контрол, през 2023 г. с оглед усъвършенстване на системите ще продължи процеса по тяхното развитие и подобрене във всеки един от цитираните елементи.

Методическите насоки на министъра на финансите налагат изискване за актуализиране на Системата за финансово управление и контрол в структурите от публичния сектор в съответствие с концепцията за Трите линии на защита. Необходимостта от въвеждането е и в резултат на редица обективни фактори, които оказват съществено влияние на финансовото управление и контрол в публичния сектор, какъвто е коронакризата.

Предстои извършването на цялостен преглед на настоящата Система за финансово управление и контрол и изграждане на Система за вътрешен контрол в съответствие с новите изисквания съобразяване с реалностите.



Необходимо е одобряване на вътрешни правила в съответствие с „Указания за последващи оценки на изпълнението в организациите от публичния сектор“ на министъра на финансите. С правилата трябва да се урегулира контролната дейност за реда и начина за извършване на проверките по откриване на възможни грешки или нередности на приключил процес, договор или стопанска операция.

Ще бъде актуализирана системата за оценка на изпълнението, която да стимулира служителите за повишаване качеството на изпълнение на възложените им задачи. Необходимо е тя да предвижда адекватни възможности за търсене на отговорност при нарушения на установените правила.

Привеждане на процедурата по извършване на предварителния контрол за законосъобразност във връзка с Указанията за предварителен контрол на министъра на финансите, като бъде изготвена една главна процедура за предварителен контрол, в която да се опишат всички процеси, действия и решения, подлежащи на предварителен контрол, лицата които го извършват и да се реферира към съответните специфични правила и процедури, регламентиращи реда за извършване на предварителен контрол по отделни дейности и процеси.

Ще бъде осигуряван постоянен мониторинг за съответствие с изискванията на чл.13, ал.3, т.1 от ЗФУКПС на „системата за двоен подпис“ за полагане на втори подпис от лицето, отговорно за счетоводните записвания при сключване на договори с доставчици, трудови договори и такива по извънтрудово правоотношение, чрез актуализиране на вътрешните правила.

Ще бъдат актуализирани процедурите по документиране, в съответствие с интегрираната рамка за вътрешен контрол COSO 2013 и изискванията на елемента „Информация и комуникация“, така че да позволяват проследяване на всеки документ, действие, процес, като описват точно кой, какво, как и кога извършва, с каква цел и какъв акт/документ се създава в резултат на това.

След одобряването от Съвета на директорите на Политика за мрежова и информационна сигурност, която да включва всички съответни политики за сигурност на информационните и комуникационните системи, ще одобря план за обучение на персонала на лечебното заведение, съобразно персоналните отговорности на състава, с оглед ограничаване на риска от инциденти, относно мрежите и информационни системи, използвани при предоставянето на медицински услуги от лечебното заведение.

Ще бъдат актуализирани правилата за административния документооборот, като се въведе изискването резолюцията на съответния ръководител по тези доклади независимо към кого тя е насочена, да бъде предоставена и на изготвилния документ, с цел комуникацията на информацията да позволява двупосочно движение в права и обратна посока по всички информационни канали по хоризонтала и по вертикала, с цел повишаване на осведомеността и постигането на целите.

Във връзка с направените констатации от вътрешния одит на болницата съм одобрил планове за действие изготвени от ръководителите на одитираните структури, които следва да предприемат действия по изпълнението им. Проследяване на изпълнението ще бъде извършено в процеса на извършваната одитна дейност или с последващи одитни ангажменти.

IV. ИЗТОЧНИЦИ НА ИНФОРМАЦИЯТА, ИЗПОЛЗВАНА ЗА ИЗГОТВЯНЕТО НА ДОКЛАДА.

Изготвянето на настоящия доклад е извършено след анализ на информацията получена от тримесечните финансови отчети на дружеството, Бизнес програмата на изпълнителния директор и отчетите за нейното изпълнение, одитните доклади на звеното



за вътрешен одит на болницата, както и на база на доклади на външни контролни органи като АДФИ, Национална и Столична здравноосигурителна каса, Столична РЗИ и други контролни органи.

30.01.2023год.

ДОКТОР ВАЛЕНТИН ДИМИТРОВ
ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР
НА УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД



13

ВЯРНО С ОРИГИНАЛА

