



**„МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ –
БЛАГОЕВГРАД „ АД**
гр. Благоевград, ул. „Славянска” № 60, тел. 073/82-92-329

ЗАПОВЕД
№ 344
Благоевград, 27.12.2024г.

На основание чл. 69 от ЗЛЗ , във връзка с чл.36 от Правилника за устройство дейността и вътрешния ред на „МБАЛ - Благоевград“ АД

УТВЪРЖДАВАМ :

Стратегия за управление на риска в „МБАЛ-Благоевград“ АД

Копие от настоящата заповед да бъде връчено на работници и служители в „МБАЛ-Благоевград“ АД, на служител „човешки ресурси“ и на „деловодител“ за сведение и изпълнение.

Д-Р ДИМИТЪР [REDACTED] ОВ
Изпълнител на [REDACTED]
„МБАЛ-Благоевград“ АД

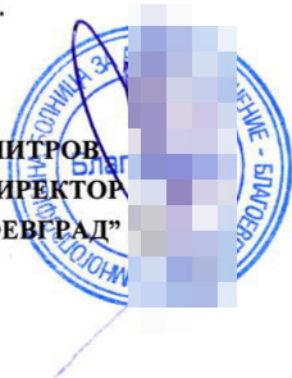




„МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ – БЛАГОЕВГРАД„ АД
гр. Благоевград, ул. „Славянска“ № 60, тел. 073/82-92-329, факс: 073/ 88-41-29
Звено „Вътрешен одит“

Приложение към Заповед
№ 344/27.12. 2024г.

УТВЪРЖДАВАМ:
Д-Р ДИМИТЪР ДИМИТРОВ
ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР
НА "МБАЛ – БЛАГОЕВГРАД"



ДАТА: 27.12.2024 г.

СТРАТЕГИЯ

ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА

В "МБАЛ – БЛАГОЕВГРАД" АД, ГРАД БЛАГОЕВГРАД
и в ДД „ МЦ БЛАГОЕВГРАД - 2009" ЕООД

2024 г.
гр. Благоевград

СЪДЪРЖАНИЕ

	3
I. ВЪВЕДЕНИЕ	
II. ПОНЯТИЯ	3
III. РОЛИ И ОТГОВОРНОСТИ	4
IV. СИСТЕМА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА	7
V. ПРОЦЕДУРИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ПОСЛЕДВАЩИ ОЦЕНКИ НА ИЗПЪЛНЕНИЕТО	14
VI. СЪПКИ НА ПРОЦЕСА ПО УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА В МБАЛ БЛАГОЕВГРАД АД	17
VII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ	20

I. ВЪВЕДЕНИЕ

1. Същност и цели на Стратегията за управление на риска

„МБАЛ - Благоевград“ АД, гр. Благоевград е юридическо лице със седалище, самостоятелна сметка и адрес на управление, гр. Благоевград, ул. „Славянска“ № 60. Болницата е търговско дружество, регистрирано по реда на Търговския закон и е вписано в Търговския регистър с ЕИК 101505152. Акредитирано е като лечебно заведение по реда на ЗЛЗ.

През сдтираният период правата на държавата в търговското дружество с държавно участие в капитала са упражнявани от министъра на здравеопазването. Собственик на капитала на дружеството са: държавата, представлявана от министъра на здравеопазването /основен акционер/ и 14 – те общини в област Благоевград. „МБАЛ – Благоевград“ АД, има дялово участие в ДД „МЦ-Благоевград-2009“ ЕООД/ДД/, създадено през 2009 г. към „МБАЛ – Благоевград“ АД с основен капитал 5 000 лв. Включено е в консолидирания финансов отчет на болницата. Седалището и адреса му е гр. Благоевград, ул. „Славянска“ № 60.

Основната икономическа дейност на дружеството е дейност на лечебни заведения за болнична помощ. Стратегическа цел на лечебното заведение (ЛЗ) е осигуряването на съвременни и качествени болнични услуги и здраве на населението - български и чуждестранни пациенти на територията в югозападна България и основно на Благоевградска област, чрез спазване на правилата за добра медицинска практика.

„МБАЛ – Благоевград“ АД, гр. Благоевград е публично правна организация. Като търговско дружество и данъчно задължен субект, Болницата и ДД-во към нея обработват финансовата и нефинансова информация за своите дейности в съответствие със Закона за счетоводството, Търговския закон, Данъчно-осигурителния процесуален кодекс, Закона за здравното осигуряване, Закона за лечебните заведения, Закона за здравето, Националния рамков договор за медицинските дейности, Закона за публичните предприятия, Закона за финансовото управление и контрол в публичния сектор (ЗФУКПС) и другите приложими нормативни актове.

Управлението на „МБАЛ – Благоевград“ АД се определя от правно - организационната му форма – акционерно дружество с едностепенна система на управление. Органите на управление съгласно учредителния акт Устав на дружеството са: Общото събрание, чиито правомощия се упражняват от едноличния собственик на капитала и Съвета на директорите.

Стратегията за управление на риска в „МБАЛ - Благоевград“ АД/ наричана по-нататък за краткост „Болницата“/ приема настоящата Стратегията за управление на риска в изпълнение на чл. 12, ал. 3 от Закона за финансовото управление и контрол в публичния сектор и чл. 17, 28 и чл. 29, ал. 1, т. 4 от Закона за публичните предприятия, чл. 63, ал.1 и чл. 64 от Правилника за прилагане на Закона за публичните предприятия.

Целта е да се актуализират съществуващите вътрешни правила за осъществяване на мониторинг на СФУК, в т. ч. и за елемента управление на риска, включващи периодичността на прегледите на системите и реда за предприемане на коригиращи действия в съответствие с приетата Методика за оценка на изпълнението на одобрените бизнес програми на публичните предприятия по чл. 17 от Правилника за прилагане на Закона за публичните предприятия /ППЗПР/, съгласно ПМС №106/22.12.2023 г./

Настоящата Стратегия за управление на риска е основен документ, който е предназначен при подпомагане постигането на стратегическите цели и приоритети на „МБАЛ – Благоевград“ АД и ДД „МЦ - Благоевград - 2009“ ЕООД, чрез прилагането на унифициран подход за управление на риска, включващ идентифициране, оценяване и контролиране на рисковете /потенциални събития или ситуации/, които биха повлияли негативно върху постигане на целите на болничното заведение.

Управлението на риска е продължителен процес и е предназначено да даде разумна увереност, че целите на Болницата и на ДД-во ще бъдат постигнати, като се ограничи вероятността от настъпване на събития/ ситуации, водещи до негативно влияние и възпрепятстващи достигане на крайните резултати от поставените цели./

Стратегията за управление на риска описва етапите, през които преминава процесът по управление на риска, използвания подход, отговорните лица (структури) и основните изисквания към процеса и процедурата за осъществяване на последващи оценки на изпълнението.

Целите на Стратегията за управление на риска в „МБАЛ - Благоевград“ АД и в ДД са свързани с:

- Изграждане на съзнание и разбиране за процеса по управление на риска на всички нива в болницата. Изграждане на организационна култура по отношение на управлението на риска и на отговорност, свързана с управлението на риска на всички нива в болничното заведение.

- Внедряване на управлението на риска, като част от процеса по взимане на решения. Това включва свързване на идентифицираните рискове и контролни дейности със стратегическите и оперативни цели на болницата, като част от процеса по годишно планиране.

- Обхващане на рисковете и тяхното добро управление. Постигане на съответствие с изискванията на чл. 8 от Закона за финансовото управление и контрол в публичния сектор (ЗФУКПС) за Годишно докладване за функционирането, адекватността, ефикасността и ефективността на системите за финансово управление и контрол (СФУК).

В Стратегията за управление на риска е включена и процедурата за осъществяване на последващи оценки на изпълнението.

Съгласно параграф 1, т.11 от Допълнителните разпоредби на ЗФУКПС /нова – ДВ, бр. 13 от 2019 г.) по смисъла на този закон: "Последващи оценки на изпълнението" са всички проверки, насочени към откриване на възможни грешки или нередности на приключил процес, договор или стопанска операция. Чрез проверките се установява дали ресурсите са придобити, или са разходвани законосъобразно и във връзка с поставените цели и нивото на постигнатите резултати. Редът и начинът за извършване на проверките се определят от ръководителите на организациите по чл. 2 въз основа на оценка на риска и анализ на разходите и ползите."

Оценките, представляват контролни дейности, насочени към откриване на възможни грешки или нередности по приключил процес/договор, стопанска операция. Изборът за извършване на последващи оценки е свързан с резултатите от процеса по управление на риска.

Стратегията за управление на риска се утвърждава от Изпълнителния директор на „МБАЛ – Благоевград“ АД и се актуализира минимум веднъж на всеки три години, или при настъпване на съществени промени в рисковата среда.

