



**УНИВЕРСИТЕТ ПО ЗАСТРАХОВАНЕ И
ФИНАНСИ - СОФИЯ**
Катедра „Счетоводство и одит“

Веселин Павлов Йолов

**ПРОБЛЕМИ НА ФИНАНСОВОТО
УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛА В ЛЕЧЕБНИТЕ
ЗАВЕДЕНИЯ ПО ВРЕМЕ НА КРИЗИ**

АВТОРЕФЕРАТ

**на дисертационен труд за присъждане на образователната и научна
степен „доктор“ по докторска програма „Счетоводство, контрол и
анализ“ в професионално направление 3.8. Икономика**

Научен ръководител:

доц. д-р Дияна Банкова

**София
2026**

Дисертационният труд е обсъден и насрочен за защита на заседание от катедра „Счетоводство и одит“ в Университет по застраховане и финанси (УЗФ) – София.

Разработката съдържа: увод, изложение в три глави, заключение, списък с използвана литература и приложения. Дисертационният труд е с общ обем от 175 страници, 6 таблици, 5 фигури и 5 приложения. Използваната литература включва: 25 източника на български език и 41 на английски език. Нормативните източници на български език са 58, а на английски език 22 източника. Използвани са и 41 източника от различни интернет страници на български език, както и 93 от чуждестранни електронни страници. Преводът от чуждоезичните източници е извършен самостоятелно от автора. Общо са приложени 280 източника.

НАУЧНО ЖУРИ:

1. проф. д-р Емилия Миланова – УЗФ, гр. София
2. проф. д-р Али Вейсел – УЗФ, гр. София
3. проф. д-р Мирослава Пейчева – УНСС, гр. София
2. проф. д-р Веселин Вучков – НБУ, гр. София
3. проф. д-р Тодор Черкезов – Тракийски университет, гр. Стара Загора

Защитата ще се проведе на г. от..... ч. в Университет по застраховане и финанси (УЗФ) - гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в „Центъра за научни изследвания и докторантско обучение” в Университет по застраховане и финанси (УЗФ) - гр. София.

Съдържание:

I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	4
II. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	7
III. СИНТЕЗИРАНО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	8
IV. СПРАВКА ЗА ОСНОВНИТЕ НАУЧНИ ПРИНОСИ В ДИСЕРТАЦИЯТА	48
V. СПИСЪК НА АВТОРСКИТЕ ПУБЛИКАЦИИ.....	50

I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Въз основа на някои дестабилизиращи събития глобалната икономика, като световната финансова криза и пандемията с корона вируса COVID-19, значението и управлението на здравните заведения стана още по-важно за обществото. При тези форсмажорни обстоятелства здравният мениджмънт има фундаментално значение за организацията и управлението на лечебните заведения. За да се подобри финансовото управление и контрола е необходимо да се интегрират реформи в здравната система свързани с надзорната дейност над нея. Навлизащите дигитални трансформации изискват по-специално внимание от управляващите лечебните заведения, както и от контролните органи.

1. Актуалност на изследваната тема

Актуалността на изследването е свързана с непрестанно увеличаващата се необходимост от медицински услуги. Съответно, за да се реагира адекватно по време на криза е необходимо подобрене на контролната функция на лечебните заведения. Тези промени трябва да се осъществяват спрямо вида на кризата, както и актуализиране на управленските функции на лицата, натоварени с общото управление в публичните органи, регулиращи медицинския сектор. Това поведение трябва да бъде огледално в лечебните заведения, независимо дали е частно или държавно дружество. Също така е приоритет да бъдат инициирани по-подходящи контролни механизми, и да бъде повишена прозрачността на дейностите в медицинските звена по време на кризи.

2. Обект и предмет на изследването

Обект са лечебните заведения за болнична помощ в България, разгледани като специфични икономически субекти, и техните организационно-управленски взаимоотношения с контролните и надзорните органи в сектора (Министерството на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса) в условията на форсмажорни обстоятелства и глобални кризи.

Предмет на изследването са съвременните предизвикателства към финансовото управление и контрола, пред които са изправени лицата, натоварени с общото управление на лечебните заведения, и регулаторите на тяхната дейност.

3. Изследователска теза

Основната теза на дисертационния труд е, че финансовото управление и

контролната функция в лечебните заведения е нужно да бъдат непрестанно усъвършенствани, както и да се прилагат подходящи подходи при кризи, за да се запази финансова стабилност и да могат да продължат да протичат непрекъсваемо бизнес процесите. Тези дейности е нужно да се проверяват и от надзорните органи. Като допълнение в България могат да се инициират законодателни и организационни промени, за въвеждане на определени добри практики, прилагани в други страни (ISO стандарти)

4. Цел и задачи на дисертационния труд

Целта на изследването е да се анализират теоретико-практическите аспекти на контролната функция в здравеопазването и въз основа на проучените добри практики да се генерират (синтезират) контролни методи и модели за управление на риска. Тяхното прилагане е насочено към осигуряване на финансова устойчивост, гарантиране на непрекъсваемост на процесите в лечебните заведения по време на кризи и повишаване на общественото доверие в секторен мащаб. Реализирането на посочените цели налага изпълнението на следните **задачи**:

1. Теоретично изследване на същността, обхвата и спецификата на контролната функция и надзорните механизми в сектора на здравеопазването на национално равнище, както и идентифициране на възможностите за тяхното усъвършенстване, които да бъдат подходящи за адаптация по време на кризи.
2. Идентифициране и систематизиране на съвременните предизвикателства пред лечебните заведения и регулаторните органи чрез ретроспективен анализ на техните реакции по време на финансови, икономически и здравни кризи (пандемията с COVID-19).
3. Оценяване на приложимостта на съвременните управленски инструменти – **Committee of Sponsoring Organizations of the „Treadway“ Commission (COSO модел), Системата за финансово управление и контрол (СФУК)**, международния стандарт за непрекъсваемост на дейността **ISO 22301 (Business Continuity)** и процесите на дигитализация, като способи за подобряване на контролната функция в здравния сектор.
4. Изследване на методологическите основи на финансирането и дигитализацията на здравноосигурителната система на макрониво с цел формулиране на предложения за по-устойчиво финансово управление.

5. Провеждане на емпирично изследване за оценка на реалното внедряване и ефективността на дигитализацията върху управленските и финансовите процеси в лечебните заведения в Република България.

5. Ограничения в изследването

Изследването има някои **ограничителни условия**. Използваната информация е единствено общодостъпна и е интердисциплинарна, като основна област на изследването е системата за финансово управление и контрол, и начините за нейното по-ефективно и ефикасно приложение по време на кризи от страна на лечебните заведения. Не са използвани вътрешни документи от лечебни заведения, които притежават конфиденциален характер. Емпиричната част на труда се ограничава до представителна извадка от 30 лечебни заведения в Република България за 2024 година (последната изцяло отчетна финансова година), чиито официални Годишни доклади за дейността са обект на проучване чрез публикуваната информация в Търговския регистър.

6. Методология на изследването

За достигането до заложената цел на изследването са приложени различни **методи**. Използван е исторически подход - свързан с развитието и трансформацията на контролната функция в лечебните заведения. Извършен е анализ въз основа на методът на аналогията – изследва се пред какви предизвикателства е подложено приложението на контролната функция в лечебните заведения по време на кризи (финансова, икономическа и здравна) и до каква степен е устойчиво финансовото състояние в разглеждания сектор. Направени са сравнения – изследвани са различни методологически и организационни въпроси на контролните механизми. Използван е системният подход – служи за обобщаване на органите за надзор над дейността на лечебните заведения. В емпиричната част е приложен методът на чистия случаен подбор (Simple Random Sampling) чрез специализиран софтуерен алгоритъм в Excel (комбинация от функциите INDEX и RANDARRAY) за извличане на обективна извадка от 30 болнични дружества от обща генерална съвкупност от 341 лечебни заведения. За извличане на емпиричните данни е приложен методът на количествения и качествения контент-анализ (съдържателен анализ) на текстови документи, насочен към обвързване на финансовото състояние и източниците на финансиране на лечебните заведения с процесите на дигитализация на тяхната дейност. Чрез синтез – служи за отправянето на предложения за подобряването на финансовото управление и контрола в лечебните

заведения. Въз основата на моделиране - чрез определени аспекти на контролната функция се налагат иновациите; извеждане на законодателните реформи - чрез анализ на регулаторната рамка в сектора въз основа на добрите чуждестранни практики в някои страни.

7. Аprobация на дисертационния труд

Дисертационният труд е обсъден на заседание на катедра „Счетоводство и одит” при УЗФ – София. По темата на дисертацията са публикувани 3 статии в специализирани научни издания.

II. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Дисертационният труд е изготвен в съответствие с националните изисквания към Правилника за прилагане на Закона за развитие на академичния състав в Република България.

Състои се от увод, три глави, заключение, библиография и приложения. Обемът на изследването е 175 стандартни страници. Преводът от чуждоезичните източници е извършен самостоятелно от автора.

В съдържателно отношение дисертационният труд е структуриран по следния начин:

Съдържание:

УВОД

ГЛАВА ПЪРВА. СЪЩНОСТ НА ФИНАНСИРАНЕТО И КОНТРОЛА В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

1.1 Същност и значение на здравния мениджмънт в лечебните заведения

1.2 Финансиране и проблеми на здравноосигурителната система в Република България

1.3 Контрол, надзор и одит в здравеопазването – същност, видове и приложение

Изводи от глава първа

ГЛАВА ВТОРА. ИКОНОМИЧЕСКИ И УПРАВЛЕНСКИ ПРОБЛЕМИ В СЕКТОР ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ПРИ КРИЗИ

2.1 Влияние на световната финансова криза в здравеопазването и предизвикателствата пред лечебните заведения

2.2 Кризата породена от пандемията с COVID-19

Изводи от втора глава

ГЛАВА ТРЕТА. НАЧИНИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВОТО УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛА В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ПРИ КРИЗИ

3.1 Стандарт ISO 22301:2019 (Security and resilience - Business continuity management systems – Requirements)

3.2 Дигитализация на процесите в сектор здравеопазване и лечебните заведения

3.3. Емпирично изследване: извадка и контент-анализ на докладите за дейността на лечебните заведения

Изводи от глава трета

Заклучение

Използвана литература:

Приложение № 1 Фигура № 1. Структура НЗОК

Приложение № 2 Таблица № 1. Бюджет на НЗОК за 2025 година

Приложение № 3. Фигура № 2. Органиграма на Министерството на здравеопазването в Република България

Приложение № 4. Таблица № 3 Стълбове и 17 принципа на COSO

Приложение № 5 Таблица № 4. Списък на лечебните заведения в България през 2024 година

III. СИНТЕЗИРАНО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

В уводната част на дисертационното изследване ясно са посочени основните компоненти: обект, предмет, цел, задачи, теза, актуалност на темата, методология, ограничения. Поставени са въстъпителна част посветена на ключовите предизвикателства в лечебните заведения по време на кризи. Акцентирано е върху необходимостта от реформи, които да подпомогнат контролната система на здравния

сектор в Република България въз основа на добрите чуждестранни практики.

В ГЛАВА ПЪРВА. СЪЩНОСТ НА ФИНАНСИРАНЕТО И КОНТРОЛА В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ към точка 1.1 Същност и значение на здравния мениджмънт в лечебните заведения се акцентира върху ролята на здравния мениджмънт в здравеопазването. Изследвано е терминологичното значение по своята същност, както и трансформациите, които се претърпят вследствие на въвеждането на дигитални процеси. На *фигура № 1* по-долу, ще бъдат обобщени и илюстрирани причините за необходимост от система за здравен мениджмънт за лечебните заведения. Представеното е без претенция за изчерпателност, а за синтезирани на базисните основания.

Фигура № 1. Причини за необходимостта от система за здравен мениджмънт в лечебните заведения



Източник: Авторска разработка базирана от 5 Reasons Why You Need a Hospital Management System, <<https://guidewaycare.com/why-a-hospital-management-system-is-necessary/>>, last available on: 13.07.2024

Видно е от управленската система за здравен мениджмънт, че е необходимо да бъде спазван точно определен ред. За тази цел е нужно да има ясно разписани политики и правила, към които цялата организация да се придържа. Освен това от внедряването на тези методи са на лице и редица ползи.

В следващата точка 1.2 Финансиране и проблеми на здравноосигурителната система в Република България се представя как точно се финансира здравната система. Финансирането на здравната система в България представлява динамична съвкупност от публични и частни средства. В своите научни трудове проф. д-р Григор Димитров конкретизира основните източници на тези ресурси, а именно: средства от републиканския и местните бюджети; средства от системите за социално и здравно осигуряване; отчисления от частни здравноосигурителни и застрахователни дружества или фондове; ресурси от публични и частни фондации; преки плащания от работодатели; лични средства на гражданите, както и целево финансиране по програми от фондовете на Европейския съюз¹.

