



Vienotais reģ. Nr. 50003356621, Andreja Pormaļa iela 125, Jēkabpils, Jēkabpils novads, LV -5201;
administrācijas tālr. +371 65237810, reģistratūras tālr. 62203333, e-pasts:info@jrslimnica.lv;
AS "SEB banka", konta Nr. LV22UNLA0009003467368

Jēkabpilī

APSTIPRINĀTS
ar SIA „Jēkabpils reģionālā slimnīca” Valdes
2023. gada 15. jūlija lēmumu (protokols Nr. 23)

APSTIPRINĀTS
ar SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” Dalībnieku sapulces
2023. gada 2. augusta lēmumu (protokols Nr.4)

SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” risku vadības, iekšējās kontroles vides un atbilstības politika

I. Vispārīgie jautājumi

1. SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” (turpmāk – Slimnīca) risku vadības, iekšējās kontroles vides un atbilstības politikas (turpmāk – Politika) mērķis ir noteikt vienotus risku pārvaldības, iekšējās kontroles vides un atbilstības pamatprincipus, atbildības un pienākumu sadalījumu strukturētai un sistemātiskai būtiskāko risku pārvaldībai, lai nodrošinātu stratēģisko mērķu sasniegšanu Slimnīcā.
2. Politika ir izstrādāta saskaņā ar Publiskās personas kapitāla daļu un kapitālsabiedrības pārvaldības likumu un tajā ir ietvertas Jēkabpils novada pašvaldības nolikumā “Jēkabpils novada pašvaldības kapitālsabiedrību un kapitāla daļu pārvaldības kārtība” (apstiprināta ar Jēkabpils novada domes 27.01.2022. lēmumu Nr.64 (protokols Nr.2, 60.§) noteiktās prasības, kā arī 11.09.2013. Deleģēšanas līguma nosacījumi.
3. Politika nosaka vispārējos risku pārvaldības pamatelementus un principus, to mijiedarbību un integrāciju Slimnīcas procesos.
4. Detalizētu risku pārvaldības procesu norisi nosaka ar atsevišķiem Slimnīcas iekšējiem normatīvajiem aktiem šīs Politikas ieviešanai.
5. Politika ir saistoša visiem Slimnīcas Darbiniekiem un Valdei.
6. Politikā lietotie termini:
 - 6.1. Risks - iespējams notikums, kas var negatīvi ietekmēt Slimnīcas spēju nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu vai sasniegt noteiktos Slimnīcas mērķus un īstenot stratēģiju; notikums, kas Slimnīcai var radīt finansiālus zaudējumus vai reputācijas kaitējumu, vai notikums, kas var atstāt negatīvu ietekmi uz fizisko personu veselību un/vai dzīvību.
 - 6.2. Būtisks risks – notikums, kas var būtiski negatīvi ietekmēt Slimnīcas spēju nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu vai sasniegt noteiktos stratēģiskos mērķus, var

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

- 6.3. Risku pārvaldība – koordinētas darbības esošo un iespējami risku, to attīstības scenāriju identificēšanai, risku cēloņu, ietekmes un iestāšanās varbūtības analīzei, risku mazināšanai nepieciešamo kontroļu noteikšanai un ieviešanai.
- 6.4. Riska varbūtība – riska īstenošanās iespējamība, kas izteikta nosacītā skaitliskās vērtības skalā (no gandrīz neiespējamās līdz gandrīz drošai).
- 6.5. Riska ietekme – riska īstenošanās rezultātā iestājušos sekas ietekme, kas izteikta nosacītā skaitliskās vērtības skalā (no zemas līdz kritiskai).
- 6.6. Riska vērtība – noteiktā vērtēšanas skalā izteikts riska īstenošanās varbūtības un ietekmes reizinājums, vai pēc citas Slimnīcā noteiktā kārtībā apstiprinātas metodikas noteikta vērtība, kas izsaka riska iestāšanās varbūtību un sekas ietekmes skaitliskās vērtības attiecību.
- 6.7. Riska novērtējums – noteikts riska statuss, kas izriet no tā vērtības un atbilstoši kuram tiek identificēta tālākā rīcība ar risku.
- 6.8. Darbinieks – jebkura Slimnīcā nodarbināta fiziska persona, kuru ar Slimnīcu saista darba vai pilnvarojuma līguma attiecības.
- 6.9. Struktūrvienība – saskaņā ar Slimnīcas organizatorisko struktūru apstiprināta, Slimnīcas Valdei, daļas vadītājam vai nodaļas vadītājam pakļauta struktūrvienība.
- 6.10. Riska īpašnieks – Slimnīcas Darbinieks, Struktūrvienības vadītājs vai atbildīgais Valdes loceklis, kura atbildības sfērā var īstenoties risks un kuram ir pietiekamas pilnvaras riska vadības pasākumu noteikšanai.