II. ПОНЯТИЯ

Рискът е възможността да настъпи събитие, което може да повлияе негативно върху способностите на „МБАЛ - Благоевград“ АД да постигне целите си. Рискът се измерва с неговия ефект и с вероятността от настъпването му.

Процесът на управление на риска е последователността от действия на ръководството, насочени към изследване и въздействие върху съществуващите рискове. Процесът е систематичен и подпомага всички протичащи в болницата процеси.

Цялостният процес по идентифициране, оценяване, мониторинг на рисковете, които могат да повлияят негативно върху постигане целите на организацията и въвеждането на необходимите контролни дейности, с цел ограничаване на рисковете до едно приемливо равнище се нарича **управление на риска**.

Управлението на риска е процесът по идентифициране, оценяване и мониторинг на рисковете, които могат да повлияят върху постигане на целите на Болницата и въвеждането на необходимите контролни дейности, с цел ограничаване на рисковете до едно приемливо равнище.

Системата /модел / за управление на риска е механизъм за вземане на решения, подпомагащи „МБАЛ - Благоевград“ АД да постигане на нейните целите, и чрез които ресурсите на болницата се разпределят така, че да се получи оптимално третиране на риска.

Риск апетитът е риска, който болницата е готова да поеме, за да бъде в съответствие със стратегическите и оперативните й цели. Нивото на риск апетита има директно отношение към реакцията спрямо даден риск, т.е. първо дали болницата ще поеме, прехвърли, избегне или ограничи риска и второ, как и чрез какви дейности ще бъде изразена тази реакция.

Законът за финансовото управление и контрол в публичния сектор въвежда в чл. 5 дефиниция за ФУК за прилагане на стандартите за вътрешен контрол в публичния сектор. По тази причина в методическите насоки изразите „СФУК“, „вътрешен контрол“ и „ФУК“ се използват като синоними.

Дефиниция: Финансовото управление и контрол е цялостен процес, интегриран в дейността на организациите, осъществяван от техните ръководители и служители.

Финансовото управление и контрол се осъществява чрез системи за ФУК, включващи политики и процедури, въведени от ръководството на организациите, с цел да се осигури разумна увереност, че целите на организациите са постигнати 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.

Следователно ФУК е цялостен процес, който се преплита с всички дейности в болницата.

III. РОЛИ И ОТГОВОРНОСТИ

Ръководството на „МБАЛ - Благоевград“ АД и на ДД „МЦ-Благоевград-2009“ ЕООД носи отговорност за цялостния процес по управление на рисковете, както и за осигуряване на текущ мониторинг върху него и актуализиране при необходимост. Всеки стандартен модел за управление на риска трябва да бъде приспособен към спецификата на Болницата и ДД-во. Ключов фактор за успешното въвеждане на управлението на риска е разбирането и ангажираността на ръководството и служителите в този процес. Служителите на Болницата и на ДД следва да бъдат мотивирани и убедени, че трябва да участват в процеса на управление на риска при условие, че разполагат с необходимия капацитет и ресурси.

Отговорностите на основните лица, ангажирани в процеса по управление на риска в „МБАЛ - Благоевград“ АД са структурирани, както следва:

- изп. директор на „МБАЛ - Благоевград“ АД – чрез постоянната комисия - ПРГУР ;
- началниците на съответните отделения/ звена към „МБАЛ - Благоевград“ АД
- управителят на болничната аптека;
- служителят, отговарящ за мрежовата и информационна сигурност;
- управителят на ДД „МЦ-Благоевград-2009“ ЕООД;
- Звеното за вътрешен одит към болницата /ЗВО/;

Управлението на рисковете в „МБАЛ - Благоевград“ АД и ДД е отговорност на:

3.1. Изпълнителния директор на болницата на „МБАЛ - Благоевград“ АД:

На основание чл. 7, ал. 1, т. 2 от ЗФУК Изпълнителният директор/ИД/ на „МБАЛ - Благоевград“ АД трябва да утвърди стратегия за управлението на риска и да се изпрати на Министъра на здравеопазването. Утвърждаването на стратегия за управление на риска е собствена отговорност на ИД на болницата. Препоръчително е използването на стандартен подход за управление на риска, след съобразяването му със спецификата на дейността на Болницата.

На основание чл. 9, ал.1 от ЗФУКПС, изпълнителният директор на „МБАЛ - Благоевград“ АД делегира своята отговорност на създадената от него Постоянна работна комисия за управление на риска/ ПРГУР/ в „МБАЛ - Благоевград“ АД и ДД-во.

Съставът, задачите и правомощията на тази ПРГУР, съгласно Стратегията се определят със заповед на Изпълнителен директор на „МБАЛ - Благоевград“ АД.

Съгласно заповедта: **Председателят на ПРГУР ръководи комисията в болницата и следва:**

- да създава организация за актуализиране на Стратегия за управление на риска и я представя за утвърждаване на ИД на „МБАЛ - Благоевград“ АД и на ДД-во;
- осигурява изготвянето/актуализирането на риск - регистъра на съществените рискове в болницата и го представя за утвърждаване на ИД на дружеството;
- извършва проверки по управление на риска в „МБАЛ – Благоевград“ АД и в ДД-во;
- изготвя годишен план за дейността, който представя на Изп. директор за утвърждаване;

- осигурява изготвяне на ежегоден доклад за състоянието на системата за управление на риска в болницата и го представя за утвърждаване на ИД на дружеството;
- координира и организира всички въпроси, свързани с управлението на риска и следи за изпълнението на взетите решения.

Постоянната работна комисия за управление на риска /ПРГУР/ следва да:

- създава риск - регистър на съществените рискове в „МБАЛ - Благоевград“ АД и в ДД-во;
- извършва преглед и актуализация на създадения риск - регистър;
- провежда присъствени /неприсъствени заседания във връзка с управлението на риска, които се документират с протокол. Ако заседанията са неприсъствени, документите се изпращат по електронен път на всички членове на ПРГУР за преглед/съгласуване/предложения/бележки;
- изготвя ежегоден доклад за състоянието на системата за управление на риска в „МБАЛ - Благоевград“ АД и в ДД-во и актуализира Стратегия за управление на риска;

Болницата е изправена пред различни видове рискове, които могат да повлияят върху постигането на нейните цели. Предизвикателство пред ръководителите е да определят рисковете, да оценят вероятността от настъпването им и тяхното влияние и да решат какви мерки трябва да се предприемат и какви контролни дейности да организират, за да ограничат рисковете до едно приемливо равнище.

Изпълнителният директор и началниците на съответните отделения/ звена управителя на ДД отговарят за управлението на рисковете. Така описаният процес на управление на риска допринася за доброто ръководене на болницата и постигане на разумна увереност, че целите ѝ ще бъдат постигнати.

Управлението на риска е непрекъснат процес, който трябва да е неразделна част от управленския процес като цяло. Инструментите и уменията, нужни за въвеждане на процеса по управление на риска и за получаване на разумна увереност, че целите ще бъдат постигнати, трябва да се избера в съответствие с рисковете и при оптимално разходване на средства. Необходимо е да бъдат разработени процедури за идентифицирането на тези рискове, да бъде въведена система за контрол и докладване (вътрешно и външно) на значимите рискове на съответните нива.

Ръководителите на всички нива в „МБАЛ - Благоевград“ АД отговарят за осъществяване на финансовото управление и контрол в ръководените от тях структури, програми дейности и процеси при спазване на принципите за законосъобразност, добро финансово управление и прозрачност. Те отговарят и се отчитат пред горе стоящия ръководител за своята дейност по отношение на финансовото управление и контрол в структурите и звената,

Надзорът върху процеса по управление на риска в „МБАЛ - Благоевград“ АД и в ДД-во се въвежда от Изпълнителния директор. Той утвърждава цялостната рамка за управление на основните рискове, за да се гарантира неотклонен и последователен подход към оценката на риска, основан на одобрени принципи и стандарти. Рамката включва регистри, в които се вписват рисковете на ниво структурни звена.

3.2. Началниците на съответните отделения/ звена и ДД –во към „МБАЛ - Благоевград“ АД са отговорни за управление на рисковете в рамките на структурните звена, които ръководят и носят отговорност за идентифицирането, оценката и управлението на рисковете, застрашаващи постигането на целите, залегнали в плана им по съответните програми. Отговарят за определянето на цели на структурите, които ръководят, като разработват и прилагат стратегически и оперативни планове.

Отговорностите на длъжностните лица по отношение на управление на риска и извършването на последващи оценки на изпълнението, **включват следното:**

- изготвят риск - регистър и го актуализация в съответствие с настоящата Стратегия;
- предоставят информация на ПРГУР за съществените рискове в отделението/звеното, както и за актуализация на рисковете;
- участват в ПРГУР, съгласно заповедта на ИД на болницата;
- изготвят доклад за състоянието на системата за управление на риска в поверения им отдел/звено съгласно Стратегията за управление на риска;
- извършва преценка за осъществяване на последващи оценки на изпълнението като се има предвид изготвения риск-регистър.

