

APSTIPRINĀTS
ar SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”
padomes 2022. gada 3.februāra lēmumu (sēdes protokols Nr. 2022-P01-3)

**SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”
Risku pārvaldības politika**

SATURS

SATURS	2
Lietotie termini	3
I. Vispārējie noteikumi	4
II. Risku iedalījums, pārvaldības pamatprincipi un uzdevumi, risku apetīte	4
III. Politikas īstenošana un tās uzraudzība	5
IV. Risku vadības process.....	5
V. Risku pārvaldības dokumenti	6
VI. Noslēguma jautājumi.....	6

Lietotie termini

Risku pārvaldības politikā lietotie termini (alfabētiskā secībā):

1. Padome – Slimnīcas padome;
2. Politika – Slimnīcas Risku pārvaldības politika;
3. procesa vadītājs – vienas struktūrvienības apmēru pārsniedzošu procesu koordinējošs darbinieks;
4. riska apetīte – risku apjoms un risku veids, kādu Slimnīca ir gatava uzņemt, lai sasniegtu stratēģijā noteiktos mērķus;
5. riska vadītājs – Slimnīcas darbinieks vai darbinieki, kas veic risku vadības pienākumus Slimnīcā savas kompetences ietvaros (tai skaitā procesa vadītājs, struktūrvienības vadītājs vai viņa noteikts atbildīgais darbinieks);
6. risks – iespējams notikums, kas var negatīvi ietekmēt Slimnīcas spēju nodrošināt pakalpojumu sniegšanu vai sasniegt noteiktos mērķus un efektīvi īstenot Stratēģiju;
7. risku pārvaldība – darbību kopums, kas vērsts uz iespējamu riska iestāšanās varbūtības un/vai negatīvās ietekmes novēršanu vai samazināšanu līdz pieņemamajai riska vērtībai;
8. risku pārvaldības sistēma – saskaņotu darbību un metožu kopums, ko izmanto ar Slimnīcas darbību saistīto risku pārvaldīšanai;
9. risku reģistrs – elektronisks rīks, kurā tiek iekļauti riska vadītāju identificētie un novērtētie riski;
10. Risku vadības komiteja – no vadības līmeņa ekspertiem sastāvoša institūcija, kas uzrauga risku pārvaldību Slimnīcā;
11. Risku vadības speciālists – par risku pārvaldības koordinēšanu Slimnīcā atbildīgais Kvalitātes vadības daļas darbinieks;
12. Slimnīca – SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, kura ir publiskas personas kapitālsabiedrība, kuras 100% valsts kapitālu daļu turētājs ir Latvijas Republikas Veselības ministrija;
13. Stratēģija – Slimnīcas vidēja termiņa darbības stratēģija;
14. Valde – Slimnīcas valde.

I. Vispārējie noteikumi

1. Politikas mērķis ir noteikt vienotus Slimnīcas risku pārvaldības pamatprincipus un atbildību sadalījumu, lai savlaicīgi identificētu un sekmīgi pārvaldītu būtiskākos Slimnīcas darbību ietekmējošos faktoros, nodrošinot Slimnīcas izvirzīto mērķu sasniegšanu un kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, veiksmīgu attīstību un novēršot vai pēc iespējas samazinot potenciālos zaudējumus un/vai reputācijas kaitējumu.
2. Politika nosaka vispārējos risku pārvaldības pamatelementus un principus Slimnīcā, to mijiedarbību un integrāciju Slimnīcas procesos.
3. Politikā noteiktie principi atbilst starptautiskajai risku pārvaldības labajai praksei un Latvijas Republikā spēkā esošajiem tiesību aktiem.
4. Precīzu procesu norisi, kā arī pienākumu un atbildību sadalījumu, uzraudzības un kontroles veikšanu nosaka Slimnīcas Risku pārvaldības metodika un citi Slimnīcas darbībai saistošie iekšējie un ārējie tiesību akti.
5. Politika ir saistoša visiem Slimnīcas darbiniekiem.