II. Risku vadības, atbilstības un iekšējās kontroles pamatprincipi

7. Risku vadību ievieš un piemēro definētos Slimnīcas pārvaldības līmeņos un struktūrvienībās.
8. Regularitātes princips – tiek ievērots periodiskums risku identificēšanas, novēršanas, dokumentēšanas, kontroles un pārskatu sniegšanas jomā.
9. Samērīguma un lietderības princips – plānotajiem Risku mazināšanas pasākumiem izvērtē ieguldāmos resursus salīdzinājumā ar paredzamo ieguvumu.
10. Argumentēta lēmuma pieņemšana notiek, pamatojoties uz procesu, noteikumu analīzes, informācijas un Risku novērtēšanas rezultātiem.
11. Sadarbības un personāla iesaistīšanas princips – iekšējā vide motivē Darbiniekus atklāt Riskus un izteikt priekšlikumus Riska mazināšanai, kā arī notiek regulāra un sistemātiska Darbinieku, Valdes izglītošana un informācijas sniegšana, un izskaidrošana, veicinot sapratni par Risku un tā pārvaldīšanu.
12. Atbilstības princips – Slimnīca, atbilstoši savai darbībai un vidējā termiņa darbības stratēģijai, nosaka pieņemamā riska līmeni un adekvātu riska pārvaldību, tai skaitā, riska mazināšanas pasākumus, un nodrošina savlaicīgu un atbilstošu informācijas plūsmu, kas ļauj pieņemt adekvātus lēmumus.
13. Iekšējās kontroles darbības pamatprincipi:
 - 13.1. efektīva, lietderīga un ekonomiska darbība atbilstoši kompetencei, izvirzītajiem mērķiem, uzdevumiem un pieejamiem resursiem;
 - 13.2. iespējamo korupcijas un interešu konflikta risku novēršana;
 - 13.3. mantas un finanšu līdzekļu izšķērdēšanas, neefektīvas un nelietderīgas izmantošanas novēršana;

- 13.4. pieļauto kļūdu savlaicīga identificēšana un novēršana, kā arī nepieciešamo uzlabojumu veikšana;
- 13.5. savlaicīgas ticamas finanšu, vadības informācijas iegūšana un aizsardzība pret informācijas neatļautu izpaušanu.