3.3. Служителят, отговарящ за мрежовата и информационно сигурност в болницата е възложено на външна фирма, а в ДД-во в случая се осъществява от назначеният такъв е по граждански договор. Същите предоставят на председателя на ПРГУР, информация за съществените рискове по отношение на мрежовата и информационно сигурност.

Процедурата по изготвяне на риск-регистрите на информационните активи се извършва съгласно Вътрешни правила и процедури за създаване на резервни копия на данни и документи, както и процедури за възстановяване на данни и документи от резервните копия.

3.4. Звезото за вътрешен одит към болницата/ЗВО/ – има назначена ½ бройка за ръководител на ЗВО и същата е включена в Поименното щатно разписание на длъжностите, които да изпълняват подобни функции. Звезото "Вътрешен одит"/ЗВО/ е създадено на основание чл. 12, ал. 2 т. 6 от ЗВОПС и в съответствие с разпоредбите на чл. 69, ал. 2, т. 5 от Закона за лечебните заведения /ЗЛЗ/ и на чл.12, ал.1, т. 6 от Правилника за устройство, дейността и вътрешния ред на „МБАЛ - Благоевград” АД и Решение по Протокол № 75 от 25.04. 2017 г. на СД на лечебното заведение.

Ръководителят на ЗВО трябва да осъществява преглед на предприетите действия, да съветва и докладва на Изпълнителния директор на болницата и Управителя на ДД-во в кои области е необходимо да се извършат подобрения. Той подпомага Изпълнителния директор на болницата и управителя на ДД, без да участва пряко в управлението на риска и без да измества отговорността на ИД и на управителя в тази област.

IV. СИСТЕМА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА

Системата за управление на риска е механизъм за вземане на решения, чрез които ресурсите на „МБАЛ - Благоевград” АД се разпределят така, че да се получи оптимално третиране на риска.

Управлението на риска включва: идентифициране, оценяване и контролиране на потенциални събития или ситуации, които могат да повлияят негативно върху постигане на целите на „МБАЛ - Благоевград” АД и в ДД, като е предназначено да даде разумна увереност, че целите ще бъдат постигнати.

1. Процес по управление на риска

Той е част от общия процес на управлението на „МБАЛ - Благоевград” АД, като цяло.

Основните цели на процеса по управление на риска са:

- своєременното откриване и противодействие на съществените /значимите рискове за болницата, застрашаващи постигането на целите ѝ;
- организационна култура, която стимулира работната среда и разбиране, че управлението на риска не осигурява сигурност, а ефективно намаляване на несигурността;
- създаване на предварителна надеждност на информация, използвана за вземане на решения за възможни методи за намаляване на негативното влияние и вероятността от настъпване на рисковете;
- ефективно разпределение на финансовите и човешките ресурсите, съобразно степента и значимостта на различните рискове;
- своєременни промени и актуализиране на политиката за управление на риска, въз основа на оценката на ефективността на процеса.

В обобщение, процесът по управление на риска в „МБАЛ - Благоевград” АД и в ДД **включва:**

определяне, оценяване и категоризирането на рисковете, които заплашват постигането на целите; въвеждане на дейности за контролиране на рисковете, които намаляват или по друг начин свеждат рисковете до равнища, определени от ръководството на болницата като приемливи; провеждане на текущ мониторинг и периодически преоценяване на риска, както и на ефективността на дейностите по управлението му; изготвяне на периодични доклади, предоставящи информация за резултатите от управлението на риска; предприемане на коригиращи действия на база на информацията от мониторинга и докладване за тяхното изпълнение.

Основните изисквания са следните: Утвърждаване на стратегия за управлението на риска, която се актуализира периодически (на всеки три години) или при настъпване на съществени промени в рисковата среда; Информираност на служителите от болницата за приетата стратегия за управление на риска; Ясно разделение на отговорностите по управление на риска, включително докладване за изпълнението им на ИД на болницата; Избор на подход за идентифициране, оценяване и докладване на рисковете; Определяне на срокове за идентифициране, оценяване и докладване на риска; Анализиране и актуализиране на контролните дейности, намаляващи риска, най-малко веднъж годишно; Документиране на процеса по управление на риска; Организиране, изпълнение, документиране и докладване на мерките за предотвратяване на риска от измами и нередности, засягащи финансовите интереси на Европейските общности, пред компетентните органи; Докладване на рисковете от извършване на нарушения на

нормативните актове, уреждащи финансово - стопанската и отчетната дейност на разходването на публичните средства.

Процесът на управление на риска се извършва **първо оперативно**, от всяко структурно звено в болницата, като резултатите от оперативната оценка се обединяват и се определят съществените рискове за „МБАЛ - Благоевград“ АД.

За по-ефективното управление на риска в „МБАЛ – Благоевград“ АД се прилага „Стратегия за управление на риска“, съгласно която в процеса по управление на риска следва да участват и трите стълба на защита, включващи риск: собственици-ръководството на лечебното заведение и ръководителите на всички структурни звена, служители, като първи стълб на защита.

Оперативната среда, в която болницата работи е рамката, в която следва да се прилага управлението на риска. Тя се състои от външни и вътрешни фактори, които влияят на дейността ѝ.

Външните фактори са: съществуващата нормативна уредба, общественото мнение, икономическите условия в страната, финансирането и наличието на публични средства и др.

Вътрешните фактори са: организацията на оперативните дейности, наличните ресурси, разполагаемите финансово - счетоводни функции и ИТ системите, новите дейности, операции или функции, вътрешното преструктуриране на дейности и задачи.

2. Цели

Целите на „МБАЛ - Благоевград“ АД и ДД-во играят съществена роля в цялостния процес по управление на риска. Те служат като отправна точка при идентифицирането на рисковете, техния анализ, приоритизиране и противодействие.

Основна предпоставка за ефективното управление на риска е определянето на ясни цели и тяхното разбиране. Целите трябва да бъдат разбрани от всички ръководители и служители, за да се осигури тяхното постигане чрез изпълнение на конкретни дейности и задачи. Плана за развитие определя стратегическите цели, на базата на които „МБАЛ - Благоевград“ АД и ДД ежегодно определя целите, дейностите и резултатите, които трябва да бъдат постигнати.

Ежегодно в болницата и в ДД се определят в бизнес програмата целите, дейностите и резултатите, които следва да бъдат постигнати, които са задължителна база за идентифициране на рисковете.

Със заповед на Изп. директор се създава работна група, под негово ръководство и на главния счетоводител, с членове началниците на отделения и лаборатории и други ръководители на структурни единици, чиято задача е изготвянето на Годишна програма за реализация на Плана за развитие. В годишната бизнес програма се посочват оперативните цели и задачи. Документът се представя на Изп. директор на лечебното заведение за одобрение. Задължителна отправна точка за идентифицирането на рисковете са целите на „МБАЛ - Благоевград“ АД, заложили в Годишна програма за реализация на бизнес план, в т.ч. целите и задачите на съответните структури в дружеството.

Всяка поставена цел, която трябва да бъде постигната през годината (включително, когато тя представлява междинен етап от дългосрочен проект) следва да отговаря на изброените по-долу критерии: Специфична, Измерима, Постижима, Реалистична и Ориентирана във времето.

Целите за всяко структурно звено и отделение, се определят в годишен оперативен план, в който се дефинират крайните срокове за изпълнението им, съответните дейности и отговорните служители, сроковете и отговорности за отчитане на напредъка. Всеки ръководител на съответното структурно звено в „МБАЛ - Благоевград“ АД, съставя годишен оперативен план за следващата година в срок до 31.12. на текущия отчетен период. Плановите се актуализират при настъпили промени в дейността на структурите.

Следователно, процесът по управление на риска ще е насочен към осигуряване на благоприятни условия за постигане на следните цели на болницата и на ДД-во:

- 1. Ефективност и ефикасност на работата на медицинския и другия персонал и техническите системи в болницата. Всеки стандартен модел за управление на риска трябва да бъде приспособен към спецификата на Болницата. Ключов фактор за успешното въвеждане на управлението на риска е разбирането и ангажираността на ръководството и служителите в този процес. Служителите на Болницата и на ДД-во следва да бъдат мотивирани и убедени, че трябва да участват в процеса на управление на риска при условие, че разполагат с необходимия капацитет и ресурси.

2. Употреба, разпореждане и съхранение на материалните и нематериалните активи;

3. Пълнота, навремеността, достоверността и точността на всички отчети и изходящи документи, изготвени от болницата и от ДД-во, в съответствие със задълженията, произтичащи от законовите и подзаконовите нормативни актове;

4. Осъществяване на всички останали аспекти от дейността на болницата и ДД-во, в съответствие с изискванията, произтичащи от законовите и подзаконовите нормативни актове.