II. Risku iedalījums, pārvaldības pamatprincipi un uzdevumi, risku apetīte

6. Īstenojot risku pārvaldību, Slimnīca noteikusi šādu risku iedalījumu:
 - 6.1. ārstniecības un aprūpes riski;
 - 6.2. stratēģiskie riski;
 - 6.3. pārējo procesu riski;
 - 6.4. finanšu riski;
 - 6.5. projektu un pārmaiņu vadības riski;
 - 6.6. korupcijas un krāpšanas riski;
 - 6.7. informācijas drošības riski;
 - 6.8. darba vides riski.
7. Slimnīcas risku pārvaldības principi:
 - 7.1. risku pārvaldība ir neatņemama Slimnīcas ikdienas vadības procesu, darbības aktivitāšu, funkciju un citu procesu sastāvdaļa;
 - 7.2. risku pārvaldības lēmumu pamats ir preventīva risku apzināšanās;
 - 7.3. risku pārvaldība ir integrēta gan Slimnīcas Stratēģijas izstrādes un ieviešanas procesos, gan Slimnīcas ikdienas darbībā;
 - 7.4. risku pārvaldības sistēma un process ir saskaņoti ar Slimnīcas vajadzībām un risku specifiku;
 - 7.5. Slimnīcā notiek regulāra darbinieku izglītošana un informācijas sniegšana, un izskaidrošana, veicinot vienotu izpratni par riskiem un to pārvaldīšanu;
 - 7.6. risku pārvaldības sistēma tiek pastāvīgi pilnveidota saskaņā ar labākās prakses principiem un pieredzi;
 - 7.7. Slimnīca ir neiecietīga attiecībā uz krāpšanu un korupciju.
8. Ar risku pārvaldību tiek īstenoti šādi uzdevumi:
 - 8.1. identificēti un novērtēti Slimnīcas darbības riski;
 - 8.2. radīta visu līmeņu darbinieku izpratne par riskiem;
 - 8.3. veicināta proaktīva rīcība un reaģēšana uz riska faktoriem;
 - 8.4. nodrošināta sistēmiska risku administrēšana un mērķtiecīga risku ietekmes mazināšana uz Slimnīcas stratēģisko mērķu sasniegšanu.
9. Risku apetīte:
 - 9.1. Risku apetīte ir risku apjoms, ko Slimnīca ir gatava pieņemt tās noteikto mērķu sasniegšanai, ievērojot, ka ne visus riskus ir iespējams mazināt vai to mazināšana nebūtu efektīva un ekonomiska.
 - 9.2. Slimnīcai nav pieņemami riski, kuri var būtiski negatīvi ietekmēt tās spēju nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību vai sasniegt noteiktos mērķus, un

notikumi, kuri Slimnīcai var radīt būtiskus finansiālus zaudējumus vai būtisku reputācijas kaitējumu, vai var atstāt negatīvu ietekmi uz fizisko personu veselību un/vai dzīvību.

9.3. Neatkarīgi no konkrētu risku vērtējumiem un veiktajiem kontroles pasākumiem lēmumu pieņemšanā Slimnīcā par prioritāru un nepieņemamu risku uzskatāms apdraudējums cilvēka dzīvībai.

9.4. Katram Slimnīcā identificētajam riskam nosaka vērtību, ņemot vērā riska varbūtības (skalā no 1 līdz 5 punktiem) un ietekmes (skalā no 1 līdz 5 punktiem) skaitliskās vērtības. Riska novērtējumu iegūst kā abu vērtību reizinājumu – skalā no 1 līdz 25 punktiem.

9.5. Vadoties no risku novērtējuma, tiek noteikta katra riska pakāpe:

9.5.1. Novērtējums 1-4 punkti – pieņemams risks;

9.5.2. Novērtējums 5-10 punkti – mērens risks;

9.5.3. Novērtējums 12-16 punkti – augsts risks;

9.5.4. Novērtējums 20-25 punkti – ļoti augsts risks;

9.6. Atkarībā no riska pakāpes riska vadītāji veic atbilstošus risku vadības pasākumus:

9.6.1. Ļoti augsta riska situācijā darbības jāīsteno nekavējoties, pārtraucot risku izraisošo aktivitāti vai, ja tas nav iespējams, pēc iespējas samazinot risku; par rīcībām nekavējoties pieņemams Valdes lēmums un informējama Padome;

9.6.2. Augsta riska situācijā jāizvērtē iespēja pārtraukt risku izraisošo aktivitāti un steidzami jāīsteno risku mazinošie pasākumi; par riska vadības pasākumiem tiek informēta Valde;

9.6.3. Mērens risks jāvada, nosakot risku mazinošus pasākumus Risku vadības speciālista vadībā;

9.6.4. Pieņemams risks uzraugāms ikdienas darbību ietvarā.

III. Politikas īstenošana un tās uzraudzība

10. Risku pārvaldība tiek īstenota visos vadības līmeņos.

10.1. Padome apstiprina Slimnīcas risku pārvaldības politiku un uzrauga risku pārvaldības sistēmas darbību.

10.2. Valde izveido visaptverošu Slimnīcas risku pārvaldības sistēmu un nodrošina tās darbību.

10.3. Slimnīcas Risku vadības komiteja uzrauga risku vadības procesu, sniedzot vērtējumu par risku pārvaldības sistēmas darbību.

