APSTIPRINĀTS
ar SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca"
padomes 2024. gada 13. novembra sēdes Nr. 2024-P01-22 lēmumu
(sēdes protokols Nr. 2024 -P1-03-22)

SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" Korporatīvās pārvaldības politika

(jaunā redakcijā)

SATURS

I. Lietotie termini 3
II. Vispārējie noteikumi 4
III. Iekšējā kultūra un ētiska uzvedība 4
IV. Slimnīcas attīstības plānošana 4
V. Slimnīcas pārvaldības organizācija un struktūra 5
VI. Korporatīvās pārvaldības dokumenti 6
VII. Valdes locekļu un Padomes locekļu nominēšana un iecelšana 7
VIII. Personāla un atalgojuma politika 7
IX. Iekšējās kontroles sistēma un risku pārvaldība 8
X. Audits 9
XI. Interešu konflikta un korupcijas riska novēršana 9
XII. Informācijas atklāšana un darbības caurskatāmība 10
XIII. Sadarbība ar ieinteresētajām pusēm 10
XIV. Noslēguma noteikumi 11

I. Lietotie termini

1. Korporatīvās pārvaldības politikā lietotie termini un saīsinājumi (alfabētiskā secībā):

1.1. ārstniecība – profesionāla un individuāla slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana, medicīniskā rehabilitācija un pacientu aprūpe;

1.2. Ētikas kodekss – apstiprinātais Slimnīcas Ētikas kodekss (aktuālajā redakcijā);

1.3. Ieinteresētās puses – personas, kuras ir ieinteresētas Slimnīcas darbībā un darbības rezultātos, piemēram, Slimnīcas darbinieki, arodorganizācijas, pacienti, pārvaldes iestādes, izglītības iestādes, sadarbības partneri, nevalstiskās organizācijas (biedrības un nodibinājumi) un citas personas, kuras skar vai ietekmē Slimnīcas darbība;

1.4. Iekšējie normatīvie akti – Slimnīcas normatīvie akti, kuri izdoti ar mērķi noteikt vienotu Slimnīcas un tās struktūrvienību statusu, darbības kārtību, darbības procesus, kompetenci, pienākumus, tiesības un atbildību vai izskaidrot kāda ārējā normatīvā akta piemērošanas kārtību attiecīgajā darbības jomā;

1.5. Ierobežotas pieejamības informācijas saraksts – Valdes apstiprinātais Slimnīcas ierobežotas pieejamības saraksts (aktuālajā redakcijā), kas izstrādāts atbilstoši Informācijas atklātības likuma 5. pantam;

1.6. Iekšējās kontroles sistēma (arī IKS) –risku vadības, kontroles un pārvaldības pasākumu kopums, kura uzdevums ir nodrošināt Slimnīcas mērķu sasniegšanu, efektīvu darbību, pārskatu ticamību un darbības atbilstību normatīvajiem aktiem.

1.7. Kapitāla daļu turētājs (arī Dalībnieks) – Latvijas Republikas Veselības ministrija, kura saskaņā ar Ministru kabineta 2004. gada 13. aprīļa noteikumu Nr. 286 "Veselības ministrijas nolikums" 25.26. apakšpunktu ir Slimnīcas valsts kapitāla daļu turētājs un ir ierakstīta Slimnīcas dalībnieku reģistrā kā vienīgais dalībnieks;

1.8. Kapitālsabiedrību pārvaldības likums – Publiskas personas kapitāla daļu un kapitālsabiedrību pārvaldības likums (aktuālajā redakcijā);

1.9. Koordinācijas institūcija – Valsts kanceleja, kas atbilstoši Ministru kabineta 2023. gada 4. jūlija noteikumu Nr. 358 "Valsts kancelejas nolikums" 3.5. punktam pilda Kapitālsabiedrību pārvaldības likumā un citos normatīvajos aktos noteiktos koordinācijas institūcijas uzdevumus;

1.10. Korporatīvās pārvaldības kodekss – Latvijas Korporatīvās pārvaldības kodekss "Labas korporatīvās pārvaldības ieteikumi uzņēmumiem Latvijā", kas atbilstoši Ministru kabineta 2022. gada 15. marta noteikumiem Nr. 175 "Noteikumi par publiskas personas kapitālsabiedrībā un publiski privātā kapitālsabiedrībā piemērojamajiem korporatīvās pārvaldības ieteikumiem" tiek piemērots Slimnīcā;

1.11. Padome – Slimnīcas padome;

1.12. Politika – šī Slimnīcas Korporatīvās pārvaldības politika (jaunā redakcijā);

1.13. Slimnīca – SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", kura ir valsts kapitālsabiedrība, kuras 100% valsts kapitālu daļu turētājs ir Latvijas Republikas Veselības ministrija. Slimnīca ir V līmeņa ārstniecības iestāde atbilstoši Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumiem Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība";

1.14. Statūti – apstiprinātie Slimnīcas statūti (aktuālajā redakcijā);

1.15. Stratēģija – apstiprinātā Slimnīcas vidēja termiņa darbības stratēģija (aktuālajā redakcijā);

1.16. Struktūrvienība –Slimnīcas organizatoriskā sastāvdaļa noteiktu darbības funkciju un uzdevumu izpildei, kura darbojas saskaņā ar nolikumu un kurai ir savs vadītājs;

1.17. Valde – Slimnīcas valde;

1.18. Valdes tiešā pakļautībā esošie darbinieki – direktori, Slimnīcas struktūrvienību vadītāji un citi vadītāji vai darbinieki, kuri saskaņā ar Slimnīcas organizatorisko shēmu un amata aprakstu atrodas Valdes tiešā pakļautībā.