В настоящия момент здравноосигурителната система в страната функционира като смесен модел, в чието ядро стои задължителното здравно осигуряване, администрирано от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), подкрепено от директни трансфери от държавния бюджет и допълвано от пазара на доброволното застраховане. Разглеждането на този сложен механизъм е от критично значение за целите на настоящия труд, тъй като финансовата стабилност на отделното лечебно заведение е функция от ефективността на цялостния модел на финансиране на сектора. Анализът на източниците на приходи, механизмите за тяхното разпределение и регулаторната рамка позволява да се идентифицират системните уязвимости и да се дефинират необходимите контролни механизми за осигуряване на непрекъсваемост на бизнес процесите в болничния сектор по време на криза.

В тази връзка проф. д-р Григор Димитров извежда актуализирани моделите на финансиране в здравеопазването в своят труд през 2023 година². Те включват: „бюджетно финансиране, здравно осигуряване; здравно застраховане; лични здравни сметки“³. Здравноосигурителната система във всяка една страна се характеризира с различни специфики.

¹ Димитров, Г. (2014): Организация и финансиране на здравната система (предизвикателства и решения), ВУЗФ Св. „Григорий Богослов“, София, сс. 56-57.

² Димитров, Г. (2023): Здравна политика и здравноосигурителни системи, ВУЗФ Св. „Григорий Богослов“, София.

³ Пак там сс. 76-79.

В тази връзка са представени и законодателните реформи свързани със финансовото управление и контрола, както и на дигитализацията – Наредба № 5⁴, Наредба № 6⁵.

След това изследването преминава към контролната функция в точка 1.3 Контрол, надзор и одит в здравеопазването – същност, видове и приложение. Детайлно се представят видове контрол, който се упражнява в лечебните заведения. В допълнение се представят и надзорните механизми упражнявани от специализирани държавни институции.

Регулаторната рамка за **здравен контрол** във всяка държава е различна спрямо нейната законодателна уредба и изградената система. В Република България има множество нормативни изисквания за извършването на здравен контрол. Контролът по своята същност има много приложения, съответно и видове, но по-конкретно в лечебния сектор направленията биват: **здравен**; **държавен** и **вътрешен** (вж. фиг. № 2).

Фигура № 2. Видове контрол в лечебните заведения



Източник: авторска примерна разработка

Регулаторната рамка на здравния контрол в България е многопластова, обхваща: здравен, държавен и вътрешен контрол (фиг. №2). Теоретичната основа на тези процеси се корени в разбирането на проф. д.ик.н. Михаил Динев. В едно от неговите изследвания авторът е на мнение, че „не е необходимо да се познават тънкостите на теорията на контрола, за да се знае, че контролното въздействие е възможно само при наличието на определена власт, каквато и да е тя (както и да е постигната), така както

⁴ НАРЕДБА № 5 от 17 юни 2019 г. за утвърждаване на стандарти за финансова дейност, прилагани от държавните и общинските лечебни заведения за болнична помощ и комплексни онкологични центрове

⁵ НАРЕДБА № Н-6 от 21.12.2022 г. за функционирането на Националната здравноинформационна система, Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 103 от 24.12.2022 г., в сила от 1.01.2023 г., изм. и доп., бр. 57 от 5.07.2024

всеки управленски процес е следствие от формата на власт“⁶.

В този контекст, всяка една държава е задължена да изработи собствена стратегия и програма за това, какво управление ще налага в здравния сектор, които да бъдат изцяло съобразени с контролната функция. В Република България е вече интегрирана - **„Национална здравна стратегия 2030“**. Тя се базира на основание, *чл. 3, ал. 2 от Закона за здравето*⁷, и е приета от Народното събрание.

Целта на Стратегията е да: обединява, адаптира и надгражда политиките и целите, на международните добри практики, като се внедрят и на национално равнище. По този начин ще може да се достигне до хармонизация на политиките в този сектор. Чрез нея се оформя стратегическата рамка, която да усъвършенства и актуализира здравеопазването. Този процес е още по-съществен по време на кризи (вж. II глава).

За целите на изследването е извършено изследване и разграничение между **здравния, държавния, вътрешния и външния контрол** в сектора на здравеопазването. Важно допълнение към теоретичната рамка е проследяването на контролния апарат и надзорната функция, упражнявани от органите на изпълнителната власт. Институции като Министерството на здравеопазването (МЗ), Изпълнителна агенция „Медицински надзор“.

В таблицата по-долу е посочена йерархична последователност на функцията на контрола от политическото решение (МЗ) до проверката на леглото на пациента осъществяван от регионалните здравни инспекции находящи във всеки един областен град в България (РЗИ). Видно от Таблица № 1, контролният натиск върху лечебното заведение е многослоен. По време на криза координацията между тези три нива е критична, тъй като всяко предписание на РЗИ или стандарт на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ (ИАМН) изисква незабавно финансово обезпечаване, чието разходване и управление се регулира директно от вътрешната система за финансов контрол (СФУК). Тя е изградена въз основа на разпоредбите от **Закона за финансово управление и контрол в публичния сектор (ЗФУКПС)**⁸. Системата не е просто административна формалност или изолиран акт, а цялостна съвкупност от политики, процедури и контролни дейности, които са въведени в ежедневната дейност на държавните и общинските болници.

⁶ Динев, М., Годишник на ИДЕС, 2016, <<http://ides.bg/media/1429/ides-g-2016-m-dinev.pdf>>, последно влизане на 01.09.2024.

⁷ Закон за здравето, Обн. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004г., изм. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005г., посл. изм. и доп. ДВ. бр.39 от 1 Май 2024г.

⁸ Закон за финансовото управление и контрол в публичния сектор, Обн. ДВ. бр. 21 от 10 март 2006 г., посл. изм. и доп. ДВ. бр. 102 от 8 декември 2023 г.

Таблица № 1. Йерархия и функционална характеристика на държавните органи за здравен контрол в България

№	Орган	Ниво на контрол	Функции	Приложение и обхват	Регулации	Отражение върху финансовото управление
1.	МЗ	Стратегическо	Законодателна и политическа инициатива	(Регулация) Определя държавната политика, методическо ръководство.	Наредби, Методически указания, Заповеди на Министъра	Определя рамката на разходите чрез здравни приоритети и субсидии.
2.	ИАНН	Специализирано	Методически и специализиран контрол	(Стандарти) Контрол върху медицинските стандарти, лицензиране и права на пациентите.	Констатируващи протоколи, Актове за административни нарушения (АУАН)	Риск от загуба на приходи при отнемане на лиценз или санкции за качество.
3.	РЗИ	Оперативно	Текущ здравен контрол и санкции	(Изпълнение) Непосредствени държавен здравен контрол (хигиена, епидемиология, COVID-мерки)	Заповеди за задължителни предписания, глоби, спиране на дейност	Генерира преки извънредни разходи за дезинфекция, апаратура и предпазни средства

Източник: авторска примерна разработка

Разгледано е какви функции изпълнява всяка една от посочените организации. Формите на контрол – превантивен, текущ и последващ и значението на тяхното приложение. В допълнение е представено значението на **вътрешния контрол** в сектор

здравеопазване. Той намира приложение както в публичните институции, така и в частния сектор. Служи, за да регулира всеки един процес, както и да оптимизира възможностите за грешки и/или измами в организациите.

Според **Робърт Милър** в неговото изследване „Съвременен вътрешен одит“⁹, вътрешния контрол се представя, като фундаментална концепция за организационна ефективност. Той поставя ключова дефиниция за понятието „вътрешен контрол“. Авторът предлага следната дефиниция, според която вътрешният контрол „обхваща плана на организацията и всичките ѝ координиращи методи, приети в даден бизнес за опазване на активите му, за проверка на акуратността и надеждността на неговите счетоводни данни за промоция на оперативната му ефективност и за насърчаване на придържането към предписаните управленски политики“¹⁰. Посоченото определение притежава универсален характер и надхвърля рамките на тясно профилираната финансово-счетоводна сфера, оказвайки влияние върху всяка форма на управленски контрол. Проектирането на ефективен вътрешен контрол изисква координирано прилагане на комплекс от контролни дейности и процедури. В този контекст за целите на теоретичната прецизност на изследването е критично важно ясно да се разграничат понятията „система за вътрешен контрол“ и „вътрешен одит“.

Системата за вътрешен контрол (СВК) в организациите независимо, дали обхваща публичния сектор, нефинансовите предприятия, или банковите институции се разглежда като интегрирана съвкупност от системи за финансово управление и контрол. Нейната фундаментална функция е да осигури разумна увереност, че стратегическите и оперативните цели на субекта ще бъдат постигнати чрез реализирането на следните ключови задачи: „подобряване на текущото и периодично счетоводно отчитане; минимизиране на рисковете в рамките на допустимите граници; ограничаване на злоупотребите, измамите и грешките; усъвършенстване на дейностите, операциите и бизнес процесите; постигане на мениджърските цели и други“¹¹.

Докато системата за вътрешен контрол представлява перманентен вътрешноорганизационен процес от текущи контроли, лимити и процедури, внедрени от ръководството за управление на ежедневните рискове, то вътрешният одит се позиционира като независима и обективна оценъчна дейност. Неговата основна

⁹ Милър, Р. (2007): Съвременен вътрешен одит, Аспро ЕООД, София

¹⁰ Пак там, с 92.

¹¹ Лучков, К. (2022): Актуални аспекти на вътрешния контрол в нефинансовите предприятия през призмата на интегрираната рамка за вътрешен контрол *soso*, ел. сп. ИДЕС, бр. 04/2022, година XXVI, с. 2, <<https://www.ides.bg/media/2025/04-2022-kiril-luchkov.pdf>>, последно влизане на: 03.06.2026

функция е последващо да тества, анализира и оценява доколко самата система за вътрешен контрол функционира надеждно и ефективно.

В изследването „Методологически аспекти на вътрешния одит“ ясно е очертано, че вътрешния контрол е обект на вътрешния одит¹². Пречупена през спецификата на здравния сектор, тази методологическа зависимост означава, че докато ръководството на лечебното заведение проектира и внедрява ежедневните защитни контроли (финансови, административни и клинични), вътрешният одит се явява инструментът, който дава независима увереност на мениджмънта за тяхната реална ефективност. По този начин връзката между двете концепции е налице. Тя е критично важна за своевременното идентифициране на системни пропуски, предотвратяването на злоупотреби с публичен ресурс и в крайна сметка – за осигуряване на икономическата устойчивост на болничната организация в условия на динамична среда.

Разбирането на съвременните архитектури на вътрешния контрол и тяхната приложимост в специфични сектори като здравеопазването изисква детайлно проследяване на тяхната историческа и концептуална еволюция. В тази връзка, историческото развитие на мониторинга и вътрешноконтролните рамки се свързва пряко с Комитетът на спонсориращите организации на Комисията „Treadway“ (*om* **англ. ез.: Committee of Sponsoring Organizations of the „Treadway“ Commission – COSO**) в Съединените американски щати (САЩ). Инициативата е осъществена през периода 1970-1985 година¹³ от: *Американския институт на дипломираните експерт-счетоводители (The American Institute of Certified Public Accountants - AICPA), Института на управленските счетоводители (The Institute of Management Accountants - IMA), Американската счетоводна асоциация (The American Accounting Association - AAA), Института на вътрешните одитори (The Institute of Internal Auditors - IIA) и Асоциацията на финансовите директори (The Financial Executives International - FEI)*¹⁴.

Първоначално моделът COSO е насочен към прилагане в частния сектор, но вследствие на своята висока ефективност се налага като водещ стандарт и в публичния сектор на глобално ниво¹⁵. В исторически план Комитетът COSO е сформиран с цел да проучи причинно-следствените връзки, водещи до измамно финансово отчитане, и да

¹² Динева, В. (2014): Методологически аспекти на вътрешния одит (изследване в застрахователния сектор), ИК АТЛ-50, София, с. 48.

¹³ Банкова, Д. (2024): За някои особености при одитирането на европроекти, ел. списание ИДЕС, Годишник, 2024 – втора част, с. 6, <<https://www.ides.bg/media/2185/8-g-2024-diana-bankova.pdf>>, последно влизане на 29.04.2025

¹⁴ Fundamentals of the COSO Framework: Building Blocks for Integrated Internal Controls, Leland, A. May 24, 2023, <<https://www.auditboard.com/blog/coso-framework-fundamentals/>>, last available on: 21.01.2024

¹⁵ About us, <<https://www.coso.org/about-us>>, last available on: 21.01.2026

създаде концептуални инструменти за тяхното своевременно предотвратяване. Вместо да функционира като оперативен орган за разследване на финансови престъпления, неговата мисия е насочена към дефиниране на общоприети стандарти, насоки и рамки, които да оптимизират качеството на вътрешния контрол и да минимизират корпоративния риск.