3. Етапи на процеса по управление на риска- Основните етапи са следните:

1. Идентифициране на рисковете
2. Анализ и оценка на идентифицираните рискове
3. Документиране
4. Реакция на рисковете
5. Мониторинг и доклад

Процесът по управление на риска **включва** следните основни етапи: идентифициране на рисковете, анализ и оценка на идентифицираните рискове, документиране, реакция на рисковете и мониторинг и доклад.

„МБАЛ - Благоевград” АД и ДД-во следва да идентифицира, анализира, документира, реагира на рисковете и изготвя свои собствен риск - регистър.

За целта се попълва работен документ: включващ: № по ред, отделение/ звено, дейност и риска.

Таблица на рисковете и резултати от оценката на риска /Изготвен от работната група/

№ по ред	Отделение/звено, структура	Дейност	Риск
1	2	3	4

3.1. Идентифициране на рисковете

Всеки стандартен модел за управление на риска трябва да бъде приспособен към спецификата на Болницата и на ДД-во. Ключов фактор за успешното въвеждане на управлението на риска е разбирането и ангажираността на ръководството и служителите в този процес. Служителите на Болницата и на ДД-во следва да бъдат мотивирани и убедени, че трябва да участват в процеса на управление на риска при условие, че разполагат с необходимия капацитет и ресурси.

Дейностите по управление на риска следва да доведат до намаляване на рискове, които биха могли да застрашат постигането на целите на „МБАЛ - Благоевград” АД и ДД-во. Процесът по управление на риска започва с определяне на целите на болницата и на отделните структури в нея, както и на ДД-во.

При идентифициране на рисковете, които болницата се сблъсква ежедневно и заплашват изпълнението на целите ѝ, най-обща представляват следното:

- анализ на основните дейности/процеси, свързани с постигането на всяка една цел
- определяне на неблагоприятните събития/рискове, които могат да настъпят да повлияят на определена дейност/процес.

Следва да се вземат предвид всички фактори, които влияят на процеса на управление на риска в оперативните процеси и дейности в „МБАЛ - Благоевград” АД и в ДД-во. Те могат да бъдат:

Външни рискове: това са рискове, свързани с външни обстоятелства като: съществуващата нормативна уредба, законодателни промени, промени в здравеопазването, политически събития, общественото мнение, икономическите условия в страната, финансирането и наличието на публични средства, природни явления, външни организации - партньори, контрагенти, медии, и др.

Вътрешни рискове са: това са рискове, свързани с правно - организационната форма, спецификата на дейността и процеса на работа, като например – рискове, свързани с обмяна на данни, проблеми с човешкия ресурс, неефективно управление и незадоволителни мерки за вътрешен контрол.

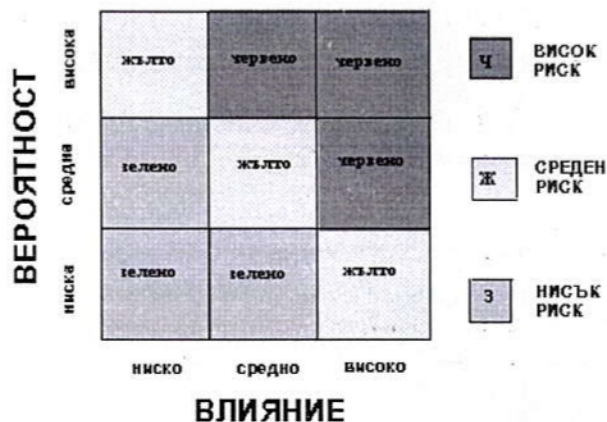
4. 2. Анализ и оценка на идентифицираните рискове

Анализът на риска е втория етап от процеса по управление на риска. При този етап рисковете се анализират, като се преценява вероятността разполагамата чистота от настъпване на неблагоприятно събитие и влияние/последичите от възникване на конкретните рискове, което служи за основа при решението как те могат да бъдат управлявани.

Следва да се следят приоритетно всички рискове с **висока вероятност** на възникване и същевременно, които имат **високо влияние** върху постигането на целите. Значителни последици могат да предизвикат и рискове с високи влияние, но с ниска вероятност.

При оценка на риска трябва да се има предвид и субективният момент при извършването ѝ, тъй като ограничен брой рискове могат да бъдат количествени измерени, но повечето рискове могат да бъдат оценени само с преценяване /качествено/.

Оценката на остатъчните рискове – представлява оценка на адекватността и ефективността на контролните процедури. Остатъчният риск е рискът, който остава след предприетите действия и мерки за ограничаването му.



3.2.1. Оценка на идентифицираните рискове от гледна точка на вероятността от настъпването им и тяхното въздействие, касае следното: Вероятността характеризира предполагаемата честота за настъпване на неблагоприятно събитие в настоящото или обозримата бъдеще. Влиянието показва какви са последиците от настъпването на неблагоприятното събитие.

Идентифицираните рискове за всяко структурно звено и съответно за „МБАЛ - Благоевград“ АД и за ДД, се оценяват по показателите „Влияние“ и „Вероятност“, като резултатите се записват в риск регистъра на всяко структурно звено.

Оценка на присъщия риск - Оценяват се потенциалното влияние и вероятност на присъщия риск, който се дефинира като: „Рискът за организацията, съществуващ при липса на всякакви действия, предприети от ръководството за промяна на вероятността или на въздействието на риска“, т.е. оценява се влиянието на риска при липсата на какъвто и да е контрол или други мерки за управлението му.

Оценяват се присъщите рискове без да се вземат под внимание съществуващите контролни процедури, а само от естеството на дейността и процеса.

3.2.2. Определяне на зоната, в която попадат оценените рискове — зона на висок риск, зона на наблюдение и зона с нисък приоритет. Спрямо рисковете, попаднали в зоната с висок приоритет, задължително се предприемат мерки и се управляват активно. Рисковете от зоната на наблюдение подлежат на периодичен мониторинг, за да се предприемат своевременни реакции при ескалирането им. Рисковете с нисък приоритет се преглеждат и оценяват веднъж годишно.

3.3. Документиране

Всяка основна дейност, свързана с управлението на рисковете е необходимо да бъде документирана, за да се осигури проследимост на целия процес.

Документирането включва: описване по подходящ начин на идентифицираните рискове, както и на всеки етап от процеса по управление на риска, избраната подходяща реакция/действие и служителите, които отговарят за изпълнението на тези действия в определени срокове.

За документирането на резултатите се изготвя **риск-регистър /Приложение №1/**

Звено/ отделение	Период:	
	От г. – До г.	Процес/дейност

Документ: ОЦЕНКА НА РИСКА	
Изготвил:	Проверил:
Дата: Г.	Дата: Г.

№	Риск	Оценка за влияние	Оценка :
	1	2	
1			
2			
3			
Обосновка			
Риск - №	За влияние		

Предвид гореизложеното и предварителното проучване Комисията определя ----- ниво на риска.

Приложение №1

Риск-регистър

за дейността на „МБАЛ - Благоевград“ АД
за периода от2024 г. до 31.12.2024 г.

Риск	Оценка на риска		Предприети действия	Оценка на остатъчния риск		Срок		Отговорник Изпълнител
	Влияние /високо, средно, ниско/	Вероятност /висока, средна, ниска/		Влияние /високо, средно, ниско/	Вероятност /висока, средна, ниска/			
1	2	3	4	5	6	7	/ 8	/ 9

Основната информация, която се отразява в риск - регистъра е следната: идентифицираните рискове за дейността на организацията; оценка на тяхното влияние и вероятност; обща оценка на риска; предвидени действия/реакция на риска; - на всеки етап от процеса по управление на риска, избраната подходяща реакция/действие; срок за изпълнение – отговорник/изпълнител; и рисковете, които остават да съществуват, след приемане на описаните действия /остатъчни рискове/ и тяхната оценка; и допълнителни действия за понижаване на остатъчните рискове.

3.4. Реакция на рисковете/действие

След като рисковете са идентифицирани и е била извършена оценка на вероятността и влиянието им, следва да се обмисли подходяща реакция /действие.

Предприемането на мерки и действия за реакция или отговор на идентифицираните и оценени рискове, представлява съществен етап от управлението на риска като цяло. При избора на подходяща реакция на риска се взема предвид изискването - разход на тази реакция да не надхвърля очакваната полза. Този избор зависи от определения риск - апетит от преценката за нивото на остатъчните рискове, които Болницата може да приеме без да се предприемат допълнителни действия.

Анализ на разходите и ползите от контрола -За да бъдат разпределени ресурсите и въведени разходно-ефективни контроли, ръководителите на всяко структурно звено към „МБАЛ - Благоевград“ АД, организират извършване на анализ на разходи и ползи за всяка предложена контролна дейност.