1.19. Vispārējais stratēģiskais mērķis – Ministru kabineta 2023. gada 3. oktobra rīkojuma Nr. 642 “Par valsts līdzdalības saglabāšanu sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un vispārējo stratēģisko mērķi” 2.punktā noteiktais mērķis.

II. Vispārējie noteikumi

2. Politikas mērķis ir noteikt vienotus korporatīvās pārvaldības pamatprincipus labas korporatīvās pārvaldības integrācijai visās Slimnīcas darbības jomās, veicinot Slimnīcas vērtību nostiprināšanu, Slimnīcas darbības ilgtermiņa un īstermiņa mērķu sasniegšanu, kā arī caurskatāmu un efektīvu pārvaldību.

3. Politika izstrādāta, ievērojot Kapitālsabiedrību pārvaldības likumu, Korporatīvās pārvaldības kodeksu, kā arī citus piemērojamos normatīvos aktus.

4. Politika ir saistoša visiem Slimnīcas darbiniekiem, Valdei, Padomei, kā arī tā attiecas uz sadarbību ar Kapitāla daļu turētāju, Slimnīcas pacientiem un citām ieinteresētajām pusēm.

5. Politikā noteikti vispārīgie Slimnīcas korporatīvās pārvaldības principi. Detalizēts attiecīgās jomas principu izklāsts iekļauts Slimnīcas atsevišķajās politikās, uz kurām sniegta atsauce Politikā vai kuras tiek izstrādātas un apstiprinātas saskaņā ar piemērojamiem normatīvajiem aktiem vai Slimnīcas pārvaldības institūciju (Valde, Padome, Kapitāla daļu turētājs) lēmumiem.

III. Iekšējā kultūra un ētiska uzvedība

6. Slimnīca visās tās darbības jomās un organizatoriskās struktūras līmeņos īsteno labas korporatīvās pārvaldības principus, priekšplānā izvirzot ētikas normu ievērošanu, godīgumu, caurskatāmību, vienlīdzīgu attieksmi, kā arī citus Korporatīvās pārvaldības kodeksā definētos principus.

7. Slimnīcas pamatvērtības ir noteiktas tās Stratēģijā, kas ir viens no galvenajiem dokumentiem, kas nosaka Slimnīcas ilgtspējīgu attīstību. Ikdienas kontroli pār Slimnīcas iekšējās kultūras attīstību un atbilstību Slimnīcas pamatvērtībām nodrošina gan Valde, gan katrs Slimnīcas darbinieks, neatkarīgi no pakļautības līmeņa.

8. Slimnīca, tās darbinieki un pārvaldības institūcijas savā darbībā un savstarpējās attiecībās ievēro ētiskas rīcības normas, kuras noteiktas Slimnīcas Ētikas kodeksā, bet situācijās, kas nav atrunātas Ētikas kodeksā, rīkojas saskaņā ar Slimnīcas iekšējiem normatīvajiem aktiem un vispārpieņemtajiem uzvedības un morāles principiem.

9. Neatkarība un neitralitāte, atklātība un caurskatāmība, objektivitāte, godprātība, lojalitāte, konfidencialitāte un profesionāla rīcība – uz šiem darbinieku ētikas pamatprincipiem balstās Slimnīcas profesionālās ētikas politika, lai veicinātu darbinieku likumīgu un godprātīgu darbu.

10. Ētikas kodeksa ievērošanu un pārkāpumu izskatīšanu nodrošina Ētikas komiteja.

IV. Slimnīcas attīstības plānošana

11. Slimnīcas darbības stratēģiskos virzienus nosaka Vispārējais stratēģiskais mērķis, un tie ir šādi – augsta līmeņa veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana (ārstniecība), zinātniskā un pētnieciskā darbība (zinātne), kā arī esošā un topošā ārstniecības personāla un sabiedrības izglītošana (izglītība).

12. Slimnīcai ir izstrādāta un apstiprināta vidēja termiņa darbības stratēģija (Stratēģija).

13. Slimnīcas Stratēģiju izstrādā Valde, iesaistot Padomi, ņemot vērā Slimnīcas Vispārējo stratēģisko mērķi.

14. Stratēģijas projekta izstrādē tiek iesaistīti Slimnīcas darbinieki no dažādām Slimnīcas struktūrvienībām – gan pamatdarbības, gan atbalsta struktūrvienībām, tādējādi nodrošinot vienotu un koordinētu Slimnīcas attīstību.