През 1992 г. е публикувана рамка за вътрешен контрол. През 1996 г. издават Въпросник по отношение на използването вътрешен контрол на деривати. През 2006 г. COSO издава Ръководство за Вътрешен контрол върху финансовата отчетност за по-малките публични дружества. Непосредствено след това през 2009 г. се въвежда и **Ръководство за мониторинг на системите за вътрешен контрол**. Въвеждат се и актуализации от 15 декември 2014г. за насоките за по-малките публични дружества.

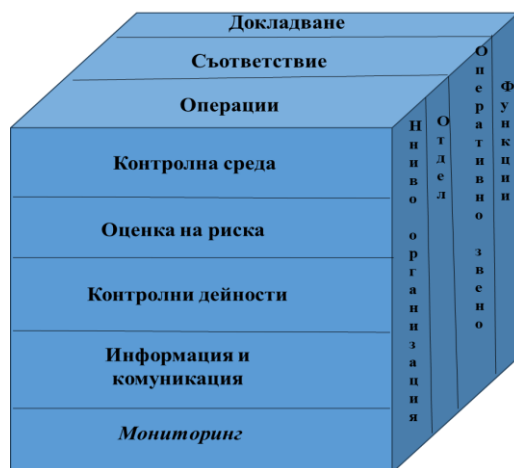
Моделът COSO търпи цялостна актуализация през 2013 г., както и през 2023 г. През март месец 2023 г. е публикувано проучване и насоки относно вътрешния контрол върху **отчитането на устойчивостта**, чрез използване на рамката за вътрешен контрол на COSO, тъй като редица нормативни изисквания налагат глобални промени. По-конкретно, контролът да се модифицира и да бъде насочен към корпоративната устойчивост. Целта е получаването на надеждна информация и отчитане устойчивостта, свързана с екологични, социални и управленски въпроси (*от англ. ез.: Environmental, social, and corporate governance - ESG*)¹⁶.

Рамката включва 5 на брой принципа (доразвити и групирани със 17 принципа в Приложение № 4), илюстрирани на лицевата страна на фигура № 3 по-долу: Контролна среда - „Фундаментът на управлението“¹⁷, гарантиращ етика, отчетност и компетентност (Принципи 1-5); Оценка на риска - динамичен процес за идентифициране и анализ на рискове (вкл. риск от измами), актуализиран минимум веднъж годишно (Принципи 6-9); Контролни дейности - оперативни механизми (политики, процедури, софтуерен достъп), които минимизират рисковете (Принципи 10-12); Информация и комуникация - Осигуряване на надеждни данни и конфиденциалност на пациентската информация (Принципи 13-15); Мониторинг - Постоянен надзор и своевременно докладване на дефицитите към ръководството (Принципи 16-17).

¹⁶ Fundamentals of the COSO Framework: Building Blocks for Integrated Internal Controls, Leland, A. May 24, 2023, <<https://www.auditboard.com/blog/coso-framework-fundamentals/>>, last available on: 21.01.2024

¹⁷ Динева, В. (2014): Методологически аспекти на вътрешния одит (изследване в застрахователния сектор), ИК АТЛ-50, София, с. 6.

Фигура № 3. Модел COSO



Източник: Милър, Р. (2007): *Съвременен вътрешен одит*, Аспро ЕООД, София, с. 112

В исторически и международен аспект обективната необходимост от концептуална промяна в управлението на публичния и частния сектор се катализира след поредица от мащабни корпоративни скандали. Както се посочва в научната литература, светът става свидетел на безпрецедентни фалити на глобални корпорации като Enron, WorldCom, Merrill Lynch, Bear Stearns и Parmalat¹⁸ се налага промяна в управлението в публичния и частен сектор. Слабостите в контролната функция са много осезаеми. Това твърдение се подкрепя и в изследването „Одитинг“¹⁹. Авторът констатира, че „петата по големина одиторска компания в света Arthur Andersen прекратява съществуването си“²⁰. Специфичното е, че след 2000 г. тези деструктивни процеси засягат осезаемо и субекти от здравния сектор (в т.ч. и предприятия от обществен интерес), сред които се открояват случаите с Quorum Health Resources, Hospital Corporation of America, HealthSouth и AHERF.

В отговор на тези системни уязвимости Комитетът на спонсориращите организации разработва рамковия модел COSO, който предоставя на организациите систематизирани насоки за проектиране и внедряване на вътрешен контрол, насочен към предотвратяване, откриване и своевременно управление на риска от финансови измами. В съвременната управленска практика рамката за управление на корпоративния риск (**COSO Enterprise Risk Management – ERM**) ефективно

¹⁸ Банкова, Д. (2019): Методологически аспекти на публичния надзор над одиторската професия, ИК-УНСС, София, с. 5.

¹⁹ Вейсел, А. (2017): Одитинг, София, Сиела, с. 13.

²⁰ Пак там, с. 24.

надгражда базовия модел за вътрешен контрол²¹. Тя разширява неговия концептуален обхват до четири категории цели (стратегически, оперативни, за отчетност и за съответствие) и въвежда по-детайлна матрица от осем взаимосвързани компонента: вътрешна среда, определяне на целите, идентифициране на събитията, оценка на риска, отговор на риска, контролни дейности, информация и комуникация, и мониторинг. Всеки един от тези структурни стълбове и прилежащите към тях фундаментални принципи трябва да съществуват едновременно, за да може системата да функционира правилно. Тъй като тези компоненти притежават императивен характер и не могат да бъдат произволно заменени или модифицирани, тяхното цялостно интегриране позволява значително да се редуцират рисковете от измами и в лечебните заведения.

Обективната необходимост от практическото институционализиране на тези контролни стандарти води до сериозни законодателни реформи на международно ниво. Пряк резултат от стремежа за овладяване на пазарните уязвимости е приемането на Sarbanes-Oxley Act (SOX)²² в САЩ през 2002 г., който коренно трансформира философията на глобалната контролна функция. Регулацията променя радикално управленската среда, като въвежда строги изисквания за корпоративна прозрачност и отчетност. Основните му характеристики, приложими в пълна сила и за дейността на лечебните заведения, се изразяват във вменяването на лична наказателна и гражданска отговорност на висшия мениджмънт за верността на финансовите доклади, както и в налагането на задължителен независим външен одит на самата система за вътрешен контрол (съгласно изискванията). По този начин регулацията въвежда механизъм на външен надзор върху ефективността на вътрешноконтролните функции на организациите. Важно е тази синергия между стандартите COSO и новите нормативни изисквания да бъде проектирана така, че контролната функция в лечебните заведения да бъде оптимизирана и автоматизирана, а не просто формално дублирана, което би довело до излишно административно усложняване на процесите.

Когато общата теория за СВК се проектира върху здравния сектор, задачите на контрола придобиват специфичен характер. Лечебните заведения не са просто търговски дружества; те оперират в условия на висок социален риск, строги медицински стандарти и боравят с огромни масиви от чувствителни дигитални данни за пациентите. Тук „опазването на активите“ включва защита на медицинската репутация,

²¹ Applying the COSO ERM Framework, <<https://www.coso.org/erm-framework>>, last available on: 02.06.2026

²² Sarbanes-Oxley Act, Public Law 107–204, Approved July 30, 2002, 116 Stat. 745], [As Amended Through P.L. 117–328, Enacted December 29, 2022.

а „информация и комуникация“ означава сигурен и оторизиран обмен на данни с трети страни (здравноосигурителни каси и застрахователи), което днес налага внедряването на иновации като блокчейн технологията²³.

Именно тук се проявява логическата синергия между COSO и SOX. Практическото значение на регулации от типа на SOX в здравния мениджмънт се потвърждава и от редица емпирични изследвания. Пример за това е проучването „*Some empirical evidence of Sarbanes-Oxley implementation in the hospital sector*“²⁴ по отношение на интегрирането на SOX в болниците и здравния сектор. По-конкретно авторите анкетират 186 неправителствени болници за спешна помощ, като са зададени ключови въпроси от разпоредбите на нормативния акт.

В тази връзка функциониращите контролни механизми не са хомогенни. Те включват различни методологии, като в зависимост от времевия си обхват и функционално предназначение се разделят основно на **превантивни** (от англ. ез.: **Preventive controls**) и **разкриващи** (от англ. ез.: **Detective controls**). Тяхното приложение е изключително значимо за болниците, затова ще бъдат представени.

Тъй като нито една превантивна мярка не може да гарантира 100% абсолютна сигурност, в допълнение е необходимо да се осъществи корелативна връзка с второто ниво на сигурност – контрола на разкритието. Неговата функция не е да спре събитието, а да идентифицира и локализира несъответствия или грешки чрез съпоставимост на независими източници на данни. В лечебните заведения този последващ механизъм се материализира чрез провеждането на периодични физически инвентаризации (на парични средства, скъпоструващи консумативи, медицинска апаратура и лекарствени запаси), детайлни прегледи на финансовите трансакции (проверка на одобренията и осчетоводяването на разходите) и анализи на ефективността (съпоставяне на утвърдените бюджети с реално постигнатите резултати и ключови показатели за ефективност).

Всички тези контроли и управленски процеси не съществуват изолирано, а се вграждат в цялостната архитектура на корпоративното управление. В съвременната теория и практика (в т.ч. и в публичния здравен сектор) прилагат международно

²³ Blockchain and internal control, <https://www.coso.org/files/ugd/3059fc_20098cf01dfe4bacb2cc2d289b15ebfb.pdf> last available on: 21.01.2024

²⁴ Loubeau, P., Griffith, A., Some empirical evidence of sarbanes-oxley implementation in the hospital sector, The Coastal Business Journal, volume 11/ number 1/ May/2012, pp. 39-47.

признатия модел на „Трите линии на защита“ (от англ. ез.: Three Lines of Defense)²⁵. Моделът разпределя ролите в една организация (например болница) по следния начин:

- Първа линия: Оперативно управление – лекари, медицински сестри и администратори ежедневно изпълняват превантивния контрол (напр. въвеждат данни в системата, пускат касови бележки). Те управляват риска.
- Втора линия: Надзор и съответствие – служители, които наблюдават и контролират първата линия (напр. финансови контрольори, ИТ специалисти по сигурността, юристи). Те осигуряват експертиза, рамки и насоки за контрол.
- Трета линия: Вътрешен одит – напълно независима функция. Вътрешните одитори стоят извън оперативното управление. Тяхната единствена задача е да оценяват дали Първата и Втората линия си вършат работата и да докладват директно на Одитния комитет/Директорите.

На национално равнище в България, тази трилинейна структура е нормативно приложена в публичния сектор чрез специфична правна рамка. В основата на тази национална контролна пирамида стои **Системата за финансово управление и контрол (СФУК)**, регламентирана от **Закона за финансово управление и контрол в публичния сектор (ЗФУКПС)**²⁶. Системата не е просто административна формалност или изолиран акт, а цялостна съвкупност от политики, процедури и контролни дейности, които са въведени в ежедневната дейност на държавните и общинските болници.

СФУК в лечебните заведения представлява ключов съвременен управленски инструмент в публичния сектор. Съгласно чл. 5 от ЗФУКПС, вътрешният контрол в организациите се разглежда като съвкупност от системи за финансово управление и контрол, включващи политики, процедури и дейности, въведени от ръководството, които осигуряват разумна увереност, че целите на организациите са постигнати чрез:

- ✓ „съответствие със законодателството, вътрешните актове и договори;
- ✓ надеждност и всеобхватност на финансовата и оперативна информация;
- ✓ икономично, ефективно и ефикасно използване на ресурсите;
- ✓ опазване на активите и информацията;

²⁵ The IIA's Three Lines Model, <<https://www.theiia.org/globalassets/documents/resources/the-iias-three-lines-model-an-update-of-the-three-lines-of-defense-july-2020/three-lines-model-updated-english.pdf>>, last available on: 03.06.2026

²⁶ Закон за финансовото управление и контрол в публичния сектор, Обн. ДВ. бр. 21 от 10 март 2006 г., посл. изм. и доп. ДВ. бр. 102 от 8 декември 2023 г.

- ✓ предотвратяване и разкриване на измами и нередности, както и предприемане на последващи действия“²⁷.

Целите на СФУК са свързани пряко с организационните задачи и включват осигуряване на разумна увереност за постигането им. Системата се базира на COSO рамката (вътрешна среда, оценка на риска, контролни дейности, информация и комуникация, мониторинг), като особено внимание се отделя на компонента „управление на риска“. В лечебните заведения СФУК се интегрира в ежедневните управленски процеси – от бюджетиране и отчитане на клинични пътеки до управление на публични средства от НЗОК и държавния бюджет.

