



Saņemts SIA "Rīgas 1. slimnīca" kapitāla daļu turētāja apstiprinājums:  
12.05.2021.kārtējās dalībnieku sapulces protokols Nr.3

## NOTEIKUMI

### **SIA "Rīgas 1. slimnīca" Risku vadības, iekšējās kontroles vides un atbilstības (compliance) politika**

N-51/00

#### **1. Politikas mērķis**

- 1.1. Noteikt SIA "Rīgas 1. slimnīca" (turpmāk – Slimnīcas) darbības virzienus un aktivitātes risku vadības, iekšējās kontroles vides un atbilstības nodrošināšanas jomās, lai veicinātu Slimnīcas efektīvu pārvaldību un darbības caurskatāmību, kā arī nodrošinātu Slimnīcas darbības atbilstību labai korporatīvās pārvaldības praksei un Slimnīcai saistošajiem Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīviem aktiem.
- 1.2. Politikas un citu ar to saistīto dokumentu pamatuzdevumi ir :
  - 1.2.1. veicināt ilgtspējīgu Slimnīcas pamatdarbību, stratēģijas īstenošanu un attīstību;
  - 1.2.2. veicināt Slimnīcas kvalitatīvu pakalpojumu pieejamību klientiem;
  - 1.2.3. atbalstīt Slimnīcas darbības efektivitātes pieaugumu;
  - 1.2.4. nodrošināt Slimnīcas darbības nepārtrauktību dažādu traucējumu vai neplānotu situāciju gadījumā;
  - 1.2.5. uzlabot Slimnīcas reputāciju;
  - 1.2.6. sekmēt efektīvu ieinteresēto pušu (tajā skaitā Slimnīcas klientu, sadarbības partneru, piegādātāju u.c.) sadarbību;
  - 1.2.7. rūpēties par darbinieku, pacientu un klientu drošību un īpašuma saglabāšanu un pilnveidošanu;
  - 1.2.8. izveidot un attīstīt Slimnīcas iekšējo kontroles vidi;
  - 1.2.9. nodrošināt Slimnīcas darbības atbilstību saistošo normatīvo aktu prasībām.
- 1.3. Politika nosaka vienotus vispārīgus principus visu veidu risku vadības jomā, nosaka iekšējās kontroles vides veidošanas un attīstības principus, un nosaka atbilstības nodrošināšanas uzraudzības principus.

#### **2. Risku vadība**

- 2.1. Risku pārvaldība ir risku noteikšanas, analīzes un novērtēšanas process kura mērķis ir samazināt „nevēlamu notikumu” jeb risku negatīvo ietekmi uz Slimnīcas izvērzi to mērķu sasniegšanu.
- 2.2. Precīzu Risku vadības procesu norisi, pienākumu un atbildības sadalījumu Risku vadības pasākumu ietvaros, nosaka Valdes vai citādi Slimnīcas noteiktā kārtībā apstiprināti iekšējie normatīvie dokumenti (Risku vadības kārtība, noteikumi, instrukcijas, metodikas u.c.).
- 2.3. Risku vadības principi un metodoloģija ir noteikta iekšējā normatīvā dokumentā KR-4 "Risku vadība".
- 2.4. Finanšu riski noteikti iekšējā normatīvā dokumentā N-34 "Grāmatvedības kārtības un organizēšanas noteikumi".



- 2.5. Riski ārkārtas situācijām noteikti iekšējā normatīvā dokumentā DI-15 “Drošības instrukcija rīcībai ārkārtas situācijās”.
- 2.6. Korupcijas un interešu konflikta risku izvērtēšanas kārtība noteikta iekšējā normatīvā dokumentā SPA – 35 “Korupcijas risku izvērtēšanas kārtība”.
- 2.7. Ārstniecības un aprūpes riski, infrastruktūras uzturēšanas, fiziskās drošības nodrošināšanas, ugunsdrošības sistēmas darbības nodrošināšanas, dokumentu vadības, fizisko personu datu aizsardzības riski apkopoti risku reģistrā KR-4 “Risku vadība”.
- 2.8. KR-4 iekļauto risku pārskatīšana tiek veikta ne retāk kā 1x gadā, pārējo risku pārskatīšana notiek 1x2 gados.
- 2.9. Atbildīgie par risku vadību pa jomām noteikti augstāk minētajos dokumentos.

### **3. Iekšējas kontroles vides veidošanas un attīstības principi**

#### **3.1. Iekšējas kontroles vides izveidošanas un pilnveidošanas mērķi ir:**

- 3.1.1. efektīva, lietderīga un ekonomiska Slimnīcas darbība, atbilstoši izvirzītajiem mērķiem, uzdevumiem un pieejamajiem resursiem;
- 3.1.2. Slimnīcas laba pārvaldība un darbība sabiedrības interesēs;
- 3.1.3. Slimnīcas darbība atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajai kompetencei;
- 3.1.4. iespējamo korupcijas un interešu konflikta izveidošanās risku novēršana;
- 3.1.5. mantas un finanšu līdzekļu izšķērdēšanas, neefektīvas un nelietderīgas izmantošanas novēršana;
- 3.1.6. pieļauto kļūdu savlaicīga identificēšana un novēršana un nepieciešamo darbību uzlabojumu veikšana;
- 3.1.7. savlaicīgas, ticamas finanšu vai vadības informācijas iegūšana;
- 3.1.8. aizsardzība pret neatļautu informācijas izpaušanu.