15. Slimnīcas Stratēģiju un tās grozījumus apstiprina Padome, iepriekš saņemot Kapitālsabiedrību pārvaldības likumā noteiktos atzinumus.

16. Slimnīcas darbība notiek saskaņā ar Stratēģijā noteiktajiem un izvirzītajiem mērķiem un rīcības virzieniem. Par mērķu īstenošanu ir atbildīga Valde, Valdes tiešā pakļautībā esošie darbinieki un Slimnīcas struktūrvienību vadītāji.

17. Padome un Valde regulāri uzrauga apstiprinātās Stratēģijas realizēšanu un kontrolē tajā noteikto mērķu izpildi. Noviržu gadījumā tiek veiktas korektīvās darbības, lai nodrošinātu Stratēģijā noteikto mērķu sasniegšanu.

18. Gadījumā, ja pastāv objektīvi apstākļi, kuri ietekmē Stratēģijas īstenošanu un nepieciešams Stratēģiju aktualizēt, Valde atbilstoši nepieciešamībai, izmaiņām Slimnīcas darbībā vai veselības aprūpes jomā sadarbībā ar Padomi izstrādā Stratēģijas grozījumus un virza apstiprināšanai.

V. Slimnīcas pārvaldības organizācija un struktūra

19. Slimnīcas pārvaldi īsteno Kapitāla daļu turētājs (dalībnieku sapulce), Padome un Valde.

20. Padomes locekļu un Valdes locekļu atlase un ievēlēšana notiek saskaņā ar Kapitālsabiedrību pārvaldības likumu un citiem piemērojamiem, spēkā esošiem normatīvajiem aktiem.

21. Kapitāla daļu turētājs pieņem lēmumus tādos jautājumos, kas noteikti normatīvajos aktos vai kuru izlemšanai saskaņā ar Statūtiem nepieciešama dalībnieku sapulces iepriekšēja piekrišana. Dalībnieku sapulces kompetencē esošus lēmumus pieņem Kapitāla daļu turētāja pārstāvis.

22. Dalībnieku sapulces lēmumi tiek pieņemti kārtējā vai ārkārtas dalībnieku sapulcē. Dalībnieku sapulces tiek protokolētas, un sapulču protokoli tiek nosūtīti Valdei izpildei.

23. Dalībnieku sapulces lēmumu izpildi nodrošina Valde un uzrauga Padome.

24. Padome ir pārraudzības institūcija, kas pārstāv Slimnīcas intereses dalībnieku sapulču starplaikā un normatīvajos aktos noteiktajos ietvaros pārrauga Valdes darbību.

25. Padome pieņem lēmumus tādos jautājumos, kas noteikti normatīvajos aktos vai kuru izlemšanai saskaņā ar Statūtiem nepieciešama Padomes iepriekšēja piekrišana.

26. Padomes kompetence, funkcijas un atbildība noteikti Kapitālsabiedrību pārvaldības likumā un citos saistošos normatīvajos aktos, un Padome tos īsteno atbilstoši normatīvajiem aktiem, Statūtiem, Padomes reglamentam un pilnvarojuma līgumiem, kas noslēgti starp Padomes locekli un Kapitāla daļu turētāju.

27. Padomes lēmumi tiek pieņemti kārtējā vai ārkārtas padomes sēdē. Padomes lēmumi tiek dokumentēti un padomes sēdes tiek protokolētas, Padomes lēmumu izpildi nodrošina Valde.

28. Valde ir Slimnīcas izpildinstitūcija, kas nodrošina vispārējo vadību un pārstāv Slimnīcu.

29. Valde pieņem lēmumus visos Slimnīcas darbības jautājumos, izņemot jautājumus, kuros lēmumus saskaņā ar normatīviem aktiem vai Statūtiem pieņem attiecīgi Kapitāla daļu turētājs vai Padome.

30. Valdes lēmumi tiek pieņemti Valdes sēdēs, tie tiek dokumentēti, un Valdes sēdes tiek protokolētas.

31. Valdes kompetence, funkcijas un atbildība noteikti Kapitālsabiedrību pārvaldības likumā un citos saistošos normatīvajos aktos, un valde tos īsteno atbilstoši normatīvajiem aktiem, Statūtiem, Valdes reglamentam un pilnvarojuma līgumiem, kas noslēgti starp Valdes locekli un Padomi.

32. Slimnīcas organizatoriskā struktūra ir veidota vairākos līmeņos atbilstoši tās darbības funkcionālajam sadalījumam ar mērķi nodrošināt veicamo funkciju un uzdevumu efektīvu pārvaldību un izpildi un kvalitatīvu pakalpojumu sniegšanu pacientiem neatkarīgi no struktūrvienības darbības specifikas un atrašanās vietas.

