



„УНИВЕРСИТЕТСКА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО
ЛЕЧЕНИЕ И СПЕШНА МЕДИЦИНА „Н.И.ПИРОГОВ” ЕАД

ДЕКЛАРАЦИЯ

за корпоративно управление за годината,
завършваща на 31 декември 2023 година

Април, 2024 година

I. ИНФОРМАЦИЯ ЗА СПАЗВАНЕ ПО ЦЕЛЕСЪОБРАЗНОСТ НА ПРАВИЛАТА НА НАЦИОНАЛНИЯ КОДЕКС ЗА КОРПОРАТИВНО УПРАВЛЕНИЕ

Настоящата декларация за корпоративно управление за годината завършваща на 31 декември 2023 година е изготвена в съответствие с глава седма от Закона за счетоводството и чл.61, ал.3, т.5 от Правилника за прилагане на Закона за публичните предприятия, по реда на чл.100н, ал.8 от Закона за публично прилагане на ценни книжа.

Декларацията се основава на определените от законодателството принципи и норми за добро корпоративно управление, произтичащи от разпоредбите на Националния кодекс за корпоративно управление, Законът за лечебните заведения, Законът за финансово управление и контрол в публичния сектор, Закона за счетоводството и други закони и подзаконови актове и международно признати актове.

През отчетната 2023 година УМБАЛСМ „ПИРОГОВ“ ЕАД спазва правилата на Националния кодекс за корпоративно управление, в това число и в областта на устойчивото развитие и не прилага допълнителни практики на корпоративно управление в допълнение към него.

Прилага се принципа на прозрачност и независимост, както и отговорност на дружеството пред обществото и собственика на капитала в лицето на Министерство на здравеопазването.

Дружеството не предлага и не е емитент на ценни книжа на регулирания пазар.

II. СЪСТАВ И ФУНКЦИОНИРАНЕ НА УПРАВИТЕЛНИТЕ ОРГАНИ И СТРУКТУРА

УМБАЛСМ „Пирогов“ ЕАД е еднолично акционерно дружество, със 100% държавна собственост на капитала и едностепенна форма на управление.

Към края на отчетния период капиталът на дружеството е в размер на 61 427 205 лева, разпределен в 61 427 205 поименни акции с номинална стойност от 1 лев.

Увеличаването и намаляването на капитала може да се извърши по решение на Общото събрание на акционерите, което се представлява от министъра на здравеопазването.

Дружеството се управлява от Общото събрание на акционерите и Съвет на директорите и представлява от изпълнителен директор. Съгласно договор за управление № РД-16-36/24.01.2023 година Съветът на директорите е в следния състав:

Д-р Валентин Димитров Димитров - изпълнителен директор, г-жа Златина Георгиева Георгиева- председател на Съвета на директорите, г-жа Живка Севдалинова Савова - заместник председател на Съвета на директорите.

Съветът на директорите насочва и контролира независимо и отговорно дейността на дружеството съобразно установените визия, цели, стратегии на дружеството и интересите на държавата като собственик на капитала.

Лечебното заведение с всичките си структури гарантира осигуряване на непрекъснато 24-часово осъществяване на медицинска помощ, при спешни състояния и на всички диагностични и терапевтични дейности, осъществявани в диагностичните и стационарни структури.

Финансовото управление и контрол е цялостен процес, интегриран в дейността на лечебното заведение, който се осъществява от ръководството и служителите. То е съвкупност от дейности и процедури с оглед осигуряване на разумна увереност, че целите на Дружеството ще се постигнат чрез:

1. Съответствие със законодателството, вътрешните актове и договори;
2. Надеждност и всеобхватност на финансовата и оперативна информация;
3. Икономичност, ефективност и ефикасност на дейностите;
4. Опазване на активите и информацията.

Системата за финансово управление и контрол е структурирана в следните взаимосвързани елементи:

3.2 Контролна среда

Изграденият стил на управление в дружеството допринася да се поддържа устойчиво ниво на вътрешен контрол и разбиране на процеса на управление на риска.

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.

Извършена е актуализация на антикорупционните правила и процедури на база на 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.

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.

3.3. 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 последствия 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. Той е неразделна част от управлението на болницата и изпълнението на Бизнес програмата.

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 2023 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.

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 цели.

Увеличаващият се брой лечебни заведения изправя пред още по-голямо предизвикателство стопанската дейност на дружеството. Някои лечебни заведения допускат отказ за хоспитализация на пациенти с тежка патология, които се насочват за лечение към „УМБАЛСМ Н. И. Пирогов“, влошавайки финансовото ѝ състояние.