Определя се кои контроли са задължителни и подходящи при дадените обстоятелства. Анализът разходи-ползи за предложените нови контроли или за подсилени контроли включва: - определяне на влиянието от въвеждането на новите или подсилените контроли; - определяне на влиянието от невъвеждане на контролите.

Отговор на риска - След като рисковете се идентифицират и оценят, се приема подходяща реакция. Предприемането на мерки и действия за реакция или отговор на идентифицираните и оценени рискове е съществен етап от управлението на риска.

Възможните реакции/действия, които могат да бъдат приети в такива моменти са:

- ограничаване;
- прехвърляне;
- толериране;
- прекратяване на риска.

При избора на подходящи действия (реакция) се взема предвид изискването, разходите за тях да не надхвърлят очакваните ползи. Този избор зависи и от преценката за нивото на остатъчните рискове, които болницата може да приеме, без да се предприемат допълнителни действия. Те представляват следното са:

• **ограничаване на риска** - това е най-често срещаната реакция на риска, която ръководството следва да прилага. Причината за това е, че рискът рядко може да бъде изцяло избегнат/прехвърлен. Ето защо, следва да се изградят контроли, предоставящи разумна увереност за ограничаване на риска в приемливи параметри, в зависимост от значимостта на риска и съобразно разходите за въвеждането на контролите. Рисковете, обект на тази реакция, трябва да се наблюдават периодично.

Контролните дейности могат да бъдат превантивни и разкриващи.

• **прехвърляне на риска** - когато ръководството на „МБАЛ - Благоевград“ АД може да прецени, че рискът е твърде висок и трябва да го „прехвърли“ към друга организация. Ако дейността, свързана с постигането на определени цели, е предмет на застраховане, препоръчително е ръководството да предприеме такива действия. Друг способ за прехвърляне на риска е сключването на споразумение с друга организация, по силата на което се прехвърля дейността, заедно със съответните рискове, по общо съгласие на страните;

• **толериране на риска** /приемане на риска/ - такава реакция е възможна само, ако определени рискове имат ограничено (незначително) влияние върху постигане на целите или ако разходите за предприемане на действия са непропорционални на потенциалните ползи. В тези случаи реакцията може да бъде толериране на рисковете. Такива рискове, трябва да бъдат постоянно наблюдавани. Възможно е различни външни или вътрешни фактори да окажат въздействие върху вероятността и влиянието и да изместят риска в друга по-висока категория;

• **прекратяване на риска** - някои рискове могат да се намалят или ограничат до приемливо равнище, единствено чрез прекратяване на дейността. Бездействието на болницата също може да е риск, защото при него не могат да се постигнат целите, за които е създадена.

Оценката на риска играе ключова роля при избора на подходяща реакция за намаляване на рисковете. Към един и същи риск могат да бъдат предприети действия, включващи комбинация от горепосочените реакции на риска. Това най-вече се налага при високите рискове, които сериозно застрашават постигането на целите на болницата.

При последващ преглед на риск-регистъра определената реакция към даден риск може да бъде променена.

5. Мониторинг/наблюдение/и доклад

Процесът по управление на рисковете изисква редовно и непрекъсната систематично наблюдение/мониторинг на всеки етап и периодично докладване на идентифицираните рискове и предприетите действия за тяхното снижаване/реакции.

При осъществяване на систематично наблюдение/мониторинг утвърдения риск-регистър се преглежда на всеки 6 месеца. Определени рискове могат да бъдат преглеждани и по-често, в зависимост от тяхната специфика или особена значимост. Някои съществени рискове могат да изискват и ежедневен преглед. При възникнали внезапни събития риск - регистърът може да се преглежда извънредно.

Целта на процеса по мониторинг и докладване е да се наблюдава дали рисковия профил /вероятността и влиянието на идентифицираните рискове/ се променя и да дава увереност на ИД на болницата, че процесът по управление на риска остава ефективен във времето и са предприети действия за намаляване на риска до приемливо за „МБАЛ - Благоевград“ АД ниво.

След като стратегията за отговор на риска е определена, е необходимо постоянно наблюдение с цел да се гарантира, че тя е въведена и работи успешно.

Мониторингът (наблюдението) осигурява ранно предупреждение за рисковете, които могат да се сбъднат. Използваните техники с цел да се подпомогне процесът по мониторинг (наблюдение) на рисковете са:

- Идентифициране и проследяване на показателите за риска, които могат да действат като системи за ранно предупреждение.
- Напредъкът по отношение на ограничаването на риска следва да бъде обсъден на срещи във всяка една структура в срок до **15.10. на текущата година**.
- Всяка организационна структура към „МБАЛ - Благоевград“ АД трябва да докладва за прогреса по изпълнението на годишния план за действие за предходната година, на ПРГУР в болницата /Изп. директор на „МБАЛ - Благоевград“ АД в срок до **28.01. на следващата година**. Информацията представена от структурните звена се включва в доклада за идентифицираните рискове в „МБАЛ – Благоевград“ АД за всяка година.

Управлението на риска изисква не само неговото идентифициране, оценяване и контролиране, но и осъществяване на систематично наблюдение и докладване за състоянието му. Така се следи доколко рисковете се управляват успешно - т. е. дали контролните дейности наистина минимизират съответните рискове и дали се постигат целите, застрашени от тези рискове. По този начин се осигурява прозрачност и отчетност в дейността на болницата.

За да се подпомогне периодичното осъществяване на мониторинг трябва да се въведат система за вътрешно докладване относно идентифицираните рискове, при спазване на изискванията за своевременност, периодичност (например: на всяко шестмесечие) и изчерпателност. Тя трябва да гарантира, че структурните звена в болницата периодично докладват за установените рискове и за дейностите, предприети като реакция (отговор) на риска.

Линията на докладване трябва да бъде изградена по начин, който гарантира, че информация за идентифицирането и мониторинга на всички значими рискове се докладва на съответния ръководител. Последният задължително включва данни за това в годишния доклад за състоянието на ФУК по чл. 10, ал. 1 и ал. 2 от Наредба за формата, съдържанието, реда и сроковете за представяне на информация по чл. 8, ал. 1 от Закона за финансовото управление и контрол в публичния сектор.

Докладването на резултатите от управлението на риска, осигурява непрекъсваемост на процеса по неговото управление. Ръководителите на структурни звена в Докладите задължително докладват до ПРГУР в болницата.

Докладите изготвени от ръководителите на структурите в болницата се преглеждат от ПРГУР и се представя на Изпълнителния директор на „МБАЛ - Благоевград“ АД в срок до 28.01. на следващия отчетен период.

Докладите относно управлението на рисковете се изготвят от ПРГУР в болницата до ИД на „МБАЛ - Благоевград“ АД и при необходимост се адресират и до министъра на здравеопазването, които съдържат данни за:

- предприети действия във връзка с процеса на управление на риска;
- изпълнението на планираните действия, заложи в регистрите на рисковете;
- информация за ефективността им и в случай, че не са били ефективни, анализ на причините за това;
- настъпила ли е промяна в описаните в регистрите рискове;
- нововъзникнали обстоятелства, които могат да предизвикат промяна в отразените в регистрите рискове;
- компетентността на служителите по отношение на управлението на рисковете/информация за преминали обучения;
- спазени ли са сроковете за изготвяне на докладите;

„МБАЛ - Благоевград“ АД идентифицира и оценява собствените си рискове, а при необходимост действия/реакциите по отношение на тях, може да съгласува и с министъра на здравеопазването.

V. ПРОЦЕДУРИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ПОСЛЕДВАЩИ ОЦЕНКИ НА ИЗПЪЛНЕНИЕТО

В Стратегията за управление на риска е включена и процедурата за осъществяване на последващи оценки на изпълнението.

Съгласно Допълнителните разпоредби от ЗФУКПС /нова – ДВ, бр. 13 от 2019 г.) "Последващи оценки на изпълнението" са всички проверки, насочени към откриване на възможни грешки или нередности на приключил процес, договор или стопанска операция. Чрез проверките се установява дали

ресурсите са придобити, или са разходвани законосъобразно и във връзка с поставените цели и нивото на постигнатите резултати.

Редът и начинът за извършване на проверките се определят от ръководителите на организациите по чл. 2 въз основа на оценка на риска и анализ на разходите и ползите.”