33. Slimnīcas vairāklīmeņu struktūru un to pārvaldību veido:

33.1. slimnīcas pārvaldības institūcijas (Kapitāla daļu turētājs, Padome, Valde), kur Slimnīcas vispārējo vadību nodrošina Valde;

33.2. valdes tiešā pakļautībā esošie darbinieki un struktūrvienības, kuru operatīvo vadību nodrošina struktūrvienības vadītāji. Par vienota ārstniecības procesa realizāciju Slimnīcā, kā arī ārstniecības procesu vadīšanu un kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu atbildīgs ir ārstniecības direktors sadarbībā ar aprūpes direktoru un ambulatoro pakalpojumu vadības direktoru;

33.3. stacionāri, kur Slimnīcas pamatfunkciju operatīvo vadību un ārstniecības procesu koordinēšanu veic stacionāra galvenais ārsts un galvenā māsa;

33.4. ārstniecībā – klīnika vai centrs, kuru vada klīnikas vadītājs vai centra vadītājs, aprūpē – klīnikas vai centra virsmāsa;

33.5. ārstniecības atbalsta dienests vai nodaļa, kuru vada dienesta vadītājs vai nodaļas vadītājs;

33.6. darbības atbalsta dienests vai daļa, kuru vada dienesta vadītājs vai daļas vadītājs.

34. Slimnīcas struktūrvienību veicamās funkcijas tiek regulāri pārskatītas, lai nodrošinātu tādu pārvaldību, kura ir maksimāli vērsta uz sadarbību un efektivitāti.

35. Slimnīcas pamatdarbības efektivitātes veicināšanai tiek veidotas pastāvīgi darbojošās komitejas (piemēram, Risku vadības komiteja, Ētikas komiteja) un speciālas komisijas (piemēram, Iepirkumu komisija), kurām noteikts darbības mērķis, uzdevumi, tiesības, pienākumi un atbildība

36. Slimnīcā ir izveidotas konsultatīvas padomes, kuras apvieno attiecīgo jomu speciālistus ar mērķi nodrošināt visaptverošu skatījumu uz Slimnīcā aktuālajiem problēmjautājumiem (piemēram, Ārstniecības padome, Aprūpes padome, Latvijas vēža centra padome, Rezidentu padome, Zinātniskā padome).

37. Slimnīcā ir izveidota Operatīvās vadības grupa, kuras izveide, sastāvs, atbildība un uzdevumi ir noteikti apstiprinātā Slimnīcas Katastrofu medicīnas plānā un tā pielikumos. Operatīvā vadības grupa darbojas ārkārtas medicīniskā vai ārkārtas sabiedrības veselības situācijā vai tās draudu gadījumā atbilstoši Slimnīcas Katastrofu medicīnas plānā noteiktajam, savukārt ikdienas apstākļos tā darbojas jebkuru steidzamu un operatīvu jautājumu koleģiālai izlemšanai.

VI. Korporatīvās pārvaldības dokumenti

38. Slimnīcas korporatīvā pārvaldība tiek īstenota saskaņā ar Korporatīvās pārvaldības kodeksu un citiem ārējiem normatīvajiem aktiem, Stratēģiju, Slimnīcas plānošanas, pārvaldības un darbības īstenošanas dokumentiem un iekšējiem normatīvajiem aktiem.

39. Slimnīcā saskaņā ar spēkā esošiem ārējiem normatīvajiem aktiem tiek izstrādāti un apstiprināti iekšējie normatīvie akti. To izstrādi un apstiprināšanu regulē atsevišķas Slimnīcā apstiprinātas kārtības, kā arī tādi iekšējie normatīvie akti, kam ir augstāks juridiskais spēks.

40. Slimnīcā ir noteikta šāda iekšējo normatīvo aktu juridiskā spēka hierarhija:

40.1. politikas, kodeksi un stratēģijas;

40.2. nolikumi un reglamenti;

40.3. kārtības, noteikumi, vispārējie plāni, Valdes rīkojumi un Valdes lēmumi ar reglamentējošu raksturu;

40.4. procedūras, instrukcijas, algoritmi, vadlīnijas, rekomendācijas (ieteikumi) u.c.

41. Padome apstiprina tādus Slimnīcas iekšējos normatīvos aktus (politikas, kodeksus, stratēģijas), kuri nosaka Slimnīcas darbības vispārīgus pamatprincipus, vērtības, mērķus un kuri ir saistoši visiem Slimnīcas darbiniekiem.

42. Valde apstiprina tādus Slimnīcas iekšējos normatīvos aktus nolikumi (nosaka struktūrvienības darbības mērķi, darba organizāciju un uzbūvi), reglamenti (nosaka Valdes un/vai Padomes darba organizāciju), noteikumi, kārtības u.c., kuri nosaka Slimnīcas darbības

un struktūrvienību organizāciju, darba organizēšanas kārtību (procesu), uzdevumus un atbildību un kuri ir saistoši visiem Slimnīcas darbiniekiem.