### **4. Iekšējā kontroles sistēma Slimnīcā sastāv no šādiem savstarpēji saistītiem elementiem:**

- 4.1. rīcības plānošana;
- 4.2. kontroles vide;
- 4.3. risku vadība;
- 4.4. kontroles pasākumi;
- 4.5. informācija un saziņa;
- 4.6. uzraudzība.

### **5. Iekšējas kontroles vidi Slimnīcā veido:**

- 5.1. Slimnīcas vidējā termiņa stratēģija un ikgadējais darbības plāns, tiek izstrādāti atbilstoši Pašvaldības domes noteiktajam kapitālsabiedrības vispārējam stratēģiskam mērķim un specifiskiem, pašvaldības noteiktiem nefinanšu mērķiem nozares politikas īstenošanai. Stratēģija un darbības plāns ir plānošanas dokumenti, kas nodrošina Slimnīcas darbības atbilstību izvirzītajiem mērķiem, uzdevumiem un pieejamajiem resursiem un veido pamatus efektīvai, lietderīgai un ekonomiski pamatotai Slimnīcas darbībai.
- 5.2. Slimnīcas pārvaldības principi ir noteikti iekšējā normatīvā dokumentā N-40 “Korporatīvās pārvaldības politika”.
- 5.3. Slimnīcas sociāli atbildīgas darbības principi ir noteikti iekšējā normatīvā dokumentā N-48 “Korporatīvās sociālās atbildības politika”.



- 5.4. Slimnīcas personāla vadības principi ir noteikti iekšējā normatīvā dokumentā N-47 "Atalgojuma politika" un SPA-3 "Personāla atlase".
- 5.5. Slimnīcas iespējamo korupcijas un interešu konflikta izveidošanās risku novēršanas principi un rīcības ir noteikti noteikumos N-26 "Korupcijas un interešu konflikta riska novēršanas kārtība" un noteikumos N-31 "Trauksmes celšanas kārtība". Regulāra darbība iespējamo korupcijas un interešu konflikta izveidošanās risku novēršanā tiek īstenota saskaņā ar iekšējo normatīvo dokumentu SPA-35 "Korupcijas risku izvērtēšanas kārtība" un pretkorupcijas pasākumu plānu.
- 5.6. Slimnīca nodrošina mantas un finanšu līdzekļu izšķērdēšanas, neefektīvas un nelietderīgas izmantošanas novēršanu sastādot ikgadējo budžetu, regulāri kontrolējot tā izpildi, kā arī īstenojot rūpīgu iepirkumu plānošanu un kontroli, atbilstoši SPA – 2 "Iepirkumu plānošana un norise".
- 5.7. Slimnīcas rīcības un noteiktās kārtības pieļauto kļūdu daudzuma samazināšanai, to savlaicīgai identificēšanai un novēršanai, kā arī kontroles procedūras nepieciešamo darbību uzlabojumu veikšanai ir noteiktas iekšējā normatīvā dokumentā KR – 9 "Neatbilstību vadība un korektīva darbība" un SPA-12 "Ziņošana".
- 5.8. Slimnīcas darbības principi savlaicīgas, ticamas finanšu un vadības informācijas iegūšanai ir noteikti noteikumos N-43 "Grāmatvedības kārtošana un organizēšanas noteikumi".
- 5.9. Slimnīcas darbības principi informācijas drošības jautājumos ir noteikti noteikumos N-1 "Informācijas tehnoloģiju drošības politika" un N-22 "Privātuma politika".
- 5.10. Struktūrvienību pienākumi un atbildība labas pārvaldības prakses principu ievērošanā ir noteikta Struktūrvienību reglamentos.
- 5.11. Darbinieku pienākumi un atbildība labas pārvaldības prakses principu ievērošanā darba vietā ir noteikti iekšējā normatīvā dokumentā IDK-1 "Iekšējās darba kārtības noteikumi".
- 5.12. Lai veicinātu Darbinieku likumīgu un godprātīgu darbu Slimnīcas interesēs, Slimnīcā ir izstrādāts Ētikas kodekss, kurā ietverti ētikas pamatprincipi un vispārējās uzvedības normas.