III. Atbildība un pienākumi

14. Kapitāla daļu turētājs:
 - 14.1. Apstiprina Politiku;
 - 14.2. Izskata Valdes sniegto ziņojumu par Būtiskiem riskiem un to vadības plāniem.
15. Valde:
 - 15.1. Apstiprina Politiku Slimnīcas valdes sēdē;
 - 15.2. Nodrošina Risku pārvaldības un iekšējās kontroles sistēmas izveidošanu un uzturēšanu Slimnīcā;
 - 15.3. Nodrošina Politikas izstrādi, pilnveidošanu un apstiprināšanu no Kapitāla daļu turētāja puses;
 - 15.4. Apstiprina Politikas ieviešanai izstrādātos reglamentējošos iekšējos normatīvos dokumentus;
 - 15.5. Reizi 3 gados identificē Slimnīcas stratēģiskos riskus, novērtē tos un plāno iespējamus risku mazināšanas pasākumus, izstrādājot Slimnīcas vidējā termiņā stratēģiju;
 - 15.6. Apstiprina Slimnīcas Būtisko risku pārvaldības pasākumu plānus līdz 31. decembrim par nākamo gadu, kā arī uzrauga izpildi par tekošo gadu, skatīt 5.pielikumu;
 - 15.7. Ne retāk kā reizi gadā sniedz ziņojumu Kapitāla daļu turētājam par Būtiskākiem riskiem un to pārvaldības plāniem;
 - 15.8. Ne retāk kā reizi gadā nodrošina iekšējās kontroles sistēmas efektivitātes novērtējumu;
 - 15.9. Izvērtē nepieciešamību veikt izmaiņas Politikā vai risku pārvaldībā;
16. Risku īpašnieki:
 - 16.1. Identificē un izvērtē riskus savā atbildības jomā, kā arī nosaka šo risku mazināšanas un kontroles pasākumus, iesniedz risku pārvaldības pasākumu plānus par nākamo gadu (5. pielikums) savas Struktūrvienības vadītājam līdz 1. decembrim;
 - 16.2. Īsteno risku mazināšanas un kontroles pasākumus;
 - 16.3. Veic iepriekš identificēto risku ikdienas uzraudzību;
 - 16.4. Savlaicīgi informē augstākstāvošo vadītāju par iespējamiem jauniem riskiem, identificēto un izvērtēto risku mazināšanas un kontroles pasākumu ieviešanu, notikušajiem incidentiem, kā arī citu aktuālo informāciju.
17. Struktūrvienību vadītāji:
 - 17.1. Nosaka un apkopo identificēto Būtisko risku mazināšanas un kontroles pasākumus un iesniedz Valdei Būtisko risku pārvaldības pasākumu plānus;
 - 17.2. Atbild par risku identificēšanas, novērtēšanas un vadības pasākumu veikšanu savā atbildības jomā;
 - 17.3. Nodrošina kvalitatīvas risku informācijas pieejamību savā atbildības jomā;
 - 17.4. Uzrauga risku mazināšanas un kontroles pasākumu ieviešanu;
 - 17.5. Savlaicīgi ziņo augstākstāvošam vadītājam aktuālo informāciju par jaunu risku identificēšanu, notikušajiem incidentiem un jau identificēto risku mazināšanas un kontroles pasākumu ieviešanu.
18. Darbinieki:

- 18.1. Sava amata pienākumu ietvaros piedalās risku identificēšanas un izvērtēšanas, kā arī risku mazinošo pasākumu noteikšanas un ieviešanas procesos;
- 18.2. Savlaicīgi ziņo savam tiešajam vadītājam par jaunu risku identificēšanu un notikušajiem incidentiem savā darbā.

IV. Risku pārvaldības process

19. Risku identificēšana, pārskatīšana – ietver risku atklāšanu un aprakstīšanu, tai skaitā iepriekš identificēto risku pārskatīšanu.
20. Risku izvērtēšana un prioritāšu noteikšana – ietver katra identificētā riska izvērtēšanu (riska varbūtības, ietekmes un riska vērtības noteikšanu) un prioritāšu noteikšanu reaģēšanai uz riskiem.

Vērtība*	Raksturojums un rīcība
ļoti augsts	Ļoti nopietns apdraudējums. Nekavējoties jāizstrādā pasākumu un kontroles plāns riska mazināšanai / novēršanai
augsts	Nozīmīgs apdraudējums. Jāizstrādā riska mazināšanas/novēršanas pasākumu un kontroles plāns saprātīgā laikā
vidējs	Vērā ņemams apdraudējums. Nepieciešama riska mazināšanas / novēršanas pasākumu un kontroles pilnveidošana
zems	Maznozīmīgs apdraudējums. Jāizvērtē, vai riska mazināšanas / novēršanas pasākumi un kontrole ir nepieciešami
ļoti zems	Draudu gandrīz nav. Riska mazināšanas / novēršanas pasākumi un kontrole nav nepieciešami

* tabula no: "Iekšējās kontroles sistēmas izveidošanas, uzraudzības un uzlabošanas vadlīnijas"
 - Valsts kanceleja, 2012= www.mk.gov

21. Reaģēšana uz riskiem – nosaka vai izstrādā nepieciešamo aktivitāšu kopumu, kuru veikšanas rezultātā katra identificēta riska iespējamā iedarbība kļūtu Slimnīcai pieņemama Riska iestāšanās gadījumā.
22. Risku pārvaldības uzraudzība un ziņošana – ietver identificēto risku pārvaldības pasākumu izpildes uzraudzību, iepriekš identificēto risku informācijas pārskatīšanu un risku informācijas ziņošana Valdei un Kapitāla daļu turētājam.