Значителен риск е намаляващия брой лекари със специалност поради липса на ефективна възможност за последващо задържане на специализантите обучавани в лечебното заведение. С оглед ограничаване на риска 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 2023 година лечебното заведение изпълнявайки функцията на обществена

болница е оказало медицинска помощ на неосигурени лица за сметка на бюджета на болницата на значителна стойност.

3.4. 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.

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.

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.

Прилага се „Система 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 е ясно разписан във вътрешните правила, регламентиращи контролната процедура.

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.

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.

Въведените в болницата правила и процедури за разрешаване, одобряване и оторизиране, уреждат 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. 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.

3.5. Информация и комуникация

През 2023 г. дружеството осъществява 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.

Одобрена от Съвета на директорите е Политика за информационна сигурност, която включва защита от зловреден софтуер, контроли за управление на рисковете, застрашаващи информационна сигурност и план за възстановяване при срыв 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

заведение относно въпросите, които засягат функционирането на вътрешния контрол, като обмен на информация, пряко наблюдавана от министерството и свързана с изпълнението на дадени действия или проверки. При изпълнение на дейностите по текущо наблюдение ръководството взема под внимание и комуникацията с външните одитори по установените от тях слабости и направени препоръки.

3.7 Вътрешен одит и контрол

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.

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 2023 година звеното за вътрешен 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 по осигуряване на лечебното заведение с необходимите лекарства и медицински изделия, проследяване на предприетите действия по изпълнение на направените препоръки при извършени одитни ангажменти в предходен период.

В резултат от изпълнените одитни ангажменти, са констатирани области с повишен риск, които оказват негативно влияние на изпълнение на целите заложи в Бизнес програмата и са докладвани на ръководството с направени препоръки.

Възможността за инициране на одитни ангажменти за консултиране, извършвани от вътрешния одит е използвана ефективно. 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.

IV. УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ

При разработването на Инвестиционна програма за 2024 г. се анализирани и определени приоритетите за лечебното заведение при спазване изискванията на медицинските стандарти и клинични алгоритми.

Създаден е регистър на наличната медицинска апаратура и след направени предложения от началниците на структурите е изготвен анализ за необходимостта от подмяна и/или закупуване на апаратура през 2023 г., които са планирани в Бизнес

програмата. Усвоени и въведени в експлоатация през 2023г. са инвестиции за закупуване на медицинска апаратура и оборудване в размер на 12 288 930 хил. лева.

Планираните собствени средства за инвестиции за медицинска апаратура и оборудване през 2024г. се в размер на 2 395 хил. лв. като са подадени апликационни форми и списък с искания до Министерство на здравеопазването за финансиране през 2024 г. в размер на 6 634 хил. лв.


През 2023 година след извършен капиталов ремонт и получено Разрешение за ползване е въведена в експлоатация на Клиника по Урология към „УМБАЛСМ Н.И. Пирогов“ ЕАД”. Общата инвестиционна стойност включваща и услугите за Проектиране и Строителен надзор възлиза на 4 716 148,99 лв. с ДДС.

В изпълнение на Бизнес програмата по направление инвестиции в сградния фонд на лечебното заведение в програмата за 2024 г. за инвестиции в строителство са планирани 2 188 хил. лв., които са осигурени и финансирани чрез ПМС и вдигане на капитала на дружеството. Планирани са 600 хил. лв. за текущи ремонтни дейности финансирани от собствени средства на дружеството. Предвидени са 1 446 хил. лв. за проектиране и разчистване на терен за нова сграда „Учебен център“. Подадени са апликационни форми и искания за финансиране към Министерство на здравеопазването в размер на 5 539 хил. лв.

Основен приоритет на "УМБАЛСМ Н. И. Пирогов" ЕАД е продължаване на предоставянето на качествена медицинска услуга с особен фокус спешната помощ, в условията на неритмичност на приходите. Отчитайки специфичната мисия на болницата, бизнес програмата е фокусирана върху осигуряване на обща финансова устойчивост, модернизирание и подобряване на условията, намаляване на разходите. Планирано е повишаване на приходната част, чрез: подобряване на достъпа и повишаване на качеството на медицинските грижи; закупуване по договорът с НЗОК на цялата изработена от лечебното заведение дейност; участие в програми и проекти с европейско финансиране, включително и за осигуряване на апаратура. Предвижда се намаляване на разходната част, чрез: оптимизиране на разходите за лекарствени продукти, медицински изделия, консумативи и др.; осигуряване на непрекъснат мониторинг и контрол на разходите.

СЪВЕТ НА ДИРЕКТОРИТЕ НА УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД:

Председател:

 **Златина Георгиева**

Заместник – председател:

 **Живка Савова**

Изпълнителен директор:

 **д-р Валентин Димитров**