



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

ГОДИШЕН ДОКЛАД

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

ЗА ПЕРИОДА ОТ 01.01.2023 г. - 31.12.2023 г.

Февруари, 2024

№ по ред	С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е	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.	5
2.1.	Контролна среда	5
2.2.	Управление на риска	6
2.3.	Контролни дейности	8
2.4.	Информация и комуникация	11
2.5.	Мониторинг	12
III.	ОБЛАСТИ НА ФИНАНСОВО УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛ, КОИТО СЕ НУЖДАЯТ ОТ РАЗВИТИЕ И ПОДОБРЕНИЕ.	14
IV.	ИЗТОЧНИЦИ НА ИНФОРМАЦИЯ, ИЗПОЛЗВАНА ЗА ИЗГОТВЯНЕТО НА ДОКЛАДА	15

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 във връзка с писмо Изх. № 04-20-337/04.12.2023 година на Министерство на здравеопазването.

Докладът съдържа информация за състоянието и развитието на системите за вътрешен контрол и включва 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 2023 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.

При определяне на стратегическите цели и приоритети са планирани необходимите човешки, финансови, времеви ресурси за обезпечаване на изпълнението им. С цел продължаващо обучение на персонала са създадени възможности за обмен на знания и опит с колеги от страната и чужбина и за създаване на полезни контакти. Прилага се политика, която осигурява задържане на служителите с висока квалификация и опит.

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.

Изградената организационна структура осигурява йерархичност и ясни правила, права и задължения и нива на докладване. Елементите на СФУК функционират, като се прилага принципа на разделяне на отговорностите при вземане на решения, прилагане на системата за „двоен подпис”, осчетоводяване и осъществяване на предварителен контрол, с което се дава разумна увереност за добро финансово управление, икономично и ефективно протичане на процесите в болницата.

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 2023 г. Контролните дейности са съобразени с разходите за осъществяването им и се извършват както превантивно, така и в процеса на осъществяване на дейностите. Предстои определянето на обхвата на главната процедура за предварителен контрол, където да бъдат описани онези процеси, действия и решения, подлежащи на предварителен контрол като се реферира към съответните специфични правила и процедури, регламентиращи реда за извършване на предварителен контрол по отделни дейности и процеси.

Информацията и комуникацията в болницата се извършва по хоризонтала и вертикала до всички йерархични нива. Чрез изготвяне на писмени правила и процедури се

свеждат до знанието на всички служители на ролята и отговорностите им във връзка с финансовото управление и контрол. Прилаганата система за документиране и документооборот, съдържа правила за съставяне, оформяне, движение, използване и архивиране на документите.

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 изменения на рисковата среда при изпълнение на одитната дейност през годината допълнително бяха изпълнени извънпланови одитни ангажименти за консултиране за предоставяне на одиторско мнение с цели и обхват определени по реда на чл.8 от Закона за вътрешния одит /ЗВОПС/. 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.

„УМБАЛСМ Н. И. Пирогов” осъществява медицинска дейност в съответствие с Разрешение за осъществяване на лечебна дейност № МБ-156 от 02.06.2023г. Дейностите се осъществяват по 38 медицински специалности, в 18 клиники с легла с разкрити в тях 32 отделения; 9 самостоятелни отделения с легла; 4 клиники и отделения без легла и в 5 клинично-диагностични структури. В лечебното заведение има структури, които нямат аналог в страната: отделенията по урология при деца, токсикология при деца, изгаряне и пластична хирургия при деца, детска коремна хирургия, детска гръдна хирургия, хирургия на новороденото и вродените аномалии, детска неврохирургия. Оперативната дейност се извършва в 40 операционни зали. В „УМБАЛСМ Н. И. Пирогов” ЕАД са разкрити 3 противошокови зали, една от които е за пациенти до 18-годишна възраст. Мултипрофилното спешно отделение (МСО) има разкрити 22 кабинета, в които работят екипи по съответните медицински специалности, които са с еднаква численост през целия часови диапазон на денонощието.

Лечебното заведение разполага с 889 болнични легла за стационарно лечение от които 90 легла за интензивно лечение и 30 легла, разкрити в МСО за краткосрочен престой до 24-часа.