В чл.13 на ЗФУКПС е регламентирано, че политиките и процедурите за последващи оценки на изпълнението са задължителни контролни дейности за организациите от публичния сектор: чл. 13. (1) (Изм. - ДВ, бр. 13 от 2019 г.) Ръководителите на организациите по чл. 2 осигуряват контролни дейности, включващи гисмени политики и процедури, създадени да дават разумна увереност, че рисковете са ограничени в допустимите граници, определени в процеса на управление на риска. (2) Контролните дейности трябва да са адекватни и разходите за осъществяването им не трябва да превишават очакваните от тях ползи. (3) (Изм. - ДВ, бр. 13 от 2019 г.) Контролните дейности се прилагат на всички нива в организацията и на всички етапи при постигането на целите. Те могат да са превантивни, разкриващи или коригиращи, като трябва да включват най-малко: **т.5. политики и процедури за последващи оценки на изпълнението.**”

Оценките, представляват контролни дейности, насочени към откриване на възможни грешки или нередности по приключил процес, договор, стопанска операция. Изборът за извършване на последващи оценки е свързан с резултатите от процеса по управление на риска.

1. Обект на последващи оценки на изпълнението са приключили дейности, процеси и стопанска операция в болницата, действия и решения на ръководството, които са имали за цел и или са довели до придобиване и разходвани ресурси. Процедурата за последващите оценки на изпълнението е посочена в ЗФУКПС като едно от минималното изискуемите контролни дейности в организациите от публичния сектор.

2. В изпълнение на управленческата си отговорност, ИД на болницата въвежда писмени политики и политики и процедури за осъществяване на последващи оценки на изпълнението на различни процеси и произтичащите от тях договори и стопански операции. Същите следва да се определят с **писмен акт**, в зависимост от функциите им. По същността си последващи оценки на изпълнението са всички проверки, насочени към откриване на възможни грешки или нередности на приключил процес, договор или стопанска операция.

3. Редът и начина за извършване на проверките се определя от Изпълнителния директор на болницата, въз основа на оценка на риска и анализ на разходите и ползите.

Последващи оценки на изпълнението **имат за цел да установят: законосъобразността** на реализираните действия и решения, свързани с придобиването и разходването на ресурсите; нивото на постигнатите резултати; и при необходимост да се провери целесъобразността на тези действия и решения; да се идентифицират проблеми, пропуски и слабости, нуждаещи се от подобрене при вече приключил процес, договор или стопанска операция; причините за установени грешки или нередности; причините за несъответствие между придобити и разходвани ресурси във връзка с поставените цели и нивото на постигнатите резултати.

3.1. Анализът, които се прави на причините за установи грешки или нередности и на причините за несъответствие между придобити и разходвани ресурси във връзка с поставените цели и нивото на постигнатите резултати е **необходим**, с цел предприемане на действия за избягване в бъдеще на пропуски и слабости. Проверките за законосъобразността на реализираните действия и решения се извършва чрез сравняване на действителното изпълнение с изискванията на приложимата правна рамка.

3.2. Проверката на целесъобразността предполага наличието на ясни и конкретни цели, както и индикатори за тяхното постигане и се извършва чрез анализ до колко ресурсите са разходвани оптимално за постигане на целите., както и дали са използвани най-подходящите.

4. В резултат на последващи оценките оценки се разкриват нередности и грешки, средства на фондовете и програми по ЕС.

Понятието „нередност” има легална дефиниция във връзка с управлението на средствата и програмите на ЕС. Понятието „грешка” няма легална дефиниция във връзка с адекватността на системите за вътрешен контрол /СВК/ и законосъобразността и целесъобразността на процесите, договорите, стопанските операции.

4.1. Последващите оценки се извършват чрез различни проверки, въз основа на оценка на риска и анализ на разходите и ползите. Предвид разнообразието и спецификата на процесите, договорите и

стопанските операции в организациите от публичния сектор, законът не дефинира вида и обхвата на тези проверки.

4.2. Възможно, е при извършване на последващи оценки на изпълнението да се прилагат всички възможни процедури и техники за проверка, чрез които да се съберат всички необходими за последващата оценка на доказателствата. При определяне на подхода, следва да се извърши оценка на риска и да се вземат предвид разходите и ползите.

5. Понятия

5.1. В Допълнителните разпоредби на пар.1, т. 7 от ЗФУКПС

е регламентирано понятието **"Нередност"**, засягаща финансовите интереси на Европейските общности" е всяко нарушение на общностното право в резултат на действие или бездействие от икономически оператор, което е имало или би имало за резултат нарушаването на общия бюджет на Европейските общности или на бюджетите, управлявани от тях, или посредством намаляването или загубата на приходи, в резултат на собствени ресурси, които се събират направо от името на Европейските общности, или посредством извършването на неоправдан разход".

Или **"Нередност"** е всяко нарушение на общественото право в резултат на действия или бездействия от икономическия оператор, което е имало или би имало за резултат нарушаването на общия бюджет на Европейските общности или на бюджетите, управлявани от тях, или посредством намаляването или загубата на приходи, в резултат на собствени ресурси, които се събират направо от името на Европейските общности, или посредством извършването на неоправдан разход. Законодателството не съдържа дефиниция за нередност, засягаща придобиването или разходването на националните бюджетни средства или собствени средства на организациите. За целите на последващите оценки на изпълнението, под нередност следва да се има предвид всяко нарушение на нормативна или договорна разпоредба, в резултат на действия или бездействие на служител или ръководството на болницата, което е имало или би имало за резултат намаляването или загубата на приходи или извършването на неоправдан разход.

5.2 „Грешка“ е неумишлен, технически пропуск, които не води да потенциален негативен финансов ефект, но представлява несъответствие, отклонение и/или пропуск от установените правила и процедури. ЗФУКПС използва понятието нередност, като в тази връзка следва да се има предвид още, свързани понятия, въведени в националното законодателство чрез Закона за управление на средствата на Европейските структури и инвестиционни фондове **"Измама със средства на ЕС"** и **"Съмнения за измама със средства от ЕС"**.

5.3. "Измама със средства на ЕС"- по отношение на разходите

В Допълнителните разпоредби /ДР/ на пар.1, т. 6 от ЗФУКПС е регламентирано понятието **"Измама със средства на ЕС"**- **"Измама, засягаща финансовите интереси на Европейските общности"** е всяко умишлено действие или бездействие: **а) по отношение на разходи**, свързано с използването или представянето на фалшиви, грешни или непълни изявления или документи, което води до злоупотреба или неправомерно теглене на средства от общия бюджет на Европейските общности или от бюджети, управлявани от или от името на Европейските общности, укриване на информация в нарушение на конкретно задължение със същия резултат; използването на такива средства за различни цели от тези, за които те първоначално са били отпуснати.

Или **"Измама със средства на ЕС"**- по отношение на разходите, е всяко умишлено действия или бездействие, свързано с:

- използването или представянето на фалшиви, неточни или непълни изявления или документи, което води до злоупотреба или неправомерно теглене на средства от общия бюджет на ЕС или от бюджети, управлявани пряко от Европейския съюз или от негово име;
- прикриване на информация в нарушение на конкретно задължение, имащо същия ефект;
- разходване на такива средства за цели, различни от тези, за които са били отпуснати;

5.4. "Измама със средства на ЕС"- по отношение на приходите

В ДР на пар.1, т. 6 от ЗФУКПС е регламентирано понятието **"Измама със средства на ЕС"**- **"Измама, засягаща финансовите интереси на Европейските общности"** е всяко умишлено действие или бездействие: **б) по отношение на приходите** - б. **"Измама, засягаща финансовите интереси на Европейските общности"** е всяко умишлено действие или бездействие: б) по отношение на приходи,

свързано с използването или предоставянето на фалшиви, грешни или непълни изявления или документи, което води до неправомерно намаляване на средствата от общия бюджет на Европейските общности или бюджетите, управлявани от или от името на Европейските общности; укриване на информация в нарушение на конкретно задължение със същия ефект; злоупотреба на правомерно получена облага със същия ефект.

Или "Измама, със средства от Европейския съюз" е всяко умишлено действие или бездействие, свързано с: използването или предоставянето на фалшиви, неточни или непълни изявления или документи, което води до неправомерно намаляване на средствата от общия бюджет на Европейските общности или бюджетите, управлявани от или от името на Европейските общности; укриване на информация в нарушение на конкретно задължение със същия ефект и злоупотреба на правомерно получена облага със същия ефект.

5.5 „Съмнения за измама със средства на ЕС”

е всяка нередност, даваща основание за образуване на съдебно или административно производство на национално ниво за определяне съществуването на измама със средствата от ЕС. Отговорности по осъществяване на организацията и провеждането на последващи оценки на изпълнението се носи от Изпълнителния директор на болницата и от лицата, определени от него да извършват последващи оценки на изпълнението.

Отговорностите на ИД на болницата по осъществяване на последващи оценки на изпълнението са част от управленческата му отговорност. Те включват въвеждане на вътрешни правила, регламентиращи реда и начина за осъществяване на последващи оценки на изпълнението съобразно изпълнението в организациите от публичния сектор и определяне на лицата, извършващи оценки на изпълнението, като ИД на болницата следва да отчита изискванията на ЗФУКПС за разпределяне на отговорностите по оценка на изпълнението и осъществяване на контрол чрез извършване на действия, които излизат извън сферата и отговорността на ПРГУР.