Разглежданият модел е задължителен само за лечебните заведения, които са дружества финансирани с държавно/общинско участие), съгласно ЗФУКПС и свързаните методически насоки на Министерството на финансите. Преди да се премине към структурния анализ на петте взаимобвързани компонента на модела COSO в болничната практика, е необходимо изрично да се отчете едно фундаментално ограничение на настоящото изследване. Съгласно дефинирания в увода обхват, използваната информация е единствено общодостъпна и интердисциплинарна, фокусирана върху СФУК и начините за нейното по-ефективно приложение при кризи. В разработката не са използвани вътрешни документи от конкретни лечебни заведения (като специфични заповеди, вътрешни системи за оценка на риска, одитни доклади на вътрешни одитори), тъй като те притежават конфиденциален характер. Поради настоящите ограничения, изследването няма претенции за изчерпателност. Следващото описание на СФУК е изведено по дедуктивен път чрез проектиране на императивната методологическа рамка на Министерството на финансите върху специфичната икономическа и организационна структура на болничния сектор.

²⁷ Закон за финансовото управление и контрол в публичния сектор, Обн. ДВ. бр. 21 от 10 март 2006 г., посл. изм. и доп. ДВ. бр. 102 от 8 декември 2023 г., чл. 5.

Практическото имплементиране на петте компонента на СФУК съгласно COSO рамката на микрониво в болничната структура се характеризира по следния начин:

✓ **Компонент „Контролна среда“ – Организационна култура и етична инфраструктура**

Контролната среда съставлява фундамента на СФУК, определяйки организационния обстановка и съзнанието на персонала по отношение на контрола. В лечебните заведения с държавно или общинско участие този компонент се сблъсква със специфичен дуализъм – необходимостта от балансиране между медицинската етика (грижата за пациента) и финансовата дисциплина (търговския характер на дружеството, съгласно Закона за лечебните заведения). Имплементацията на контролната среда на микрониво се документира въз основата на:

- **Етичен кодекс на лечебното заведение** – представлява документ, който надгражда Кодекса за професионална етика на лекарския съюз. Той регламентира правилата за избягване на конфликт на интереси (например при изписване на конкретни фармацевтични брандове или работа на медицинския персонал в частни кабинети по време на дежурство в държавната болница). Ръководството е длъжно да запознае всеки служител срещу подпис с тези правила.
- **Ясна организационна структура и делегиране на правомощия** – разработва се детайлна Управленска структура (органиграма), одобрена от Съвета на директорите или едноличния собственик (МЗ/Общината). Тя трябва да разграничава чисто административните, финансово-счетоводните и клиничните отговорности. Изпълнителният директор делегира правомощия на медицинския директор (за лечебната дейност), на главния счетоводител (за финансовата отчетност) и на началниците на клиники/отделения.
- **Политика по човешки ресурси и компетентност** – в болниците този елемент изисква длъжностните характеристики на медицинския и немедицинския персонал да съдържат ясни контролни задължения. Мениджмънтът трябва да осигури непрекъснато медицинско обучение и сертифициране, тъй като професионалната компетентност в здравеопазването е пряка бариера срещу оперативния риск от лекарски грешки, които водят до съдебни дела и тежки финансови загуби за болницата.

✓ **Компонент „Управление на риска“ – Идентификация и картографиране на специфичните болнични заплахи**

Управлението на риска в болниците е динамичен процес, който изисква не просто формално попълване на Риск-регистър веднъж годишно, а текущо улавяне на събития, които да застрашат постигането на целите на организацията. Здравният мениджмънт трябва да разработи вътрешна *Стратегия за управление на риска*, която класифицира и оценява заплахите в три основни направления:

- **Финансово-ликвидни рискове** – основният риск тук е свързан с асиметрията в приходите. Тъй като болниците се финансират предимно чрез отчитане на извършени медицински дейности по клинични пътеки към НЗОК, съществува постоянен риск от надхвърляне на т.нар. „болнични лимити“ (бюджетни тавани), неодобрение на извършена дейност от контролорите на касата или забавяне на плащанията. Това води до ликвиден дефицит и невъзможност за обслужване на задълженията към доставчици на лекарства и медицински консумативи (генериране на просрочени задължения).
- **Медицински и клинични рискове** – тук се включват рисковете от възникване на вътреболнични инфекции (ВБИ), дефицит на кръвни продукти, грешки при дозиране на медикаменти или неправилно хоспитализиране на пациенти в спешните отделения. Тези рискове се оценяват по отношение на вероятността от настъпване и тежестта на последиците (влошаване на здравето на пациентите, отнемане на лиценза на болницата от ИАМН или финансови санкции от РЗИ).
- **Технологични и информационни рискове** – с навлизането на пълната дигитализация на здравния сектор и императивното функциониране на Националната здравноинформационна система (НЗИС), киберрисковете се превръщат от тясно изолиран ИТ проблем в критична стратегическа, технологична и финансова заплаха за болничната инфраструктура. На микроноиво всяка съвременна болница функционира като силно зависима дигитална екосистема. Евентуален срив в централния сървър на Болничната информационна система (БИС), умишлено заразяване с Ransomware (зловреден софтуер за криптиране на бази данни с цел откуп) или дори обикновено прекъсване на интернет свързаността с централните регистри, води до незабавно и пълно прекъсване на оперативната дейност. В условията на електронно здравеопазване това означава невъзможност за генериране на електронни

рецепти, дигитални направления, амбулаторни листове и легитимно регистриране на хоспитализации и дехоспитализации.

В тази връзка финансовото измерение на този технологичен риск е катастрофално за здравния мениджмънт, тъй като всяка медицинска дейност, която не е отразена и валидирана в реално време в масивите на НЗИС, нормативно не съществува. За контролиращите органи, тя не може да бъде отчетена, фактурирана и платена от НЗОК. По този начин дигиталният срив престава да бъде просто техническо неудобство и се трансформира директно в необратима, чиста финансова загуба за лечебното заведение, застрашаваща неговата ликвидност и фискална стабилност.

Процесът на управление на този специфичен риск в рамките на СФУК изисква не формално административно отчитане, а ежегодно динамично попълване и актуализиране на Риск-регистър. В него всяка идентифицирана технологична заплаха се подлага на строго количествено и качествено оценяване (чрез изчисляване на вероятност и степен на въздействие), определят се конкретни „собственици на риска“ сред управленския и ИТ състава и се разписват детайлни антикризисни мерки (протоколи за архивиране) за минимизиране на уязвимостите до равнището на допустимия „рисков апетит“ на болницата.

Именно поради критичното значение на тези процеси, в Глава Трета на настоящия дисертационен труд е отделено централно място на детайлното изследване на дигитализацията в лечебните заведения и нейното отражение върху контролните системи. В рамките на теоретично-приложния анализ е реализирано емпирично изследване, проведено под формата на количествен и качествен контент-анализ на официалните публикувани Годишни доклади за дейността, които са част от ГФО. Обект на проучването е репрезентативна извадка от 30 на брой лечебни заведения в Република България, избрани на случаен принцип. Целта на това емпирично проследяване в последната глава е да се установи по обективен път доколко дигитализацията и придружаващите я технологични рискове са реално припознати, управлявани и публично оповестени от здравния мениджмънт в отчетните документи

✓ Компонент „Контролни дейности“

Това са конкретните правила, политики и процедури, установени за осигуряване на разумна увереност, че отговорите на риска се изпълняват ефективно. Те трябва да се прилагат на всички равнища в болничната организация. В лечебните заведения контролните дейности са най-строго регламентираната част от СФУК и включват:

- **Система за предварителен контрол за законосъобразност** – преди поемането на всяко финансово задължение (например сключване на договор за доставка на медицинска апаратура, извършване на ремонт или голяма покупка на медикаменти) и преди извършването на самия разход, назначен от директора Финансов контролър извършва проверка. Той проверява дали разходът е планиран в бюджета, също има ли осигурено финансиране, както и спазени ли са изискванията на Закона за обществените поръчки (ЗОП)²⁸ и лицето, което изисква разхода, има правомощия. Този контрол се документира писмено чрез *Контролен лист за предварителен контрол*.
- **Система на двойния подпис** – нито един финансов документ, водещ до плащане или поемане на задължение, не може да бъде подписан еднолично. Изисква се задължителното полагане на подпис от Изпълнителния директор (или упълномощено от него оперативно лице) и от Главния счетоводител (или финансовия директор). Това предотвратява субективни решения и нерегламентирани трансакции с публични средства.
- **Разделение на отговорностите** – ключов антикорупционен механизъм. Лицето, което идентифицира нуждата от дадено лекарство, не трябва да бъде лицето, което одобрява доставчика, нито лицето, което заприходява стоката в болничната аптека. Също така не трябва да бъде и лицето, което извършва плащането към дистрибутора. Това разделение минимизира риска от грешки, измами, корупционни практики и злоупотреби.
- **Процедури за достъп до активи и информация** – в болниците това включва физически контрол (ограничен достъп до болничната аптека, складовете за скъпоструващи консумативи и такива с висок риск от злоупотреби) и логически контрол (персонални потребителски имена и пароли с нива на достъп до БИС и НЗИС, така че медицинска сестра да няма достъп до финансовите модули на счетоводството, и обратно).

✓ **Компонент „Информация и комуникация**

Този компонент осигурява идентифицирането, улавянето и обмена на информация в такава форма и времеви рамки, които позволяват на служителите да изпълняват своите задължения. В съвременното дигитално здравеопазване

²⁸ Закон за обществените поръчки, Обн. ДВ. бр.13 от 16 Февруари 2016г., посл. изм. ДВ. бр.16 от 10 Февруари 2026г..

информацията вече не се разглежда просто като хартиено счетоводство, а като единен, непрекъснат поток от данни. Имплементацията изисква пълна системна интеграция на:

- **Вътрешен информационен поток (Микрониво)** – болничната информационна система (БИС) трябва автоматично да свързва различните звена (от приемно отделение, през клиниките, лабораториите, болничната аптека до счетоводния софтуер). Когато дадено лекарство се изпише на пациент в реанимация, то автоматично трябва да се изпише от наличността на болничната аптека и да се калкулира в себестойността на лечението по съответната клинична пътека в счетоводството. Това елиминира субективния човешки фактор при отчитането.
- **Външен информационен поток (Макрониво)** – БИС на лечебното заведение трябва да функционира в постоянен режим на реално време (онлайн синхронизация) с Националната здравноинформационна система (НЗИС). Всички електронни прегледи, хоспитализации, оперативни протоколи и дехоспитализации се подават незабавно към централния регистър. Този поток е критичен, тъй като въз основа на него Районните здравноосигурителни каси (РЗОК) извършват автоматизиран софтуерен контрол на легитимността на дейността и одобряват плащанията. Всяко информационно забавяне или грешка в комуникационните протоколи води до блокиране на финансирането.
- **Докладване по СФУК** – информацията включва и задължението на болничния мениджмънт да поддържа канали за обратна връзка (например за подаване на сигнали от пациенти за лошо качество или корупция) и канали за докладване на нередности от страна на служителите съгласно ЗФУКПС, като се гарантира анонимността на сигналоподателя.
- ✓ **Компонент „Мониторинг“ – текущо наблюдение, самооценка и отстраняване на слабости**

Мониторингът е компонентът, чрез който се оценява качеството на функциониране на СФУК във времето. Той гарантира, че системата остава ефективна, адаптира се към промените в околната среда и бързо реагира при извънредни ситуации. Мониторингът бива два вида: текущ (осъществяван в процеса на ежедневната работа) и периодичен (целенасочени оценки). В практиката на публичните лечебни заведения мониторингът се разгръща чрез следните задължителни процедури:

- **Текущ мониторинг от ръководството** – изпълнителният директор и финансовият екип извършват постоянен преглед на оперативните и финансовите

показатели. Това включва седмични или месечни анализи на изпълнението на бюджета на болницата, проследяване на нивата на просрочените задължения, съпоставяне на броя преминали пациенти по конкретни клинични пътеки спрямо планираните лимити и проследяване на разходите за лекарства на едно легло/ден. При откриване на отклонения е необходимо веднага да се предприемат коригиращи действия.