Учебната и научна дейност в Болницата се развива с широко активно участие в преподавателската и публикационната дейност на национално и международно ниво, като хабилитираният състав има няколко публикации в сериозни международни издания с импакт фактор. Подготвят се акредитации на нови докторски програми – по „Педиатрия“, „Неврология“ и „Лицево-челюстна хирургия“. Болницата разполага с необходимия хабилитиран състав и условия, за да отговори на изискванията заложи от Националната агенция за оценка и акредитация.

След анализ на информацията получена чрез самооценка, след попълване на въпросника утвърден от министъра на финансите за 2023 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 „МНОГО 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 2023 година са предприети действия по отделните 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 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.

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 .

Съветът на директорите изпълнява тригодишна програма за дейността. За всяка година от договора за управление се представя на министъра на здравеопазването през текущата година отчет и анализ на показателите за предходната година, като планирането се извършва съгласно структурата и съдържанието на финансовия отчет. Със Стандарта е въведена единна електронна отчетна форма, чрез която на всяко тримесечие се извършва мониторинг и изготвя оценка по основни показатели за състоянието на дружеството.

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

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.

С цел подобряване качеството и ефективността на провежданото лечение (продължителност на живот, качество на живот и др.), както и повишаване на качеството на обслужване на пациентите в клиничните звена е доставена и въведена в експлоатация медицинска апаратура на обща стойност 8 889 300 лева.

Извършени са строително-монтажни работи в клиники и отделения на обща стойност 5 435 747 лева. През годината е приключило изпълнението на ремонта на клиника по Урология. Извършено е преустройство и цялостен ремонт на помещенията от сутерена до петия етаж в сградата, като инвестиционният проект се съобрази с медицинските стандарти и нормативи, както и със спецификата на съществуващата сграда. Общата стойност на изпълнения ремонт възлиза на 4 822 396 лева. По силата на Методика за изменение на цената на договор за обществена поръчка в резултат на инфлация, приета с ПМС № 290 от 27.09.2022 г., обн., ДВ, бр. 78 от 30.09.2022 г., е извършено изменение на договорите за ремонта, като е извършено дофинансиране със сумата от 2 187 573 лева.

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.

Съгласувани са и са подготвени за внасяне за одобряване от Съвета на директорите на Вътрешните правила за управление на цикъла на обществените поръчки.

2.2 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.

Основните изисквания, които поставя ЗФУКПС към ръководителите на организациите от публичния сектор са те да възприемат управлението на риска като ключова дейност, допринасяща за постигане целите на организациите, да документират

решенията/ действията, които са предприели за управление на идентифицираните рискове и да осигурят периодичен преглед на процеса, с оглед неговата актуалност.

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, ежегодно и/или при промяна на рисковата среда се извършва преглед на „Стратегията за управление на риска в УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“. Последната актуализация на Стратегията за управление на риска е приета с решение на Съвета на директорите № СД-I-10 от 14.06.2023 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.

С оглед ефективното управление на риска са определени измерими цели с конкретен срок за изпълнение, които да съвпадат с общата визия и мисия на Бизнес програмата на изпълнителния директор.

През годината на база на направеното целеполагане е извършено идентифициране и оценка на значимите рискове, които биха могли да окажат негативно влияние като е изготвен нов Риск-регистър на значимите рискове в УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД. Извършено е обучение по методите за оценка и управление на риска на състава на Постоянната работна група за управление на риска.

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.

Увеличаващият се брой лечебни заведения изправя пред още по-голямо предизвикателство стопанската дейност на дружеството. От друга страна някои лечебни

заведения правят 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 обща стойност 101 633 лева. Цитираните неосигурени лица са приети за оказване на спешна помощ и в последствие хоспитализирани поради наличие на медицински показатели за това, но поради липса на основание за финансиране по критериите в ПМС 17/2007 година, разходите за тяхното лечение са останали за сметка на болницата.

Целите на лечебното заведение играят съществена роля в цялостния процес на управление на риска. Важна предпоставка за ефективното управление на риска е определянето на ясни, измерими, достижими цели, с конкретен срок за изпълнение, които да съвпадат с общата визия и мисия на Бизнес-програмата на изпълнителния директор. Целите трябва да бъдат разбрани от всички ръководители на основни структурни звена, за да се осигури тяхното постигане, чрез изпълнението на конкретните дейности и задачи. Правилното идентифициране на рисковете е невъзможно да бъде извършено, ако не е въведен адекватен процес на целеполагане.