43. Slimnīcas struktūrvienību vadītāji un Valdes tiešā pakļautībā esošie darbinieki atbilstoši savai kompetencei ir tiesīgi izstrādāt tādus iekšējos normatīvos aktus (procedūras, instrukcijas, algoritmi, vadlīnijas, ieteikumi u.c.), kuri nosaka darba procesu Slimnīcā konkrētā jomā un kuri ir saistoši konkrētam, specifiskam adresātu lokam. Šādus iekšējos normatīvos aktus apstiprina Valdes loceklis atbilstoši tam piekritīgajai darbības jomai vai Valdes tiešā pakļautībā esošais darbinieks, vai attiecīgās struktūrvienības vadītājs , ja Valde ir tam deleģējusi šādas tiesības.

44. Slimnīcas iekšējie normatīvie akti tiek regulāri pārskatīti un aktualizēti, lai nodrošinātu to atbilstību.

VII. Valdes locekļu un Padomes locekļu nominēšana un iecelšana

45. Valdes locekļu un Padomes locekļu nominēšanas un iecelšanas kārtību, kā arī amata kandidātiem izvirzāmās minimālās prasības nosaka Kapitālsabiedrību pārvaldības likums, uz tā pamata izdotie Ministru kabineta noteikumi, kā arī Koordinācijas institūcijas vadlīnijās[1] ietvertie ieteikumi. Padome nodrošina kandidātu nomināciju Valdes locekļa amatam.

46. Koordinācijas institūcija sadarbībā ar Kapitāla daļu turētāju nodrošina kandidāta nomināciju Padomes locekļa amatam.

47. Iespējamie Valdes un Padomes locekļu kandidāti tiek atlasīti, organizējot publisku kandidātu pieteikšanās procedūru, kā arī nominēšanas procesā papildus tiek piesaistīts personāla atlases konsultants.

48. Valdes locekļu un Padomes locekļu amata kandidātu nominēšanas procesam jāatbilst korporatīvās pārvaldības labās prakses principiem, jānodrošina atklāta, godīga un profesionāla amata kandidātu atlase, kas veicina profesionālu un kompetentu Slimnīcas pārvaldības institūciju izveidi.

VIII. Personāla un atalgojuma politika

49. Slimnīcā ir apstiprināta Personāla politika. Personāla politikas mērķis ir noteikt un darīt zināmus darbiniekiem darba devēja principus personāla atlasē, plānošanā, attīstībā un mācību organizēšanā, personāla darba snieguma novērtēšanā, atalgojuma un motivācijas noteikšanā, lai realizētu mūsdienīgu, efektīvu personāla vadību Slimnīcā, veicinātu darbinieku attīstību un lojalitāti, kas veicinātu Slimnīcas kā laba darba devēja un augsti specializētu stacionāro un ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja tēla veidošanu un popularizēšanu.

50. Personāla politikas īstenošanai Slimnīcā ir izstrādāts Darba samaksas nolikums, kurā definēti vispārīgie principi atalgojuma noteikšanā un kas nodrošina:

50.1. atalgojuma noteikšanu atbilstoši profesionālajam sniegumam;

50.2. atalgojuma samērīga apmēra noteikšanu atbilstoši Slimnīcas finansiālajai situācijai, atalgojuma principiem un apmēram veselības nozarē, kā arī Slimnīcas līdzvērtīgu amatu atalgojuma apmēram;

50.3. konkurētspējīgu, viegli saprotamu, viegli kontrolējamu atalgojuma sistēmas izveidošanu.

51. Padomes locekļu atlīdzība un Valdes locekļu atlīdzība (gan atlīdzības fiksētā daļa, gan mainīgā daļa) tiek noteikta saskaņā ar Kapitālsabiedrību pārvaldības likumu un uz tā pamata izdotajiem Ministru kabineta noteikumiem, kā arī ievērojot Koordinācijas institūcijas izdotās vadlīnijas[2].

---

[1] Politikas apstiprināšanas laikā spēkā ir "Vadlīnijas valdes un padomes locekļu nominēšanai kapitālsabiedrībās, kurās kapitāla daļas pieder valstij vai atvasinātai publiskai personai"

[2] Politikas apstiprināšanas laikā spēkā ir "Vadlīnijas publiskas personas kapitālsabiedrību un publiski privāto kapitālsabiedrību valdes un padomes locekļu atlīdzības noteikšanai".

52. Padome reizi gadā nosaka Valdei kārtējā kalendārā gada ietvaros sasniedzamos mērķus un to izpildes rezultatīvos rādītājus, kas izriet no Slimnīcas Stratēģijā noteiktajiem finanšu un nefinanšu mērķiem, un kontrolē to izpildi.

IX. Iekšējās kontroles sistēma un risku pārvaldība

53. Par Slimnīcā izveidotās IKS izveidi un uzturēšanu ir atbildīga Valde un par pārraudzību – Padome.

54. Iekšējā kontroles sistēma sastāv no savstarpēji saistītiem elementiem – iekšējās kontroles vides, risku novērtēšanas, kontroles darbībām, informācijas un komunikācijas, uzraudzības.