- **Ежегодна самооценка чрез стандартизиран въпросник** – По силата на чл. 8 от ЗФУКПС, ръководителите на болниците с държавно или общинско участие са задължени ежегодно до 31 януари да попълват и изпращат в Министерството на финансите (и съответно към Министерството на здравеопазването или кмета на общината) *Въпросник за самооценка на състоянието на СФУК*. Този въпросник съдържа детайлни въпроси за състоянието на всеки от петте компонента на COSO. Той служи като инструмент за автодиагностика на болничния мениджмънт, чрез който се идентифицират системни слабости (например липса на актуализиран риск-регистър, забавяне в предварителен контрол и други).
- **Одитиране от третата линия на защита** – когато в болницата има изградено звено за Вътрешен одит (или тя е обект на одит от вътрешните одитори на МЗ/Общината), докладваните от одиторите препоръки стават обект на задължителен последващ мониторинг. Ръководството изготвя *План за изпълнение на препоръките*, като мониторинговата функция на СФУК следи дали тези препоръки се изпълняват в заложените срокове, за да се елиминират пропуските преди настъпването на следваща финансова или здравна криза.

Ефективната СФУК в лечебните заведения е ключов фактор за здравния мениджмънт и за гарантиране на тяхната устойчивост, законосъобразност и финансова дисциплина, особено в условията на непредвидени здравни, икономически или социални кризи. В тази връзка е отдадено значение и на вътрешния одит, нормативно уреден в *Закона за вътрешния одит в публичния сектор*²⁹. В допълнение към националното законодателство, дейността на одиторите се подчинява на Международните стандарти за професионална практика по вътрешен одит (МСППВО), Глобалните вътрешноодитни стандарти и Етичния кодекс на вътрешните одитори.

Разгледани са част от предизвикателствата пред вътрешните одитори и финансовите контрольори. Открити са и проблематични области при прилагането на

²⁹ Закон за вътрешния одит в публичния сектор, Обн. ДВ. бр.27 от 31 Март 2006г., посл. изм. и доп. ДВ. бр.100 от 20 Декември 2019г.

Закона за обществените поръчки (ЗОП)³⁰ в условията на кризата с COVID-19.

В тази линия са изследвани и други видове външни одити, които са приложими в лечебните заведения. Изследвани са: финансов одит; социалния одит (въз основа на интегрирането в добрите чуждестранни практики на – Франция, САЩ, Великобритания е отправено предложение за неговата имплементация и в България); клиничен одит; медицински одит; одит на корпоративната социална отговорност; одита на устойчивостта и екологичните социалните и управленските фактори ESG (от англ. ез.: Environmental, social, and governance).

Първата глава полага важните теоретични концепции свързани с трансформацията на здравния мениджмънт и налагането на дигитални компетенции. Поставен е акцент върху контролната и надзорна функция на национално и международно равнище в здравеопазването. Представени са добрите чуждестранни практики за повишаване на качеството на здравните услуги в болниците чрез социалния одит“.

ГЛАВА ВТОРА. ИКОНОМИЧЕСКИ И УПРАВЛЕНСКИ ПРОБЛЕМИ В СЕКТОР ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ПРИ КРИЗИ

В тази глава са разгледани по същество възникналите предизвикателства в сектор здравеопазване по време на кризи. Анализирани са терминът „криза“, както и последиците, които възникват в различни условия. Направено е проучване и на чуждестранния опит на лечебните заведения и техните реакции в тези ситуации.

2.1 Влияние на световната финансова криза в здравеопазването и предизвикателствата пред лечебните заведения

Във въведението е разгледано терминологичното значение на понятието „криза“ и неговата трансформация към съвременните предизвикателства. Представено е отражението на световната финансова криза и последиците от нейното разпространение. Тъй като тя започва от Съединените американски щати (САЩ) са изследвани последиците в здравния сектор. Разгледани са ключови понятия, като: *секюритизация, токсичен актив, стагфлация, инфлация, както и е направено разграничение между термините „икономическа криза“ и „финансова криза“.*

³⁰ Закон за обществените поръчки, Обн. ДВ. бр.13 от 16 Февруари 2016г., посл. изм. ДВ. бр.16 от 10 Февруари 2026г..

Изведени са причините за въведените законодателни реформи в САЩ (**DODD-FRANK WALL STREET REFORM AND CONSUMER PROTECTION ACT**³¹, както и примери за фалирали лечебни заведения вследствие на финансовите кризи - (**Alexian Brothers Hospital Network; Saint Vincent's Catholic Medical Centers**); Гърция – тя е представител на балканските страни и освен финансово-икономическите проблеми, повлияни от политиките на САЩ, има локални особености, като - дълговата криза (**Agia Varvara**); Испания – като държава, страна членка на ЕС, която въвежда рестриктивни политики към уязвими социални групи хора, които могат да послужат като негативен пример за държавно управление; Република България – синтезиране на проблематични области в управлението на държавните болници и причините за преустановяването на тяхната дейност.

Приоритет към тази точка е антикризисния капацитет на управлението. Направени са препратки към СФУК в България, която да бъде по-адаптивна по време на финансови сътресения. Изследването се разширява и с анализ на още една глобална здравна криза – пандемията с COVID-19.

В точка 2.2 Кризата породена от пандемията с COVID-19, пандемията с корона вирусът Covid-19 (SARS-CoV-2) се представя като здравна криза, но тя провокира и образуването на още една допълнително усложнена ситуация - глобална икономическа криза. Също така тя доведе до нестабилността на всеки един сектор в световната икономика, тъй като се реализираха редица фалити на много печеливши бизнеси по света. Тази ситуация изведе на преден план сектор здравеопазване и всички лечебни заведения.

През 2019 година **Световната здравна организация (СЗО)**³² дават сведения за първия идентифициран случай на заразен с вируса в китайската провинция Ухан. В резултат от бързото разпространение на епидемията, болестта е обявена за глобална извънредна ситуация на 30 януари 2020 година. В тази връзка се отдава значение на терминът „**lockdown**“, който промени радикално всички икономически процеси по света.

В научната разработка „**Global Challenges to Public Health Care Systems during**

³¹ DODD-FRANK WALL STREET REFORM AND CONSUMER PROTECTION ACT, PUBLIC LAW 111–203—JULY 21, 2010, An act Be enacted by the Senate and House of Representatives of the United States of America in Congress assembled, <<https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-111publ203/pdf/PLAW-111publ203.pdf>>, last available on: 18.04.2025

³² Coronavirus disease (COVID-19) pandemic, <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>>, last available on: 22.04.2025

*the COVID-19 Pandemic: A Review of Pandemic Measures and Problems*³³ авторският колектив представя част от възникналите проблематични области в лечебния сектор към тази криза. Те обобщават, че се влошава качеството на извършваните медицински услуги в лечебните заведения поради - пренатоварване на традиционната болнична система. В резултат се наблюдава значително влошаване на качеството и капацитета на грижите към пациентите. Авторите предлагат някои начини за подобряване на системите за обществено здравеопазване, които се формулират от пет мерки, които могат да се видят на **Фигура № 4. Стратегия за функциониране на лечебните заведения по време на COVID-19** по-долу.

Фигура № 4. Стратегия за функциониране на лечебните заведения по време на COVID-19



Source: Filip, R., Puscaselu, G., Norocel, L. (2022): Global Challenges to Public Health Care Systems during the COVID-19 Pandemic: A Review of Pandemic Measures and Problem, <<https://www.mdpi.com/2075-4426/12/8/1295>>, last available on: 22.04.2025

Поради липсата на ефективно лечение за борба с вируса, светът понесе опустошителните ефекти. Всеки един компонент от стратегията за функциониране на болниците по време на кризата с COVID-19 е изследван в дисертацията. Те са взаимосвързани и не могат да бъдат замествани.

Всяка криза преминава през различни фази. От страна на международната

³³ Filip, R., Puscaselu, G., Norocel, L. (2022): Global Challenges to Public Health Care Systems during the COVID-19 Pandemic: A Review of Pandemic Measures and Problem, <<https://www.mdpi.com/2075-4426/12/8/1295>>, last available on: 22.04.2025

одиторска компания **Deloitte**³⁴ представят кризата с COVID-19 в здравеопазването по много интересен и различен начин. Според тях има 3 припокриващи се фази във времето. Те са: реагиране, възстановяване и процъфтяване към, които обществото да се стреми.

Фигура № 5. Етапи в кризата с COVID-19 в здравеопазването



Източник: Implications of the COVID-19 crisis for the health care ecosystem, Deloitte, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/implications-of-the-covid19-crisis.pdf>, last available on: 28.04.2025

За съжаление не може да се представи описание на продължителността на всяка фаза, тъй като периодът на развитие винаги е индивидуален, и като цяло няма начин да се опише. Има редица фактори, които оказват влияние върху изброените етапи по време на пандемията, но по-важното е какви стратегии се адаптират. Фазата „реагиране“ се свързва с подготовката на ответна реакция и прилагането на мерки от страна на сектор здравеопазване и институциите към него. Следващия етап на „възстановяване“ се основава на вече изпитаните предизвикателствата и възможността да извлечем знания и да бъдем по-силни. А последното състояние се изразява в „процъфтяването“, което служи за изграждането на устойчивост в здравеопазването.

Упражняваният контрол в лечебните заведения играе важна роля за функционирането на здравните заведения. За да бъде подсигурен медицинския

³⁴ Implications of the COVID-19 crisis for the health care ecosystem, Deloitte, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/implications-of-the-covid19-crisis.pdf>, last available on: 28.04.2025

персонал е важно какви контролни механизми се адаптират. Кризисният мениджмънт също трябва да бъде неизменна част от политиките на лечебните заведения. За тази цел в следващата **таблица № 2** по-долу, ще се представи примерен **контролен списък за управление на кризата с COVID-19** в САЩ предназначена за сектор здравеопазване, по-конкретно медицинските институции и болничния персонал.

Таблица № 2. Контролен списък за управление на кризата с COVID-19 в лечебните заведения

№	I. Стратегическо планиране и организация на работния процес	Да	Не	В процес на разработка
1.	Институционална ангажираност и кризисно планиране: Наличие на утвърдена от ръководството Декларация за споделена отговорност и разработен цялостен План за непрекъсваемост на дейността, обхващащ всички оперативни зони и специфики на болничните операции.			
2.	Дигитализация на работния процес и услугите: Степен на интеграция на алтернативни форми на дейност – въвеждане на дистанционен режим на работа (за немедицинския персонал) и внедряване на телемедицина за ограничаване на физическия контакт..			
3.	Координация на човешките ресурси и информационния поток: Наличие на вътрешна информационна система за синхронизиране на данните с националните здравни органи, съчетана с механизми за гъвкаво управление и координация на отпуските на медицинския персонал.			
	II. ОЦЕНКА, УПРАВЛЕНИЕ И КОМУНИКАЦИЯ НА РИСКА			
4.	Идентификация и картографиране на опасностите: Провеждане на регулярни консултации със службите по трудова медицина и местните органи за обществено здраве с цел прецизно картографиране на опасностите и оценка на риска от заразяване при взаимодействие с пациенти, контрагенти и посетители.			
5.	Профилирано обучение и защита на рисковите групи: Организиране на специализирани обучения за персонала относно противоепидемичните протоколи, с приоритетно въвеждане на специфични указания за защита, мониторинг и психологическа подкрепа на служителите, попадащи в рискови групи.			
6.	Регулация на трудовите права при непосредствена опасност: Нормативно и административно осигуряване на правото на служителите да преустановят дейност при възникване на непосредствена и сериозна заплаха за живота или здравето им на			

	работното място.			
	III. МЕРКИ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ И СМЕКЧАВАНЕ			
7.	Управление на физическата дистанция и комуникационните канали: Организационно преструктуриране на трудовата среда за осигуряване на задължителната дистанция от 2 метра и замяна на срещите „лице в лице“ с алтернативни дигитални и телекомуникационни канали..			
8.	Технически и логистичен контрол на биосигурността: Регулярна дезинфекция на общите части и оперативните зали, оптимизиране на сградната вентилация за подаване на свеж въздух и непрекъснато логистично снабдяване с лични предпазни средства и хигиенни материали.			
	IV. МЕРКИ ЗА ПОДОЗРИТЕЛНИ И ПОТВЪРДЕНИ СЛУЧАИ НА COVID-19			
9.	Протоколи за изолация и логистика на инфектираните лица: Наличие на оперативна готовност за незабавна изолация на служител с проявена симптоматика на работното място до момента на неговото транспортиране, придружена с алгоритъм за спешна дезинфекция на зоната.			
10.	Епидемиологично проследяване и превантивен филтър: Въвеждане на стриктна забрана за допускане до работа на лица със съмнение за симптоми и задействане на механизми за последващо здравно наблюдение на контактните лица.			