10.4. Risku vadības speciālists nodrošina risku pārvaldības sistēmas darbību.

10.5. Struktūrvienību/procesu vadītāji pārvalda to kompetencē esošos riskus.

10.6. Slimnīcas darbinieki vada riskus to tiešo pienākumu ietvaros.

10.7. Iekšējais audits veic neatkarīgu risku vadības procesa novērtējumu.

11. Risku pārvaldība Slimnīcā notiek saskaņā ar Korporatīvās pārvaldības politikā definēto iekšējās kontroles sistēmas trīs aizsardzības līniju principu.

12. Risku vadības komiteju veido šādu sešu jomu pārstāvji: ārstniecība, aprūpe, stratēģiskā attīstība, administratīvā un personālvadība, finanšu vadība, infrastruktūra. Risku vadības komitejas personālsastāvu nosaka Valde Slimnīcā noteiktā kārtībā.

13. Visos risku pārvaldības līmeņos noteiktos termiņos un apjomā tiek īstenotas uzraudzības darbības un uzraudzības ietvaros veikti nepieciešamie grozījumi risku pārvaldības sistēmā un attiecīgajos dokumentos.

IV. Risku vadības process

14. Slimnīcas risku vadības process ietver šādus elementus:

14.1. risku identificēšana;

14.2. risku analīze un novērtēšana;

14.3. risku mazinošo pasākumu noteikšana un īstenošana;

14.4. risku vadības uzraudzība un risku pārskatīšana;

14.5. ziņošana un informēšana.

15. Jomās, kurās risku vadības procesi Slimnīcā ir nodrošināti atbilstoši ārējos normatīvajos aktos noteiktajam regulējumam, Politika un uz tās pamata izdotie dokumenti Slimnīcai ir saistoši tiktāl, cik nav tiem pretrunā.

16. Par risku vadību iepriekšējā punktā norādītajās jomās ir atbildīgi par jomu atbildīgie darbinieki atbilstoši attiecīgajos ārējos normatīvajos aktos noteiktajam, taču uz tiem pilnā mērā attiecas šajā Politikā un uz tās pamata izdotajos dokumentos noteiktā kārtība par attiecīgu risku vai risku kategoriju iekļaušanu Risku reģistrā un ziņošanu.

17. Risku vadītājiem ir pienākums savlaicīgi sniegt nepieciešamo informāciju Slimnīcas Risku vadības speciālistam regulāro ziņojumu sagatavošanai Valdei un Padomei.

18. Kopsavilkums par Slimnīcā identificētajiem riskiem un to līmeni tiek izskatīts Padomē ne retāk kā vienu reizi gadā.

V. Risku pārvaldības dokumenti

19. Risku pārvaldības reglamentēšanai Slimnīcā tiek izstrādāti vismaz šādi dokumenti:

19.1. Risku pārvaldības politika;

19.2. Risku pārvaldības metodika;

19.3. Risku reģistrs;

19.4. Risku pārvaldības plāns;

19.5. Iekšējā audita stratēģiskais plāns.

VI. Noslēguma jautājumi

20. Politika stājas spēkā nākamajā darba dienā pēc tam, kad to apstiprinājusi Padome.

21. Politika tiek publicēta Slimnīcas mājaslapā www.aslimnica.lv.

22. Slimnīcas esošie darbinieki tiek iepazīstināti ar Politiku, tā tiek paziņota un ieviesta Slimnīcas darbībā ne vēlāk kā viena mēneša laikā no tās apstiprināšanas.

23. Slimnīcas darbinieki, kuri tiek pieņemti darbā pēc Politikas spēkā stāšanās dienas, tiek iepazīstināti ar Politiku pēc darba līguma noslēgšanas.

24. Politika tiek pārskatīta un aktualizēta (ja nepieciešams) reizi gadā.