Съществен момент е тясното взаимодействие с вътрешния одит, чиято роля е да оценява системите за управление на риска и идентифицира съществените рискове, с което подпомага изпълнителния директор без да изземва отговорността и да участва пряко в процеса по управление. В съответствие с модела на трите линии на защита, за ефективността на процеса по управление на риска е ключово тясното взаимодействие между ръководството на болницата и вътрешния одит.

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 все още 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) 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, от ръководителя 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 2023 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 2023 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.

Приключи въвеждането в счетоводството на лечебното заведение на 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. На този етап системата все още има необходимост към адаптиране спрямо изискванията на ползвателите.

В изпълнение на Закона за киберсигурност са предприети действия за разпределяне на отговорностите за мрежовата и информационната сигурност, като са одобрени от Съвета на директорите на Политики и вътрешни правила за мрежовата и информационната сигурност и изготвяне на оценка на рисковете при тяхното прилагане. Цитираните правила включват 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 промяна, така че да дава вярна и точна представа за фактите, решенията и действията, отнасящи се до лечебното заведение.

В болницата е изграден отдел „Деловодство и 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 учредения 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. Прилагат се клаузи за конфиденциалност и дисциплинарни наказания при неспазване на клаузите за конфиденциалност към всички служители, които обработват данни. Извършва се обучение по политиките за защита на данните и дейностите по обработка, свързани със служителите. Извършва се периодичен преглед на правата за достъп на служителите.

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 2023 година звеното за вътрешен одит е предоставило допълнителна увереност относно функционирането на системите за финансово управление и контрол чрез извършването по искане на изпълнителния директор на извънпланови одитни ангажменти.

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 доставката на лекарствени продукти 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, се констатираха области с повишен риск, което оказва негативно влияние на изпълнение на целите заложи в Бизнес програмата, по отношение на:

- Липсата на писмена регламентация на процеса по управление на обществени поръчки при стойностни прагове по чл. 20, ал.4 ЗОП, което създава риск за правилното определяне на прогнозната стойност на обществената поръчка и прилагането на съответния ред за възлагане.

- Приемането на извършената от изпълнителя дейност без изготвяне на досие по изпълнението чрез систематизиране на документите на етапа на изпълнение на обществената поръчка, което ограничава документална проследимост и е в несъответствие с чл. 121 от ЗОП за пълнота на досието.

- Забавянето при изготвяне на спецификация за необходимите лекарствени продукти и медицински изделия което създава висок риск за нарушаване на цикличността при възлагане на периодически повтарящи се обществени поръчки за доставката им.

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 относно наличие на държавна помощ по смисъла на чл. 107, параграф 1 от Договора за функционирането на Европейския съюз, в процедура по увеличаване на капитала на УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ” ЕАД; одитен ангажмент относно дейностите по актуализиране на Стратегията за управление на риска в УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ” ЕАД; одитен ангажмент относно сключване на договори „заем за послужване“ по реда на чл. 243-249 от ЗЗД. Необходими документи. Обосновка на предложението за сключване на договор по реда на чл.243-249 от ЗЗД при липса на възможност за доставка на апаратура по реда на ЗОП. Задължително извършване на процедура по ЗОП при доставка на консумативи.

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 2024 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 за изграждане на Система за вътрешен контрол в съответствие с новите изисквания и 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 и тяхното изменение 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.

Ще бъде приведен в изпълнение план за обучение на персонала на лечебното заведение, съобразно одобрената Политика за мрежова и информационна сигурност и 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 документа, 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 са одобрени планове за действие изготвени от ръководителите на одитираните структури, които следва да предприемат действия по изпълнението им. Проследяването на изпълнението ще бъде извършено в процеса на извършваната одитна дейност или с последващи одитни ангажименти.

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.

28.02.2024 год.

**ДОКТОР ВАЛ
ИЗПЪЛНИТЕЛ**

Подписът е заличен съгласно
Закона за защита на личните данни

НА УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“ ЕАД

Изготвил:

Зам. изп. директор по ИД

Васил Клявков

Подписът е заличен съгласно
Закона за защита на личните данни