Източник: Prevention and Mitigation of COVID-19 at Work, Action Checklist, International Labour Organization, <https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/instructionalmaterial/wcms_741813.pdf>, last available on: 29.04.2025

Представената информация в Таблица № 2, базирана на методологическите насоки на Международната организация на труда (МОТ), отразява глобалните добри практики за управление на оперативния и фискалния риск в болничния сектор. Този контролен списък може да бъде интегриран в Република България. Адаптирането е не просто възможно, но и нормативно заложено през призмата на ЗФУКПС. В българските условия този списък не трябва да съществува като изолиран документ, а следва да се инкорпорира директно в СФУК на лечебните заведения по следния начин:

Освен периодиката в кризата са изследвани и специфичните за пандемията методи за функциониране на здравеопазването в САЩ. Например особеностите пред, които са изправени медиците чрез въвеждането на „виртуалното здраве“, или още наричат този модел „болница у дома“. Показани са, някои предимства – спестяване на

време, лесен достъп така, осигуряване на по-безопасна среда. Въвежда се и телемедицината, като има различно покритие на здравните услуги. Лечебните заведения претърпяват грандиозна промяна в своята организация и дейност, чрез дигитализацията, което подпомага и работната дейност на служителите в организациите. Изведени са и други проблематични области, като: верига на доставките свързани със забавянето на медикаменти и оборудване, без които няма как да се осъществи активно лечение, киберсигурността свързана с дигитализацията – нужни са допълнителни инвестиции за защита на личните данни на потребителите.

След като вече се представиха голяма част от възникналите предизвикателства по време на изследваните кризи е нужно да се синтезират и възможности за подобряването на лечебните заведения по време на тези ситуации. **В ГЛАВА ТРЕТА. НАЧИНИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВОТО УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛА В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ПРИ КРИЗИ** са синтезирани точно такива механизми за подпомагане на здравния сектор въз основа на добрите чуждестранни практики.

Към точка **3.1 Стандарт ISO 22301:2019 (Security and resilience - Business continuity management systems – Requirements)** се акцентира върху инфраструктурата по отношение на: логистиката, човешките ресурси и приходите. Системното разрешаване на тези проблеми изисква прилагането на *стандартизиран инструмент за управление на риска*. Настоящата точка е посветена на възможностите за трансфер и адаптиране на изискванията на стандарта в лечебните заведения. Фокусът е поставен върху механизъм, който свързва медицинските приоритети с финансовата устойчивост на организацията при извънредни ситуации.

Философията на стандарта в здравеопазването е да подпомага лечебните заведения към „непрекъснатостта на дейността“ (от англ. ез.: business continuity). Идеята не е просто спасяване на търговски марж по време на криза, а е въпрос на спасяване на човешки живот. Същевременно и осигуряване на финансова стабилност от страна на здравния мениджмънт при форсмажорни обстоятелства.

Стандартът е разработен и публикуван от ISO (International Organization for Standardization) – Международната организация по стандартизация, базирана в Женева, Швейцария³⁵. По-конкретно, за него отговаря техническият комитет ISO/TC 292 „Сигурност и устойчивост“ (от англ. ез.: Security and resilience). Настоящото действащо

³⁵ International Organization for Standardization (2019): ISO 22301:2019 Security and resilience - Business continuity management systems - Requirements, Second edition, Geneva, Switzerland

издание е втората ревизия от октомври 2019 г. (ISO 22301:2019)³⁶, която заменя първата от 2012 година.

Стандартът ISO 22301 е утвърден в 106 държави по света, където по официални данни са регистрирани над 4500 сертифицирани субекта³⁷. Анализът на географското разпределение показва, че стандартът се прилага масово в страни с развита инфраструктура и засилен фокус върху сигурността на здравните и социалните системи, като водещи позиции заемат: Обединеното кралство, САЩ, Япония, Италия и Германия. В тази връзка в рамките на ЕС започва хармонизация на стандарта ISO 22301. Той придобива официален и унифициран статут, след като е транспониран от Европейския комитет за стандартизация³⁸ като европейски стандарт (EN ISO 22301³⁹). Този акт наднационално задължава всички държави членки на ЕС да го внедрят без изменения в своите национални каталози за стандартизация и едновременно с това да оттеглят всички действащи местни разпоредби, които му противоречат.

На европейско равнище се наблюдава засилена тенденция за неговото масово практическо прилагане в различни сектори, съставляващи критичната инфраструктура на съюза като: банки, телекомуникациите, енергетиката и в частност здравеопазването, където непрекъснатостта на бизнес процесите е пряко обвързана с осигуряването на непрекъсваемост на медицинската помощ и стабилност на публичните и институционални финансови потоци. Макар и да може да бъде прилаган във всеки един сектор в икономиката, **той не е задължителен**.

Методологическото надграждане на финансовите контроли по COSO в контекста на кризата с COVID-19 налага интегрирането на специфични международни стандарти за управление на извънредни ситуации. На национално равнище Българският институт за стандартизация официално въвежда и адаптира стандарта **БДС EN ISO 22301**⁴⁰, който дефинира изискванията към системите за управление на непрекъснатостта на дейността. Структурният анализ на този нормативен инструмент

³⁶ ISO 22301:2019 Security and resilience Business continuity management systems - Requirements, <<https://www.iso.org/standard/75106.html>>, last available on: 18.05. 2026.

³⁷ International Organization for Standardization (ISO). The ISO Survey of Management System Certifications: Executive Summary for ISO 22301 (Business continuity management systems). Официален доклад на ISO, <<https://www.iso.org/the-iso-survey.html>>, last available on: 18.05.2026

³⁸ Harmonised Standards, <https://single-market-economy.ec.europa.eu/single-market/goods/european-standards/harmonised-standards_en>, last available on: 18.05.2026

³⁹ EN ISO 22301, Security and resilience. Business continuity management systems. Requirements, <<https://www.en-standard.eu/>>, last available on: 18.05.2026

⁴⁰ БДС EN ISO 22301:2020

Сигурност и устойчивост. Системи за управление на непрекъснатостта на дейността. Изисквания (ISO 22301:2019), <<https://bds-bg.org/bg/project/show/bds:proj:105945>>, last available on: 18.05.2026

позволява идентифицирането на ключовите компоненти за оперативна устойчивост на лечебните заведения при форсмажорни обстоятелства. За да се придобие по-добра представа за същността и значението на стандарта е нужно да се прегледа какво по-конкретно включва и изисква.

Стандартът включва 10 глави, които са обстоятелствено представени. Разгледани са различни добри практики за неговото приложение в лечебните заведения. Представени са и други подходящи стандарти за адаптация по време на кризи в лечебния сектор, като: ISO 31000:Risk management ⁴¹, ISO 9001: Quality management systems – Requirements ⁴².

В следващата точка **3.2 Дигитализация на процесите в сектор здравеопазване и лечебните заведения** към тази глава е поставен ясен фокус върху дигитализацията. Тя неминуемо подпомогна здравеопазването при ковид кризата. Затова се превръща във все по-ценен актив за всяко здравно заведение.

Динамиката на съвременните икономически процеси налага цялостно преосмисляне на инвестиционните приоритети в здравния сектор. Докато в миналото дигитализацията се възприема преимуществено като поддържаща дейност, днес тя е основен ресурс за структуриране на икономическите процеси в лечебните заведения. Отвъд стандартната автоматизация на счетоводната информация в ERP системите и ежедневната координация с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) чрез електронни направления и клинични пътеки, дигитализацията се утвърждава като ключова антикризисна мярка. Тя осигурява необходимата гъвкавост и прозрачност, които позволяват на лечебните заведения да запазят своята финансова стабилност дори в условия на непредвидими ситуации. В икономически аспект, тези дигитални дефицити по време на криза рефлектират директно върху контролната среда на лечебните заведения, тъй като липсата на автоматизиран мониторинг затруднява своевременното идентифициране на финансови рискове от страна на СФУК.

Съвременната здравна политика налага реформи насочени към значителен финансов ресурс, като основна стратегическа рамка. В България се въвежда с **Националната здравна стратегия**⁴³. Тя има широк спектър и се доразвива с **Националната стратегия за електронно здравеопазване и дигитализация на**

⁴¹ ISO 31000:2018. Risk management – Guidelines. International Organization for Standardization, Geneva, Switzerland, 2018.

⁴² ISO 9001:2015. Quality management systems – Requirements. International Organization for Standardization, Geneva, Switzerland, 2015.

⁴³ Националната здравна стратегия 2030 е разработена в съответствие с чл. 3, ал. 2 от Закона за здравето за нуждите на държавната здравна политика и е приета от Народното събрание на Република България.

здравната система 2030 г⁴⁴. Цифровият преход в България се разглежда не само като технологична модернизация, но и като стратегически инструмент за постигане на финансова прозрачност и оперативна устойчивост.

Във всяка страна напредъкът е различен. Това зависи изцяло от прилаганата здравна политика на национално равнище. Затова в таблицата по-долу ще се представи индикатор за електронно здравеопазване в рамките на Цифровото десетилетие на страните членки от ЕС.

Таблица № 3. Дигитализация в здравеопазването на страните членки в ЕС

№	Страни членки на ЕС	Композитен (своден) индикатор за електронно здравеопазване в рамките на Цифровото десетилетие
1.	Белгия	100 %
2.	Естония	100 %
3.	Дания	98 %
4.	Литва	95 %
5.	Люксембург	76 %
6.	Португалия	88 %
7.	Финландия	85 %
8.	Малта	94 %
9.	Испания	88 %
10.	България	87 %
11.	Австрия	87 %
12.	Нидерландия	65 %
13.	Франция	84 %
14.	Полша	92 %

⁴⁴ Национална стратегия за електронно здравеопазване и дигитализация на здравната система 2030 г. София, 2021. Достъпна на: <https://www.mh.government.bg> (дата на достъп: 05.05.2026).

15.	Гърция	74 %
16.	Чехия	77 %
17.	Кипър	87 %
18.	Латвия	86 %
19.	Хърватия	87 %
20.	Унгария	86 %
21.	Италия	84 %
22.	Румъния	75 %
23.	Ирландия	25 %
24.	Словения	87 %
25.	Словакия	72 %
26.	Швеция	78 %
27.	Германия	87 %
	Средна стойност за 27-те държави членки на ЕС	83 %

Източник: European Commission, 2025 Digital Decade eHealth Indicator Study – Final Report, 2025, p. 72

Данните от таблицата разкриват интересна информация на дигиталната трансформация в здравеопазването на ЕС. Композитният индикатор, който измерва напредъка към целите на „Цифровото десетилетие“, показва значителна динамика и неочаквани лидерски позиции. Европейското здравеопазване има своите безспорни отличници. Белгия и Естония заемат първите места с максимален резултат от 100%, което означава пълна наличност на онлайн услуги и категории здравни данни за техните граждани. Веднага след тях се нарежда Дания (98%), утвърждавайки северния модел като водещ в иновациите.

В тази връзка България демонстрира изключително стабилно представяне въз основа на вече направените инвестиции в здравеопазването. С резултат от 87%, страната не само се нарежда в горната половина на класацията, но и се представя над средното ниво за ЕС (83%). Също така България дели една и съща позиция (87%) с

ведещи икономики като Германия и Австрия, както и с държави като Хърватия, Словения и Кипър. Това е ясен сигнал, че технологичната база на българското е-здравеопазване е на много високо ниво според европейските органи.

Въпреки направените инвестиции за дигитализация и представените добри показатели е необходимо да познава добре и нормативната уредба, поради честите кибератаки и навлизането на изкуствения интелект (ИИ). Дигитализацията в здравеопазването не е изолиран технологичен процес, а строго регулирана правно-икономическа екосистема. Ако стандарт ISO 22301:2019 предоставя методологическата рамка за управление на непрекъснатостта на процесите при криза, то българското законодателство в България в лицето на освен вече разгледаните ЗЗО, НЗИС, Наредба № 6 и GDPR⁴⁵ се прилага и „Закон за киберсигурност“⁴⁶. Този закон транспонира европейската директива NIS (а в момента се адаптира към промените в Директивата NIS2 Network and Information Security Directive)⁴⁷). Голяма част от големите лечебни заведения (университетски, областни болници) попадат в категорията „оператори на съществени услуги“ и се налага интегрирането на изискванията от нормативния акт.

Законът за киберсигурност⁴⁸ и GDPR определят задължителните нормативни граници, в които дигиталната болнична инфраструктура трябва да функционира. Следователно СФУК в лечебните заведения има за задача да интегрира изискванията за киберустойчивост и законова съвместимост в единна система за вътрешен контрол, гарантираща едновременно сигурността на здравните данни и финансовата стабилност на субекта.

Освен въвеждането на тази регулаторна рамка, която притежава превантивен характер е приоритет за изследването към кого е нужно да се обърне едно лечебно заведение при настъпването на дигитална криза/атака. Когато вътрешните правила не работят и екипът осигуряващ техническата поддръжка на болницата не могат да се справят, контролната среда на СФУК изисква незабавно активиране на протоколите за външна институционална комуникация и сезиране на – Националния CERT

⁴⁵ General Data Protection Regulation (GDPR), Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation)

⁴⁶ Закон за киберсигурност, Обн. ДВ. бр.94 от 13 Ноември 2018г., посл. изм. и доп. ДВ. бр.17 от 13 Февруари 2026г.