## **6. Slimnīcas administratīva struktūra un personāls**

- 6.1. Lai nodrošinātu labas pārvaldības principu ievērošanu Slimnīcas darbībā, kā arī regulāru iestādes darbības pilnveidošanu, ir izstrādāta un regulāri tiek aktualizēta Administratīvā struktūra KR-10.
- 6.2. Katra darbinieka amata pienākumi un atbildība labas pārvaldības prakses principu ievērošanā ir noteikti Darba līgumā un Amata aprakstā.
- 6.3. Slimnīca īsteno iekšējās kontroles vides kontroles pasākumus, kas ir vērsti uz to, lai nodrošinātu ar vadības rīkojumiem doto uzdevumu izpildes kontroli, kontrolētu atbilstību normatīvo aktu prasībām, samazinātu riskus mērķu sasniegšanas procesā. Kontroles pasākumi tiek īstenoti visās Slimnīcas struktūrvienībās un aptver visas funkcijas. Specifiskie kontroles pasākumi ietver:
  - 6.3.1. rakstisku dokumentu saskaņošanu ar iesaistītām atbildīgām personām;
  - 6.3.2. dokumentu apstiprināšanu elektroniskā dokumentu vadības sistēmā;
  - 6.3.3. iekšējos auditus saskaņā ar ikgadējo iekšējo auditu un pašnovērtējumu gada programmu;
  - 6.3.4. pienākumu (atbildības) nošķiršanas, korupcijas un interešu konflikta novēršanas procedūras;
  - 6.3.5. regulāru Slimnīcas pamatdarbības procesu pārskatīšanu;



- 6.3.6. Ikgadējas Slimnīcas gada pārskata sanāksmes, Slimnīcas iepriekšējā gada sasniegto rezultātu apkopošanai un nākama gada plānu apspriedei;
  - 6.3.7. Regulāras vadības sanāksmes aktuālo uzdevumu izpildes kontrolei un operatīvai informācijas apmaiņai;
  - 6.3.8. darba grupu sanāksmju rīkošana atsevišķu aktuālo jautājumu risināšanā, kuras tiek protokolētas;
  - 6.3.9. regulāru risku izvērtējumu un atbilstošu risku mazinošu pasākumu identificēšanu un ieviešanu;
  - 6.3.10. korektīvo un preventīvo pasākumu plānu sagatavošanu un izpildes kontroli;
  - 6.3.11. regulāru struktūrvienību darba izpildes novērtējumu un pilnveidojamo jomu identificēšanu;
  - 6.3.12. regulāru Slimnīcas darba izpildes novērtējumu, progresu finanšu un nefinanšu mērķu sasniegšanā un budžeta izpildes kontroli;
  - 6.3.13. valsts pasūtījuma apjoma ikmēneša kontroli un operatīvo rīcību pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai.
7. Slimnīca uztur un attīsta iekšējās informācijas aprites un saziņas sistēmu, kas nodrošina visu līmeņu vadītājiem un darbiniekiem nepieciešamo informāciju, lai būtu iespējams efektīvi veikt uzdevumus un tiktu sasniegti iestādes mērķus.
  8. Slimnīca sagatavo, izmanto un lieto ticamu un kvalitatīvu informāciju, lai atbalstītu citu iekšējās kontroles komponentu darbību, izmantojot vairākas informācijas sistēmas:
    - 8.1. Informācija par Slimnīcas pamatdarbības procesiem tiek apkopota informācijas sistēmā – SmartMedical;
    - 8.2. Diagnostikas rezultātā iegūto datu glabāšanai un apmaiņai tiek izmantota informācijas sistēma DATAMED, Radioloģijas vizuālo attēlu datu bāzē, endoskopisko izmeklējumu datu bāzē, Funkcionālās diagnostikas datu bāzē.
    - 8.3. Slimnīcas dokumentu aprīte elektroniski tiek organizēta informācijas sistēmā - EDUS.
    - 8.4. Slimnīcas grāmatvedības uzskaitē un personāla uzskaitē tiek veikta izmantojot informācijas sistēmu - HORIZON
    - 8.5. Informācijas apmaiņa ar Nacionālo veselības dienestu tiek realizēta izmantojot Nacionālā Veselības dienesta uzturēto sistēmu PANDA;
  9. Slimnīcas iekšējās un ārējās komunikācijas principi ir noteikti noteikumos N-43 “Iekšējā un ārējā komunikācija un saziņa”.
    - 9.1. Slimnīcas iekšējo dokumentu vadības principi ir noteikti iekšējā normatīvā dokumentā INA-1 “Iekšējo dokumentu vadība”.
    - 9.2. Slimnīcas lietvedības dokumentu vadības principi, lietvedības sistēmas organizācija, lietvedības dokumentu sastādīšanas, reģistrēšanas un darba ar šiem dokumentiem kārtība ir noteikti iekšējā normatīvā dokumentā INA-4 “Lietvedības dokumentu vadība”.
  10. Lai nodrošinātu Slimnīcas darbības atbilstību spēkā esošajiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, Slimnīcas uztur aktuālu Slimnīcas darbību reglamentējošu normatīvo aktu sarakstu.

Dokumenta izstrādātājs/  
izstrādātāju grupas pārstāvis

A.Dūdele

Ekonomiskās analīzes un  
plānošanas direktors