Последващата оценка на изпълнението е контролна дейност и не може да се възлага на Звенота на вътрешен одит. При определянето на лицата, отговорни за извършване на последващи оценки трябва да се прилага основен принцип на възлагане на отговорността на служители, имащи нужната професионална компетентност и специални знания и умения.

6. Обектите на последващи оценки на изпълнението са процесите, договори и стопанските операции. Процесът е съвкупност от взаимосвързани дейности, техники, методи, извършвани от служителите на организацията и насочени към постигане на определен резултат. Договорът е съглашение, споразумение между равноправни субекти, което поражда права и задължения затах. Стопанската операция е действие, водещо до изменение на активите и пасивите на организацията.

7. Ред за осъществяване на последващи оценки на изпълнението

7.1. Планиране на последващи оценки. Анализ на разходи-ползи и оценка на риска. Последващите оценки на изпълнението могат да се извършват, както в резултат от планиране, базирано на оценка на риска, така и при наличие на информация за възможни грешки или нередности на приключил процес, договор или стопанска операция.

7.2. Избор на процеси, договор или стопанска операция, подлежащи на последваща оценка на изпълнението се извършва от ИД на болницата, като се отчитат резултатите от процеса по управление на риска. Изборът на подход следва да се разпише във вътрешни правила на Комисията/ПРГУП/. След като са определени процесите, подлежащи на последваща оценка на изпълнението, ръководството определя и лицата, които извършват конкретните оценки.

7.3. Последващи оценки при наличие на информация за възможни грешки или нередности на приключил процес, договор или стопанска операция.

Процедурата следва да включва минимум следната възможност – служителите от болницата да имат задължение и възможност да докладват на ръководителя на структурното звено, в което работят, когато считат, че са установили информация за грешки и нередности на приключил процес, договор или стопанска операция. Като:

- ръководителите да структурните звена анализират информацията и в зависимост от наличната информация и нивото на риска, с което оценяват докладвания сигнал предприемат последващи действия:
- събират допълнителна информация и проверяват твърдението на фактите;
- докладват на ИД за необходимостта от извършване на последваща оценка;

Изпълнителният директор на дружеството създава възможност за служителите от болницата да докладват директно на него, в случаите, в които считат, че ръководителят на структурното звено е свързан с извършването на грешката или нередността. Такава процедура следва да гарантира запазването на ананимността на подалия сигнала служител. Комисията въвежда и процедура, чрез която обработва и постъпили сигнали от външни за организацията, лица.

VI. СЪПКИ НА ПРОЦЕСА ПО УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА В „МБАЛ БЛАГОЕВГРАД“ АД

1. Оперативно управление на рисковете

Постоянната работна комисия за управление на риска/ ПРГУР/ в „МБАЛ - Благоевград“ АД осъществява оперативната дейност по управление на риска в болницата.

Управлението на риска се осъществява по отношение на :

1. 1. Идентифициране на рисковете в съществуващите и нововъзникващите дейности
1. 2. Анализ е оценка на идентифицираните рискове по отношение на значимост и вероятност от настъпване
- 1.3. Документирането на рисковете се извършва в Риск- регистър на „МБАЛ - Благоевград“ АД.
1. 4. Реакция на рисковете болницата и набяязване на дейности за покриване на рисковете. В случай, идентифицирания риск може или очаква да бъде покрит чрез извършване на действия, които излизат извън сферата и отговорността на ПРГУР в най-кратък срок се уведомява писмено ИД на дружеството.
1. 5. Мониторинг и проследяване на процеса по управление на риска се извършва от ПРГУР.

2. Годишна оценка на значимите рискове

Годишната оценка на значимите рискове в „МБАЛ - Благоевград“ АД се осъществява от Постоянната работна комисия за управление на риска/ ПРГУР/ в състав: Председател: юрисконсулт в „МБАЛ – Благоевград“ АД и членове: 1. Началниците на отделения и звената в „МБАЛ – Благоевград“ АД или определени от тях служители; главната медицинска сестра на болницата; ВРИД гл. счетоводител и финансовия контролор в „МБАЛ – Благоевград“ АД и други ;

3. Съставът на Постоянната работна група за управление на риска /ПРГУП/ се определя с административен акт – със заповед на ИД на „МБАЛ - Благоевград“ АД

3.1. Постоянната работна комисия за управление на риска/ ПРГУР/ провежда срещи на 6-месецачен период за управление на риска и при необходимост

3.2. ПРГУР формулира значимите рискове в документ - Таблица за значимите рискове, /Приложение №2 / изготвена в резултат на срещата/ и набяязва действия за минимизирането им. Същата включва следните колони: № по ред, цел, рискове, влияние, вероятност и оценка.

Таблица за оценка и приоритизация на значимите рискове в „МБАЛ - Благоевград“ АД

№ По ред	Цел	Рисков е	Влияние	Вероятност/ Оценка
1	2	3	4	5 / 6

В стратегията за управление на риска следва да се посочат примерни области, в които съществуват потенциални значими рискове за дейността на болницата. Рисковете могат да възникнат по различни причини и в резултат на промените в различни фактори. Някои от тях са сравнително предвидими, а за други е необходим задълбочен анализ. Групирането на рисковете по области ще улесни идентифицирането на конкретните рискове./ Приложение №2/

Таблица

за определяне на рисковете в дейността на „....., за периода от до,

Годишни стратегически цели :

1. Да осигури поддържане на високо качество на предлаганите медицински услуги в лечебното заведение (повишаване качеството на живот; повишаване качеството на лечение;
2. Осигуряване на достатъчен брой дейности предоставяни от лечебното заведение;
3. Подобряване и обогатяване на материално-техническата база в Болницата и на ДД-во към нея;
4. Повишаване квалификацията на медицинския и другия персонал;
5. Осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд
6. Опазване на материално-техническата база и имуществото на лечебното заведение;
7. Спазване на политика за защита на личните данни;
8. Осигуряване на мрежова и информационна сигурност;
9. Преглед и актуализация на действащия План за действие на лечебното заведение при настъпване на природни бедствия и аварии;
10. Финансова устойчивост на лечебното заведение;
11. Други...

Годишни оперативни цели:

1. Подобряване воденето на медицинската документация в отделенията и структурите към болницата;
2. Запазване на персонала – висш медицински и професионалисти по здравни грижи.
3. Своевременно осигуряване с консумативи за нормално протичане на работния процес на отделения и звена;
4. Осигуряване на изправна апаратура за работа по отделенията;
5. Правилно заприходяване, отписване на лекарствени продукти, в това число и с наркотични вещества;
6. Правилно заприходяване на медицински изделия и консумативи;
7. Други.
- 8.

Рискове, затрудняващи постигането на целите:

№	Наименование на риска /характер на риска/	Описание на конкретните рискове	Действия за нам. на риска/отг. лица/Срок изп. / планирани мерки /
	Страт./ оперативни цели		
I	Външни рискове		
I	Финансови рискове		
I	Рискове за дейността		
I	Рискове за персонала		

Като примерни рискови области могат да се посочат следните:

1. Стратегически рискове - те могат да повлияят върху постигането стратегическите цели на структурното звено /организацията. Те могат да бъдат породени от:

- Промяна в политическата конюнктура на държавата, промяна в политиките от страна на болницата в сферата на здравеопазването;

- Особеностите и/или промяна на икономическата система /инфлация, конкуренция, преобразуване, и др./ Това може да се отрази на нивото на търсене на някои услуги, да повлияе на разходите или да доведе до намаляване размера на финансиране;

2. Оперативни рискове - тези, с които организацията се сблъсква ежедневно и заплашват изпълнението на оперативните процеси и дейности. Те могат да бъдат:

- Рискове на репутация – причинени от слаби връзки с обществеността, от нередност или грешка при предоставянето на услуги или при задоволяване на обществените потребности, при работа с граждани, пациенти, с колеги;

- Технологични рискове – причинени от използването на стари технологии, от пробив в сигурността или от използването на нови информационни системи, които не са достатъчно добри изпробвани или служителите не са обучени на необходимото ниво;

- Рискове на сигурността – причинени от кражби или злоупотреби с материални активи, парични средства или други финансови активи или нерегламентиран достъп до информация, поради неадекватна защита на информационната система;

- Екологични рискове – възникващи в резултат на въвеждането на нови екологични стандарти или поради настъпили екологични катастрофи или промени в климата;

- Управленчески рискове – причинени от неяснота в управлението на организацията или незадоволителни мерки за вътрешен контрол;

3. Финансови рискове - причинени от недостатъчно финансиране или от неефективно, или неикономично разходване на публичните средства;

4. Правни/регулаторни рискове - възникващи от промяна в националното или на ЕС законодателство или от допусната нередност на партньор или доставчик на обществена услуга.