⁴⁷ Директива (ЕС) 2022/2555 на Европейския парламент и на Съвета от 14 декември 2022 година относно мерки за високо общо ниво на киберсигурност в целия Съюз, за изменение на Регламент (ЕС) № 910/2014 и Директива (ЕС) 2018/1972 и за отмяна на Директива (ЕС) 2016/1148 (Директива МИС 2)

⁴⁸ Закон за киберсигурност, Обн. ДВ. бр. 94 от 13 Ноември 2018 г., посл. изм. и доп. ДВ. бр. 17 от 13 Февруари 2026 г.

(Българският национален център за действие при инциденти с компютърната сигурност) към Министерството на електронното управление (МЕУ)⁴⁹ – предоставят експертна техническа помощ, координация и алгоритми за изолиране на заплахата, за да се предотврати разпространението ѝ към други държавни мрежи (напр. НЗИС); Главна дирекция борба с организираната престъпност (ГДБОП-МВР) отдел „Киберпрестъпност“⁵⁰ – кибератаката (особено когато е съпроводена с изнудване за откуп – ransomware) е престъпление спрямо Наказателния кодекс⁵¹. Лечебното заведение трябва незабавно да сезира ГДБОП за започване на разследване. Ако болницата е стратегически обект от значение за националната сигурност, се уведомява и Държавна агенция „Национална сигурност“ (ДАНС)⁵² в случаите, когато лечебното заведение е класифицирано като обект от стратегическо значение за националната сигурност или инцидентът застрашава критична инфраструктура.

Спецификата на взаимодействието с правоохранителните органи разкрива определени процедурни предизвикателства. Тъй като компетенциите на ГДБОП са насочени приоритетно към разкриване на организирана престъпна дейност, оперативното установяване на извършителите изисква продължителен период от време, през който лечебното заведение трябва да разчита на собствената си киберустойчивост. От друга страна, намесата на ДАНС е строго детерминирана от стратегическия статут на обекта, което означава, че при инциденти в по-малки лечебни заведения защитата е изцяло функция на ефективността на вътрешните системи за сигурност.

В точка 3.3 Емпирично изследване: извадка и контент-анализ на докладите за дейността на лечебните заведения е обобщена информация за да се придобие представа относно дигитализацията на лечебните заведения в България. За целите на емпиричното изследване е приложен методът на случайната извадка (Simple Random Sampling) без повторение. Генералната съвкупност обхваща всички лечебни заведения в Република България $N = 341$, които са синтезирани от ел. страница на МЗ, а обемът на представителната извадка е фиксиран на $n = 30$ обекта (приблизително 9 % от генералната съвкупност), което осигурява необходимата дълбочина за провеждането на качествен контент-анализ на докладите за дейността им. За да се елиминира субективният фактор и да се гарантира равен шанс за попадане на всяко лечебно

⁴⁹ CERT (Българският национален център за действие при инциденти с компютърната сигурност), <<https://www.govcert.bg/>>, последно влизане на: 25.05.2026

⁵⁰ Борба с киберпрестъпността ГДБОП-МВР, <<https://www.cybercrime.bg/>>, последно влизане на: 25.05.2026

⁵¹ Наказателен кодекс, Обн. ДВ. бр.26 от 2 Април 1968г, посл. изм. и доп. ДВ. бр.32 от 1 Април 2026г.

⁵² Държавна агенция „Национална сигурност“, <<https://www.dans.bg/>>, последно влизане на: 25.05.2026

заведение в извадката, стохастичният подбор е реализиран дигитално чрез алгоритъм в среда на MS Excel (версия Office 365), базиран на динамични масиви. Приложена е следната формула: „TAKE(SORTBY(\$B\$3:\$B\$343;RANDARRAY(341));30)“.

На първия етап, чрез функцията RANDARRAY(341), на всяко лечебно заведение от генералната съвкупност е присвоено уникално, компютърно генерирано случайно число. По този начин няма пристрастия към конкретно лечебно заведение. Също така няма категоризация на болниците на: малки, средни и големи. Всяка една от тях може да попадне в извадката. На втория етап, масивът от данни е подложен на пълно стохастично разбъркване чрез функцията SORTBY, която пренарежда идентификаторите на дружествата във възходящ ред спрямо генерираните случайни числа.

Следващия етап, чрез селективната функция TAKE(...; 30), автоматично са извлечени 30 позиции от произволно структурирания масив. Получената по този начин извадка е създадена чрез преобразуване на формулите на статичните стойности, за да се подсигури константност на обектите в процеса на последващия контент-анализ на докладите за дейността към годишните финансови отчети на лечебните заведения.

Обект на настоящия контент-анализ са Годишните доклади за дейността на лечебните заведения, съставени по силата на чл. 39, ал. 1 от ЗСч. Изборът на този източник на информация е продиктуван от обстоятелството, че по закон докладът съдържа детайлно описание на обща информация и статут на дружеството, основните оперативни рискове, финансови и нефинансови

Докладът за дейността е интегрален управленски документ, който трансформира количествените счетоводни данни в качествена информация за контролната среда. Негово изследване чрез контент-анализ позволява да се оцени дали СФУК, и всички интегрирани в дейността на дружествата стандарти в т.ч. и ISO на болниците функционират адекватно спрямо реално съществуващите външни и вътрешни заплахи.

За тази цел се анализира информацията от докладите за дейността към годишните финансови отчети (ГФО) на 30 лечебни заведения избрани на случаен принцип. По данни от МЗ лечебните заведения към края на 2024 година са 341 на брой, съответно през 2025 година се анализират вече изготвените и публикувани доклади за финансовата 2024, като се анализира дали е обърнато внимание на дигитализацията по някакъв начин.

От обхвата на контент-анализа са известни някои ограничения. Лечебните заведения със статут на бюджетни предприятия (напр. МИ-МБР, ВМА), тъй като

техните финансови отчети са под друга форма, спрямо Закона за публичните финанси и се консолидират в съответните министерства, което ги прави несъпоставими с ГФО на болниците – търговски дружества. Също така се изключват и микро и малки предприятия, които са освободени да подават доклад за дейността.

Таблица № 4. Извадка на случаен принцип от 30 лечебни заведения

№	Име	ЕИК	Информация свързана с дигитализацията
1.	АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК УМБАЛ ТОКУДА СОФИЯ ЕАД	175077093	Не
2.	МБАЛ Света Каридад ЕАД Пловдив	201204876	Не
3.	СБР БАНКЯ АД СОФИЯ	130287411	Не
4.	МБАЛ-Добрич АД	124141302	Не
5.	СБАЛАГ МАЙЧИН ДОМ ЕАД СОФИЯ	000662769	Не
6.	СБПЛР ЕООД	113514110	Не
7.	ДКЦ НЕОКЛИНИК ЕАД	203578986	Не
8.	МБАЛ ВИТА ЕООД СОФИЯ	131259767	Не
9.	МБАЛ Р.Ангелова АД	113513858	Не
10.	УСБАЛЕ АКАД.ИВАН ПЕНЧЕВ ЕАД СОФИЯ	000664332	Не
11.	СБР "Медика - Албена" ЕООД	124618376	Не
12.	КОЦ Велико Търново ЕООД	104524994	Не
13.	МБАЛ- Раковски ЕООД	115532871	Не
14.	ДКЦ XIV СОФИЯ ЕООД	000689549	Не
15.	СБАЛК Велико Търново ЕАД	200111255	Не
16.	СБР-НК ЕАД	130344823	Не
17.	СБАЛОЗ -София област" ЕООД	000770246,	Не
18.	МБАЛ Майчин дом-Варна ЕООД	103801755	Не

19.	ВТОРА САГБАЛ ШЕЙНОВО ЕАД	130485795	Не
20.	МБАЛ Пулс АД	200110954	Не
21.	МБАЛ НКБ ЕАД СОФИЯ	121663601	Не
22.	МБАЛ-Ихтиман-Д-р Станю Янков" ЕООД	000770061	Не, технологичен риск
23.	МБАЛ СЕРДИКАМЕД ЕООД	201242663	Не
24.	СБАЛТОСМ ПРОФ. Д-Р ДИМИТЪР ШОЙЛЕВ ЕАД СОФИЯ	831142169	Не
25.	I САГБАЛ СВ. СОФИЯ ЕАД СОФИЯ	000689182	Не
26.	Специализирана болница за рехабилитация - Бургаски минерални бани ЕАД	102659833	Не
27.	АМЦСМП Очна клиника Света Петка АД	103864321	Не, технологичен риск
28.	СБР - ВАРНА АД	103552026	Не
29.	СПЕЦИАЛИЗИРАНА БОЛНИЦА ЗА ПРОДЪЛЖИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ - РОМАН“ ЕООД	106519070	Не
	МБАЛ-Проф. Д-р Параскев Стоянов"-АД Ловеч	110503990	Не

Източник: Данните са генерирани чрез извадка в „Excel“ от Приложение № 5 и ЕИК на дружествата е извлечен от ел. страница на Търговския регистър⁵³ към Агенцията по вписванията

Проучването установи специфичен институционален парадокс, който очертава устойчива и системна тенденция в сектора. Наблюдава се дълбок дисонанс между високото технологично ниво на българското е-здравеопазване на макрониво (отчетено в Таблица № 4 с индекс от 87%) и реалното му концептуализиране от болничния мениджмънт на микрониво. Макар българските болници да функционират в условията на пълна оперативна, софтуерна и информационна зависимост от външни системи (електронно отчитане към НЗОК, задължителна свързаност с НЗИС, е-рецепти и е-

⁵³ Справка по физическо или юридическо лице, <<https://portal.registryagency.bg/CR/reports/VerificationPersonOrg>>, последно влизане на: 27.05.2026

направления), дигиталният риск и киберсигурността остават напълно липсващи в официалните годишни доклади за дейността.

Изследването на детайлните компоненти на СФУК и на вътрешноконтролната среда (Таблица № 5) показва, че елементът „Информация и комуникация“ (съгласно COSO рамката и ЗФУКПС) масово се интерпретира по дълбоко остарял, чисто административно-процедурен начин. В преобладаващата част от анализирания доклади информационният поток все още се разглежда рестриктивно чрез изрази като „писмени доклади за изпълнение на задачите“ и „надеждни канали за устна и писмена комуникация между служителите“.

Това разминаване не опровергава високия процент на дигитализация от Таблица № 4, а доказва, че тя е наложена по силата на регулаторна принуда от държавата, без да е вътрешно осмислена и интегрирана от ръководствата на лечебните заведения. Този факт е явен индикатор за формален подход към дигитализацията на документооборота, както и за сериозни пропуски в контекста на съвременните ESG стандарти. Здравният мениджмънт възприема е-здравеопазването единствено като техническо задължение за получаване на финансиране от НЗОК, но пропуска да го администрира като обект на вътрешен контрол, управление на рисковете и корпоративна устойчивост.

По-конкретно в изследването от общо избрани 30 доклада за дейността на случаен принцип (от общата популация на извадката 341 на брой), липсва информация, свързана с отчитането на киберриска като съществен за лечебните заведения. Не са забелязани и инвестиции и разходи в ИТ технологии, които да са отразени. Все още се наблюдава инвестиция в материални активи, като – машини, съоръжения, паркове, инфраструктура и др.

В контекста на проведеното изследване, сериозен научен интерес представлява идентифицираната специфична закономерност при формулирането и оценката на т.нар. „технологичен риск“. Наблюдава се използване на стандартизирани матрични шаблони. В тази връзка, като емпирично доказателство могат да бъдат съпоставени текстовите оповестявания на две напълно коренно различни по капацитет, собственост и локация лечебни заведения – общинската МБАЛ „ИХТИМАН-Д-Р СТАНЮ ЯНКОВ“ ЕООД и специализираната частна АМЦСМП-Очна клиника „Света Петка“ АД (гр. Варна).

При МБАЛ „ИХТИМАН-Д-Р СТАНЮ ЯНКОВ“ ЕООД се отчита в доклада за дейността⁵⁴ „Технологичният риск е произведен от необходимите технологии –

⁵⁴ ГОДИШЕН ДОКЛАД ЗА ДЕЙНОСТТА НА МБАЛ- ИХТИМАН-Д-Р СТАНЮ ЯНКОВ ЕООД, за годината, приключваща на 31 декември 2024, с. 8.