55. Lai nodrošinātu IKS uzdevuma izpildi, IKS pārvaldība tiek īstenota trīs aizsardzības līnijās, kur:

55.1. pirmā līnija (Valdes tiešā pakļautībā esošie darbinieki, struktūrvienību vadītāji, projektu vadītāji, procesu vadītāji, darbinieki) atbilstoši savai kompetencei vada un nosaka darbības (tostarp risku vadību) un resursu izmantošanu Slimnīcas mērķu sasniegšanai;

55.2. otrā līnija nodrošina papildu kompetenci, atbalstu, uzraudzību un izjautāšanu, kas saistīta ar risku vadību (tai skaitā pacientu drošību, informācijas tehnoloģiju drošību un datu aizsardzību) un kvalitātes vadību Slimnīcā. Šo funkciju veic Risku vadības komiteja, Kvalitātes vadības daļa un katras jomas atbildīgie darbinieki;

55.3. trešā līnija (Slimnīcas Iekšējā audita daļa) sniedz neatkarīgu un objektīvu pārliecību par IKS darbību un efektivitāti, veicot IKS novērtējumu saskaņā ar iekšējā audita plāniem un Valdes un Padomes noteiktajām prioritātēm.

56. Slimnīcā ieviestā IKS pārvaldības pieeja veicina pastāvīgu iekšējās kontroles vides pilnveidošanu, tādējādi sekmējot Slimnīcas mērķiem un darbībai atbilstošas organizatoriskās struktūras, disciplīnas un mikroklimata izveidi un pielāgošanu izmaiņām, kā arī risku apzināšanu un kontroles darbību (tostarp regulāru informācijas apmaiņu un saziņu, kā arī uzraudzības pasākumu) integrēšanu Slimnīcas procesos, lai konstatētu vai izslēgtu nevēlamu notikumu iestāšanos.

57. Slimnīcā ir apstiprināta Risku pārvaldības politika un Risku pārvaldības metodika, lai izveidotu efektīvu, vienotu un pārskatāmu risku vadību, kā arī sistemātisku risku pārskatīšanu un kontroles darbību izveidi un ieviešanu pēc būtības (t.i., lai ieguldījumi kontroles darbībās nepārsniegtu radītos ieguvumus).

58. Risku pārvaldības politika paredz pastāvīgu Valdes uzraudzību pār ikdienas darbībām risku identificēšanā, novērtēšanā un mazināšanā, kā arī sistēmas pilnveidē, un pienākumu Valdei ne retāk kā vienu reizi gadā ziņot Padomei par risku pārvaldību Slimnīcā.

59. Risku savlaicīgai identificēšanai un samazināšanai vai novēršanai pirms Slimnīcai tiek radīts kaitējums, ir izveidota iekšējā vide, kurā darbinieki, kā arī citas ieinteresētās puses var droši sniegt informāciju par konstatētajiem risku incidentiem.

60. Ārstniecības un aprūpes risku identificēšanai un novēršanai un Slimnīcas darbības uzlabošanai Slimnīcā ir ieviesta Pacientu drošības informēšanas un mācīšanās sistēma. Ar pacientu drošību saistīto gadījumu informēšanu (reģistrēšanu) atbilstoši apstiprinātai Slimnīcas pacientu drošības sistēmas kārtībai var veikt Slimnīcas darbinieki, pacienti vai viņu piederīgie un citas ieinteresētās puses, elektroniski aizpildot anketu, kas ir pieejama Slimnīcas mājaslapā.

61. Lai nodrošinātu Slimnīcas informēšanu par jebkuru pārkāpumu, kas kaitē sabiedrības interesēm, Slimnīcā ir izveidota trauksmes celšanas sistēma un apstiprināti noteikumi par iekšēju trauksmes celšanas sistēmu, kas ir pieejami Slimnīcas mājaslapā. Jebkura fiziska persona var sniegt informāciju par iespējamu pārkāpumu, ja persona šo informāciju uzskata par patiesu un tā gūta, veicot darba pienākumus Slimnīcā, vai dibinot tiesiskās attiecības, kas saistītas ar darba pienākumu veikšanu, vai esot praksē.

X. Audits

62. Slimnīcā ir izveidota Iekšējā audita daļa, kuras mērķis ir sniegt neatkarīgu un objektīvu vērtējumu par Slimnīcas IKS darbību un efektivitāti, lai veicinātu Slimnīcas IKS pilnveidošanu. Tās kompetencē ir veikt uz risku izvērtējumu balstītus iekšējos auditus un sniegt ieteikumus par nepieciešamajiem uzlabojumiem IKS.

63. Iekšējā audita daļa savu funkciju īstenošanā ir neatkarīga no pārējām Slimnīcas struktūrvienībām, tostarp iekšējā audita apjoma noteikšanā, darba veikšanā un rezultātu paziņošanā. Iekšējā audita daļas vadītāju amatā apstiprina Padome. Iekšējā audita daļas vadītājs ir administratīvi pakļauts Valdei, funkcionāli pakļauts Padomei. Iekšējā audita daļas darbinieki ir tieši pakļauti daļas vadītājam.