Изпълнителният директор и ръководителите на отделенията, административни звена и специализирани структури към Болницата трябва да се отнесат към управлението на риска като към процес с приоритетно значение. Те трябва да обърнат сериозно внимание на **проблемните области** за постигане целите на болницата.

Основните рискове, които Изпълнителният директор и ръководителите трябва да идентифицират и управляват, са свързани с:

- постигането на определените стратегически и оперативни цели;
- показателите за оценяване на степента и точността на изпълнение на задачите и дейностите;
- външната репутация на болницата (финансови, и политическите рискове и обществените нагласи); спазването на нормативната уредба, на различни политики и процедури, въведени в болницата;
- финансирането на болницата и наличието на ограничения; осъществяването на оперативните дейности и задължения в болницата, финансово-счетоводните функции и тези на ИТ-системите.

Всяко структурно звено, следва да поддържа собствен регистър, в който вписва основните рискове за дейността си. Таблиците на структурните звена включват: - рискове, които могат да попречат на структурата да изпълни целите си; големите рискове за безопасността; - рискове свързани с услугите, предоставяни от структурата; големите финансови рискове; рискове за значително нарушаване или преустановяване на процеса на предоставяне на услугите; рискове за репутацията на структурата.

Ръководителите на структурни звена към болницата са отговорни за управлението на рисковете в рамките на своите структури. Отговарят за определянето на цели на структурите, които ръководят, като разработват и прилагат стратегически и оперативни планове. Ръководителите носят отговорност за идентифицирането, оценката и управлението на рисковете, застрашаващи постигането на целите на структурите. Ръководителите на структурните звена определят служител, който да изпълнява функциите на координатор с работната група.

Отговорностите на ръководителите на структурните звена по отношение на управлението на риска, включват следното:

- Ефективното управление на персонала и поддържане нивото на компетентността му;
- Идентифициране на значимите рискове на ниво клиника, лаборатория, отделение и др.;
- Оценка на влиянието на тези рискове върху постигането на стратегическите и оперативните цели на структурите;

• Оценка на вероятността рисковете да се събъднат;

• Въвеждат адекватни контролни дейности (контроли) за управление на рисковете и осигуряват ефективното им прилагане;

• Обообщават информацията за съществените рискове на ръководените от тях структури и изготвят цялостен рисков профил на съответното структурно звено. Представят го на работната комисия /ПРГУР и, а тя ги обообщава и ги представя на Комисията, а тя на Изп. директор за одобрение;

• Докладват резултатите от управлението на риска в съответната структура на Комисията /Изп. директор на „МБАЛ - Благоевград“ АД един път в годината в срок до 28.01. на следващата година, /или периодично, извънредно/, ако се наложи като предоставят докладите на работната комисия за обобщение.

• Предоставят информация и предложения за необходими действия по управление на риска и въвеждане на контролни дейности в случаите, в които съответните решения относно реакция спрямо риска са извън правомощията им.

• Оказват съдействие на работната комисия, при извършване на проверки за идентифициране, анализ и оценка на рисковете по заповеди на Изп.директор на „МБАЛ – Благоевград“ АД, като осигуряват достъп до всички документи и активи свързани с дейността на структурата.

3.3. ПРГУР изготвя Протокол за Риск-регистъра на значимите рискове за „МБАЛ – Благоевград“ АД /изготвен в резултат на срещата/, в които се определят конкретните контролни дейности и превантивни те мерки за всеки от значимите рискове;

Риск регистърът е документ /Приложение №1/, който е еднакъв за всяко структурно звено, ДД-во и за Болницата като цяло. В него е включена Класификация на рисковете, които се идентифицират в „МБАЛ - Благоевград“ АД. Това улеснява идентифицирането на рисковете в структурните звена и обобщаването им в рамките на болницата. За всяка от целите по оперативния план, ръководителите на структурите идентифицират съществениите рискове за постигането им, съгласно класификацията включена в риск регистъра. Ръководителите на структурните звена попълват Риск регистъра

3.4. ПРГУР изготвя ежегоден Доклад за състоянието на системата за управление на рисковете в „МБАЛ – Благоевград“ АД.

Докладът се представя на ИД най-късно до **28 януари на следващата календарна година**, като се включва Таблица на значимите рискове и Риск-регистър на значимите рискове в болницата, актуализирана на всеки 6-месеца от съответната календарна година.

3.5. Риск-регистърът на значимите рискове в „МБАЛ – Благоевград“ АД се утвърждава от Изп. директор. При необходимост се изпраща и на министъра на здравеопазването за сведение.

3.6. Всяка промяна на Стратегията за управление на риска в болницата се утвърждава от ИД на „МБАЛ - Благоевград“ АД. Приложенията са неразделна част от нея.

VII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Настоящата Стратегията за управление на риска е разработена на основание чл. 7, ал. 1 и 2 и чл.12, ал.1 и ал. 3, във връзка с чл. 13, ал.1, от Закона за финансово управление и контрол в публичния сектор /ЗФУКПС/, и в съответствие с Новите методологически документи по финансово управление и контрол и вътрешен одит – Методическите насоки по елементите на финансовото управление и контрол, Указанията за управление на риска в организациите от публичния сектор и Указанията за последващи оценки на изпълнението в организациите от публичния сектор, утвърдени от министъра на финансите със Заповед ЗМФ № 184/06.03.2020 г.

§2. Стратегията е задължителна съгласно чл.17, ал.2 от Закона за финансово управление и контрол в публичния сектор (ред. бр.13 от 12.02.2019 г.) и следва да се счита за част от Правилника за устройството и дейността в ”МБАЛ - Благоевград“ АД. Придобива задължителен характер за персонала на болницата и структурите към нея след утвърждаването ѝ със заповед на ИД на дружеството, която представлява неразделна част от нея.

§3. Стратегията за управление на риска обхваща периода от 2024 г. до 2026 г., като се актуализира на всеки три години или при настъпване на съществени промени в рисковата среда. Същата отменя действащата Стратегията за управление на риска за периода 2021-2023 г., утвърдена със заповед №156/№02.07.2021 г., в сила от 02.07.2021 г. Следва да се възприеме като документ, който в бъдеще ще се актуализира и доразвива, следвайки новостите в областта на вътрешния контрол в публичния сектор.

§4. Стратегията за управление на риска и приложенията са утвърдени от Изпълнителния директор на „МБАЛ - Благоевград“ АД и влиза в сила от датата на утвърждаването ѝ с подпис на Изпълнителния директор и положен син печат на дружеството.

Приложения:

1. Приложение №1 към Стратегията за управление на риска /Риск-регистър;
2. Приложение №2 Таблица за определяне на рисковете в дейността на

Дата: г., гр. Благоевград
12,30ч. за печат

Приложение № 1

Риск- регистър
за дейността на „МБАЛ - Благоевград” АД
за периода от ----.2024г. дог.

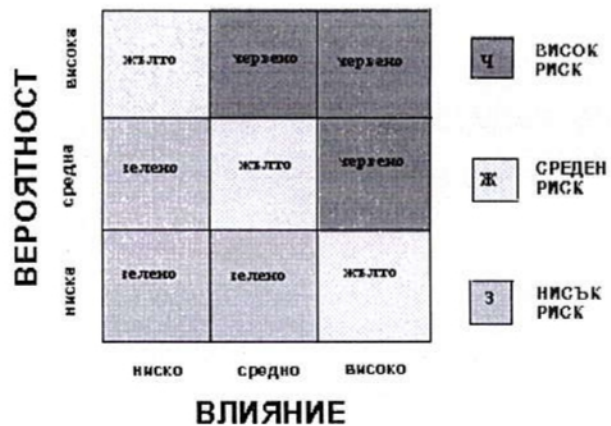
Риск	Оценка на риска		Предприети действия	Оценка на остатъчния риск		Допълнителни
	Влияние /високо, средно, ниско/	Вероятност /висока, средна, ниска/		Влияние /високо, средно, ниско/	Вероятност /висока, средна, ниска/	
1	2	3	4	5	6	

Звено/ отделение	Период: От г. – До г.	Процес/дейност
Документ: ОЦЕНКА НА РИСКА		
Изготвил:	Проверил:	
дата: г.	дата: г.	

№	Риск	Оценка за влияние	Оценка
	1	2	
1			
2			
3			
Обосновка			
Риск - №	За влияние		

Предвид гореизложеното и предварителното проучване Комисията определя ----- ниво на риска.

Забележки към таблицата:



Таблица

Приложение №2

за определяне на рисковете в дейността на „.....“, за периода от до,

Рискове, затрудняващи постигането на целите:

№	Наименование на риска /характер на риска/	Описание на конкретните рискове	Действия за нам. на риска /Отговорни лица /Срок
	Стратег./оперативни цели		
I	Външни рискове		
II	Финансови рискове Рискове за дейността Рискове за персонала Други		