съвременна и модерна медицинска апаратура за обслужване на дейността на дружеството и от скоростта, с която се развиват те. На база използваните от дружеството технологии и познаването на технологичните тенденции на развитие на бранша, към момента на изготвяне на настоящия доклад оценяваме технологичния риск като: нисък“⁵⁵. Все още се акцентира върху машините и съоръженията, които са дълготрайни материални активи, а не в нематериалните, като дигитализацията съпътствана от софтуерни системи.

При АМЦСМП-Очна клиника „Света Петка“ АД, технологичният риск е определен в доклада за дейността⁵⁶, като „произведен спрямо необходимите технологии за обслужване на дейността на дружеството и скоростта, с която то се развива“. От научно-теоретична гледна точка, логиката на ХХІ век изисква под термина „технологии за обслужване на дейността“ да се разбира интегралната дигитална екосистема на организацията (софтуер, бази данни, облачна инфраструктура).

Контент-анализът обаче доказва обратното, съставителите на финансовите отчети (счетоводители и ръководството) стесняват понятието „технология“ единствено до нейното физическо, материално-техническо изражение (медицинска апаратура, скенери, лазери). Важно е да се отчете и, че счетоводители, ръководството и финансовите одитори не са ИТ специалисти. Това е явен индикатор за потребност от ИТ одит, киберодит (вж. „Относно киберсигурността в предприятията“⁵⁷, сс. 4-8), който да се извършва от лица с подходящи компетенции в областта на здравеопазването и ИТ. Също така е изключително значима ролята и на правоохранителните органи, които имат ангажимент да разследват подобен тип злоупотреби, но по-важно е да бъдат взети превантивни мерки срещу тези посегателства, за да се минимизират вредите.

В допълнение, тъй като изпълнителните директори установяват, че медицинската им техника е изправна, те автоматично фиксират технологичния риск като „нисък“. Това генерира фалшиво усещане за сигурност и маскира критичните софтуерни и информационни уязвимости. Липсата на специфична терминология (като „информационни системи“, „киберзащита“, „информационна сигурност“) потвърждава, че дигиталните заплахи остават извън обхвата на вътрешния одит в дружествата. Анализите на рисковете са ограничени единствено до консервативната финансови

⁵⁵ Пак там.

⁵⁶ ИНДИВИДУАЛЕН ГОДИШЕН ДОКЛАД ЗА ДЕЙНОСТТА НА АМЦСМП-Очна клиника „Света Петка“ АД, 2024, С. 21

⁵⁷ Банкова, Д. (2020): Относно киберсигурността в предприятията, ел. списание ИДЕС, бр. 01/2020, година XXIV, <<https://www.ides.bg/media/1741/01-2020-diyana-bankova-1.pdf>>, последно влизане на: 27.05.2026.

заплахи: ликвиден, кредитен и пазарен (инфлационен) риск. Налице е сериозно подценяване на причинно-следствената връзка, при която евентуален срив в локалните мрежи или Ransomware (криптовирусна) атака ще задейства незабавно верижна реакция, трансформираща оперативния риск в ликвиден. Това води до блокиране на регулаторния отчетен процес към НЗОК, невъзможност за верифициране на извършената медицинска дейност и внезапно прекъсване на финансовите потоци към лечебното заведение.

Тази формулировка отразява концепция за управление от ерата на хартиения документооборот, макар и да сме с висок индекс на дигитално здравеопазване в сравнение с другите страни членки в ЕС. Вместо СФУК да се трансформира в дигитално средство за превенция на рискове в реално време, информационната система на болниците се третира просто като пасивен канал за движение на преписки и заповеди.

Тази формулировка отразява концепция за управление от ерата на хартиения документооборот, макар страната ни да притежава висок индекс на дигитално здравеопазване в сравнение с останалите страни членки в ЕС. Необходимо е СФУК да се трансформира в дигитално средство за превенция на рискове в реално време и при кризи. Информационната система на болниците масово се третира просто като пасивен канал за движение на преписки и административни заповеди.

В отговор на тази системна уязвимост, в настоящия дисертационен труд се разработва и предлага **концептуален модел на СФУК** насочен към дигитализацията в лечебните заведения. Изграден е върху надграждането на петте класически компонента на международната COSO рамка (интегрирана в ЗФУКПС). Целта на модела е да превърне финансовия контрол от пасивна отчетност в динамична система за своевременно управление на риска.

Таблица № 5. Матрица на модела: Трансформация на COSO компонентите в дигитална среда

Компонент на СФУК (COSO)	Традиционно (хартиено) проявление	Предложен дигитален модел на управление
1. Контролна среда	Етични кодекси на хартия; формално разпределение на задачите.	Дигитална автентификация и проследимост: Въвеждане на нива на достъп (Role-Based Access) и КЕП, където всяко финансово-оперативно решение оставя незаличим цифров отпечатък.

2. Оценка на риска	Периодични (годишни) доклади и статични матрици на риска.	Динамично изчисляване на RPN в реално време: Автоматизирано софтуерно преизчисляване на приоритетното число на риска при всяка промяна в оперативната среда.
3. Контролни дейности	Последващ документален преглед на папки и физически подписи.	Автоматизирани софтуерни филтри (Предварителен контрол): Системата блокира трансакции при липса на съответствие между данни от НЗИС и счетоводния софтуер.
4. Информация и комуникация	Хартиени преписки, устни разпореждания, писмени отчети.	Единна дигитална екосистема: Пълна софтуерна интеграция между ERP системата на болницата, НЗИС и ПИС на НЗОК за автоматичен обмен на данни.
5. Мониторинг	Инцидентни вътрешни одити (на тримесечие или година).	Внедряване на Френския модел за качество (IFA): Постоянен дигитален мониторинг на финансовите потоци и автоматизирано събиране на пациентски оценки чрез НЗИС, обвързани динамично с финансирането от НЗОК/МЗ.

Източник: Авторска разработка

Внедряването на този модел променя философията на вътрешния контрол в три конкретни направления, съобразени със спецификите на българското здравеопазване:

- Връзка между медицинска дейност (НЗИС) и финансов резултат – моделът изисква контролните дейности да се извършват чрез софтуерно кръстосано съпоставяне (cross-matching). Преди финансовият контролор да одобри плащане към доставчик на скъпоструващи медицински консумативи, софтуерът синхронизиран със СФУК автоматично проверява, дали тези консумативи са реално вписани в електронните пациентски досиета в НЗИС. Ако липсва съответствие, трансакцията се блокира автоматично. Това елиминира риска от изкуствено генериране на разходи.
- Превенция на ликвидния риск чрез оперативно следене на отчитането – тъй като болниците зависят изцяло от трансферите от НЗОК, компонентът „Мониторинг“ се фокусира върху скоростта на дигиталното отчитане на електронните клинични пътеки. При засичане на софтуерно грешки в е-рецептите и е-направленията, които имат забавено плащане от Касата, моделът автоматично алармира мениджмънта за потенциален ликвиден дефицит в рамките на следващия 15-дневен период.

- Управленска устойчивост (ESG) чрез киберсигурност – в компонента „Оценка на риска“ киберзащитата се извежда като водещ финансов индикатор. Моделът задължава ръководството да заложи в СФУК правила за ежедневно изолирано архивиране на данни (air-gapped backups) и да поддържа целеви ликвиден буфер при кризи. Това гарантира, че при евентуален срив в мрежата или криптовирусна атака, лечебното заведение ще разполага с финансово обезпечен План за непрекъснатост на дейността (BCP), предпазващ го от фалит.
- Интеграция на френския модел за оценяване качеството на здравните услуги и получаване на финансиране – въз основа на качеството (Value-Based Healthcare) Моделът предвижда трансформация на компонента „Мониторинг“ чрез въвеждане на механизъм за финансово стимулиране, заимстван от френската здравна практика (системата Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité). Тъй като българското е-здравеопазване вече притежава изградена инфраструктура (пациентско досие и мобилно приложение на НЗИС), СФУК може да се използва като дигитален мост за измерване на удовлетвореността. След дехоспитализация, системата автоматично генерира към пациента дигитална анкета за оценка на качеството на предоставената услуга (аналогично с френския инструмент e-Satis). Тези данни се обработват в реално време от софтуера на СФУК. На база на постигнатия среден тримесечен терапевтичен и субективен индекс на качество, моделът автоматично калкулира прогнозен размер на допълнително (бонусно) финансиране от НЗОК и МЗ извън стандартния обем на клиничните пътеки. По този начин, за първи път СФУК се дефинира не просто като инструмент за контрол на разходи, а като дигитален мениджър на качеството, който пряко генерира приходи за болницата въз основа на реалната стойност на лечебния процес за пациента.

IV. СПРАВКА ЗА ОСНОВНИТЕ НАУЧНИ ПРИНОСИ В ДИСЕРТАЦИЯТА

Дисертационното изследване на тема „Проблеми на финансовото управление и контрола в лечебните заведения по време на кризи“ представя чрез интердисциплинарен подход (икономика, здравен мениджмънт, национална сигурност и право) съществените икономически предизвикателства пред, които е изправен

здравния сектор. Изведените приноси и приносни моменти са синтезирани както следва:

1. Мултидисциплинарен анализ на понятието „криза“ в здравния сектор

Извършено е интердисциплинарно изследване на генезиса на понятието „криза“, като е проследена еволюцията му от класическа медико-психологическа категория към специфична управленска и икономическа категория в здравеопазването. Кризата е определена като внезапен, критичен дефицит на финансови, материални и човешки ресурси, застрашаващ оперативната непрекъснатост и финансовата ликвидност на лечебните заведения на микрониво.

2. Концептуално разширяване на рамката на риска в контролната среда на лечебните заведения

Обогатено е научното разбиране за управлението на риска в здравния мениджмънт чрез преодоляване на консервативното разбиране за „технологичен риск“ (ограничавано досега единствено до изправността на медицинската апаратура). Трудът внася принос, като успешно трансформира концепцията за дигитализация от техническа специфика в икономическа категория за управление на финансовия риск чрез модела COSO и подходящи реформи в ЗФУКПС. Научно е обоснована необходимостта от дефинирането на нов, самостоятелен компонент в икономическата теория за здравен контрол – „информационно-дигитален риск“, като критичен фактор за непрекъснатостта на бизнес процесите при кризисни ситуации.

3. Интегриран методологичен модел за управление на дигиталния риск и количествена оценка на загубите

Разработена е комплексна методология за адаптация на класическата COSO рамка към специфичните потребности на електронното здравеопазване, съчетана с изискванията на международния стандарт ISO 22301:2019. Чрез внедряването на трифакторен математически модел за количествено измерване на рисковете Risk Priority Number ($RPN = S \times O \times D$) и анализиране на показателите за непрекъснатост на бизнеса (MTPD, RTO, RPO). На здравния мениджмънт се предоставя автоматизиран алгоритъм за остойностяване на финансовите загуби при настъпване-то криза.

4. Емпирично доказване на дигиталната значимост за лечебните заведения в България

Чрез прилагане на стохастичен алгоритъм (Simple Random Sampling) в среда на MS Excel върху генералната съвкупност от 341 болници е формирана представителна извадка от 30 обекта. Чрез контент-анализ на докладите за дейността емпирично е доказан системният характер на дигиталната липса“ (не е налична информация за

киберриска в официалните документи). Като приложно решение за преодоляване на кадровия дефицит е предложен модел за технологично надграждане на СФУК чрез системи за управление на големи данни (Data Warehouse) и нормативно въвеждане на задължителни интердисциплинарни одитни екипи (финансисти и ИТ одитори).

V. СПИСЪК НА АВТОРСКИТЕ ПУБЛИКАЦИИ

1. Йолов, В. (2024): Икономически предизвикателства пред сектор здравеопазване по време на кризата с Covid-19, ел. сп. „Пари и култура“, 3/2024, ISSN 2683-0965, сс. 37-54

Линк: https://drive.google.com/file/d/10u_SDcKQHO9MfXQ58TTFV667glWJiiR_/view

2. Йолов, В. (2025): Противодействие на измамите в здравеопазването, бюлетин факултет "Полиция" бр.18, АМБР, София, ISSN 2683-0957 (online) и ISSN 1312-6679 (print), сс. 55-63

Линк:

<https://www.mvr.bg/buletinfp/%D0%B1%D1%8E%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BD-%D1%84%D0%B0%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%82%D0%B5%D1%82-%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%86%D0%B8%D1%8F/%D0%B1%D1%8E%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BD/%D0%B0%D1%80%D1%85%D0%B8%D0%B2/87045>

3. Йолов, В. (2025): Дигитални инвестиции за икономическа устойчивост на лечебните заведения при кризи, Научна конференция „Съвременни предизвикателства в икономиката, сигурността и социалната сфера решения и перспективи“ 10 декември 2025, В. Търново, Издателство „Институт за знание, наука и иновации“ ISBN 978-619-7668-30-8, сс. 216-232