64. Lai nodrošinātu caurskatāmu iekšējā audita darbību, Iekšējā audita daļa sagatavo un aktualizē iekšējā audita plānus (vidēja termiņa un īstermiņa), izstrādājot uz riskiem balstītu pieeju un nosakot skaidras iekšējo auditu veikšanas prioritātes Slimnīcas IKS pakāpeniskai izvērtēšanai. Plānu izstrādes procesā Iekšējā audita daļa iesaista Valdes tiešā pakļautībā esošos darbiniekus, Slimnīcas struktūrvienību vadītājus un Valdi, kā arī Padomi, kas veic arī plānu apstiprināšanu.

65. Iekšējie auditi tiek veikti saskaņā ar iekšējā audita plāniem un Slimnīcas Iekšējā audita plānošanas un veikšanas kārtību.

66. Iekšējā audita daļa pastāvīgi sniedz informāciju Padomei un Valdei par veicamajiem auditiem, to statusu un rezultātiem, kā arī auditu rezultātā izstrādāto ieteikumu izpildi un ieteikumu ieviešanas progresu. Katra gada beigās Iekšējā audita daļa sagatavo pārskatu par īstermiņa iekšējā audita plāna izpildi un informē par prioritātēm nākamajam gadam.

67. Slimnīcā tiek nodrošināts neatkarīgs ārējais audits (revīzija), lai gūtu pamatotu pārliecību, vai Slimnīcas finanšu pārskati nesatur būtiskas neatbilstības, kā arī lai nodrošinātu Slimnīcas pārvaldības institūcijām un citām ieinteresētajām pusēm objektīvu atzinumu par Slimnīcas finanšu stāvokli un darbības rezultātiem.

68. Valde nodrošina, ka katru gadu tiek sagatavots Slimnīcas gada pārskats un tiek sasaukta dalībnieku sapulce tā apstiprināšanai. Sagatavoto gada pārskatu pārbauda (veic revīziju) neatkarīgs zvērināts revidents .

69. Slimnīcas gada pārskatu apstiprina Valde un kopā ar zvērināta revidenta ziņojumu, kas satur revidenta atzinumu, norādes uz revīzijas gaitā atklātajiem faktiem, apstākļiem vai notikumiem, kuriem revidents vēlas pievērst uzmanību, tai skaitā nepilnībām, trūkumiem, kā arī revidenta ieteikumiem to novēršanai, un iesniedz Padomei. Padome izskata Slimnīcas gada pārskatu, Valdes ziņojumu un priekšlikumus, sagatavo par tiem Padomes ziņojumu un iesniedz Kapitāla daļu turētājam (dalībnieku sapulcei).

70. Slimnīcas gada pārskata revidents tiek izvēlēts atklātā konkursā, balstoties uz Padomes noteiktiem ārējā revidenta atlases kritērijiem, kam jāatbilst vismaz šādiem profesionālās kvalifikācijas kritērijiem:

70.1. pretendents ir zvērinātu revidentu komercsabiedrība;

70.2. pretendentam ir pieredze līdzvērtīgu gada pārskata revīzijas pakalpojumu sniegšanā kapitālsabiedrībām, kuru gada pārskats sagatavots saskaņā ar starptautisko finanšu pārskatu standartiem (SPFS).

XI. Interešu konflikta un korupcijas riska novēršana

71. Slimnīcā ir apstiprināta Korupcijas un interešu konflikta riska novēršanas politika, kurā definētas pamatpazīmes, kas norāda uz interešu konflikta iespējamību, kā arī iekšējie normatīvie akti, kuri reglamentē sistemātisku pasākumu kopumu interešu konflikta un korupcijas iespējamības riska identificēšanai, novēršanai un mazināšanai Slimnīcas darbības procesos.

72. Padome, Valde un Slimnīcas darbinieki apzinās un izprot, kādās darbībās un veidos izpaužas interešu konflikts un korupcija, un ir informēti par nepieciešamo rīcību potenciāla vai faktiska interešu konflikta gadījumā, lai izvērtētu risku un nepieļautu pārkāpumus.

73. Padomes locekļi, Valdes locekļi un Slimnīcas darbinieki, kuri uzskatāmi par valsts amatpersonām likuma "Par interešu konflikta novēršanu valsts amatpersonu darbībā" izpratnē, veic savu darbību tā, lai netiktu pieļauti interešu konflikti, tai skaitā nepiedalās lēmumu pieņemšanā jautājumos, kuros Slimnīcas intereses nonāk pretrunā ar to vai ar tiem saistīto personu interesēm.

74. Interešu konflikta situācija tiek izskatīta saskaņā ar Slimnīcas spēkā esošu kārtību, kādā valsts amatpersona paziņo par savu atrašanos interešu konflikta situācijā un kārtību, kādā interešu konflikta situācijā esošās valsts amatpersonas funkcijas nodod izpildei citai valsts amatpersonai.

XII. Informācijas atklāšana un darbības caurskatāmība

75. Slimnīca regulāri sniedz informāciju par savu darbību, publicējot to Slimnīcas mājaslapā atbilstoši Kapitālsabiedrību pārvaldības likuma 58.panta prasībām, kā arī izmantojot dažādas komunikācijas platformas, tai skaitā sociālos medijus.

76. Slimnīca ik gadu atbilstoši Kapitālsabiedrību pārvaldības likuma 58.^{1} un 58.$^{2.}$panta prasībām sagatavo paziņojumu par korporatīvo pārvaldību, un tas ir Slimnīcas gada pārskata sastāvdaļa un nefinanšu paziņojumu.

77. Slimnīca ik gadu, sākot ar 2025.pārskata gadu, atbilstoši Kapitālsabiedrību pārvaldības likuma 58.$^{2.}$pantam sagatavo un Slimnīcas gada pārskata vadības ziņojumā iekļauj ilgtspējas ziņojumu saskaņā ar Ilgtspējas informācijas atklāšanas likumu.

78. Slimnīca regulāri un normatīvajos aktos vai Kapitāla daļu turētāja lēmumos vai rīkojumos noteiktajos termiņos informē Kapitāla daļu turētāju par Slimnīcas darbību, finanšu rezultātiem, pārvaldību un citiem aktuāliem jautājumiem.

79. Slimnīcā ir Ierobežotas pieejamības informācijas saraksts, kurā tiek iekļauta informācija, kura paredzēta ierobežotam personu lokam sakarā ar darba vai amata pienākumu veikšanu un kuras izpaušana vai nozaudēšana šīs informācijas rakstura un satura dēļ var apgrūtināt Slimnīcas darbību, nodarīt kaitējumu personu likumiskajām interesēm. Minētais saraksts tiek aktualizēts reizi gadā.

80. Uzsākot darba tiesiskās attiecības Slimnīcā, darbinieks tiek informēts par Slimnīcas Ierobežotas pieejamības informācija sarakstu, un darbinieks paraksta konfidencialitātes apliecinājumu, apliecinot apņemšanos neizpaust ierobežotas pieejamības informāciju, kas viņam tiks uzticēta vai kļūs zināma, pildot savus darba vai amata pienākumus.

81. Lai nodrošinātu darbinieku informēšanu par aktualitātēm Slimnīcā, tostarp arī informētu par ārējiem un iekšējiem normatīvajiem aktiem un to praktisko piemērošanu, regulāri (reizi nedēļā) tiek attālināti rīkotas atklātas Operatīvās vadības grupas sanāksmes, kurās ir iespēja attālināti piedalīties visiem Slimnīcas darbiniekiem.

XIII. Sadarbība ar ieinteresētajām pusēm

82. Ņemot vērā Slimnīcas darbības specifiku, tai ir plašs ieinteresēto pušu loks. Ieinteresētās puses var būt gan visai Slimnīcai kopējas, gan specifiskas konkrētajai darbības jomai. Slimnīca, plānojot savu darbību, iespēju robežās cenšas iesaistīt ieinteresēto pušu grupas, lai nodrošinātu caurskatāmu lēmumu pieņemšanu, iespējami plašu ieinteresēto pušu grupu aptveri un viedokļu uzklausīšanu.

83. Ieinteresēto pušu iesaistes mērķi ir šādi:

83.1. pilnveidot un uzlabot Slimnīcas nodrošināto ārstniecības pakalpojumu kvalitāti un drošību;

83.2. pilnveidot un uzlabot Slimnīcas īstenoto sadarbību zinātnes, izglītības un apmācības jomā;

83.3. veidot pozitīvu darba vidi, pilnveidot un uzlabot darba organizāciju, sociālo aizsardzību un citus ar darba tiesiskajām attiecībām saistītus jautājumus.

84. Slimnīcai ir noslēgts darba koplīgums ar Slimnīcas arodorganizāciju, un starp arodorganizācijām un Valdi tiek realizēta sadarbība, ievērojot uzticības, saprašanās un atklātības principus.

85. Slimnīca regulāri veic klientu (pacientu, rezidentu) apmierinātības un darbinieku iesaistes aptaujas, uzklausot klientu, darbinieku un sabiedrības ieteikumus, kas ļauj uzlabot Slimnīcas sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, klientu apkalpošanu un pārvaldības principus, kā arī nodrošināt Slimnīcas darbības un iekšējo normatīvo aktu pilnveidošanu.

XIV. Noslēguma noteikumi

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

87. Ar Politikas apstiprināšanas brīdi spēku zaudē ar Padomes 2023.gada 7.decembra lēmumu (sēdes protokols Nr. 2023-P01-32) apstiprinātā Politikas redakcija.

88. Politika tiek publicēta Slimnīcas mājaslapā.

89. Slimnīcas esošie darbinieki tiek iepazīstināti ar Politikas jauno redakciju ne vēlāk kā viena mēneša laikā no tās apstiprināšanas. Slimnīcas jaunie darbinieki, kas tiek pieņemti darbā pēc Politikas spēkā stāšanās dienas, tiek iepazīstināti ar Politiku pēc darba līguma noslēgšanas.

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