V. Risku iedalījums

23. Stratēģiskie riski – riski, kas būtiski ietekmē un apdraud Slimnīcas sniegto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un Slimnīcas stratēģisko mērķu sasniegšanas apdraudējumu dažādu ārējo faktoru ietekmē:
 - 23.1. Politiskie riski (politiskās vides izmaiņas ar ietekmi uz Slimnīcas darbību);
 - 23.2. Ekonomiskie riski (makroekonomikas vides izmaiņas vai stāvoklis, kas ietekmē Slimnīcas spēju iegūt nepieciešamos līdzekļus pamatdarbības nodrošināšanai kā arī ieņēmumu struktūru un apjomu);
 - 23.3. Sociālie riski (sociālās un demogrāfijas vides izmaiņas vai stāvoklis, kas ietekmē Slimnīcas spēju iegūt atbilstošu darbaspēku pamatdarbības nodrošināšanai);
 - 23.4. Tehnoloģiskie riski (būtiskas izmaiņas tehnoloģiju attīstībā, kas ietekmē veidu, kā tiek sniegti veselības aprūpes pakalpojumi un kā tiek nodrošināts ārstniecības process).

24. Operacionālie riski – riski, kas saistīti ar neatbilstošu vai nepilnīgu iekšējo procesu norisi, darbinieku kļūdām, tehnoloģisko un informācijas sistēmu darbības novirzēm vai ārējo apstākļu ietekmi uz veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu:
 - 24.1. Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes un pacientu drošības riski (saskaņā ar veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības novērtēšanas un uzraudzības kārtību, skatīt 6.pielikumu);
 - 24.2. Darbības nepārtrauktības riski (darbības turpināšanas nodrošināšanas dabas apstākļu, katastrofu, pandēmijas, terorisma un citu ārējo apstākļu ietekmes rezultātā);
 - 24.3. Informācijas sistēmu drošības riski (informācijas sistēmu un datu resursu aizsardzība, informācijas pieejamības, integritātes un konfidencialitātes nodrošināšana, informācijas tehnoloģiju attīstība);
 - 24.4. Personāla riski (darbinieku pietiekamības, motivācijas, kvalifikācijas un snieguma atbilstības nodrošināšana);
 - 24.5. Darba vides riski kas tiek vērtēti saskaņā ārēja regulējuma prasībām (attiecīgie Ministru Kabineta noteikumi);
 - 24.6. Medicīnas laboratorijas riski, kas tiek vērtēti saskaņā ārēja regulējuma prasībām (ISO 15183 standarta prasības);
 - 24.7. Asins kabineta riski, kas tiek vērtēti saskaņā ārēja regulējuma prasībām (attiecīgie Ministru Kabineta noteikumi);
 - 24.8. Diagnostiskās radioloģijas riski, kas tiek vērtēti saskaņā ārēja regulējuma prasībām (attiecīgie Ministru Kabineta noteikumi);
 - 24.9. Virtuves bloka riski, kas tiek vērtēti saskaņā ārēja regulējuma prasībām (attiecīgie Ministru Kabineta noteikumi).
25. Finanšu riski – riski, kas saistīti ar finanšu plānošanu un pārvaldību, kā arī iespēja ciest zaudējumus saistībā ar neparedzētām izmaiņām finanšu jomā.
26. Reputācijas riski – riski, kas saistīti ar negatīvu sabiedrības viedokļa izveidošanos par Slimnīcas darbību, attīstību un attīstības ietvaros paredzētajām aktivitātēm. Varbūtība, ka Darbinieks, kuram uzticēta vara vai atbildība noteiktu pilnvaru ietvaros, ar nodomu vai bez nodoma rīkosies savu vai citas personas materiālo interešu labā, gūstot sev vai nodrošinot citiem nepienākošos labumus, kā arī nodarot kaitējumu Slimnīcai. Reputācijas riski ietver arī Interesu konflikta un korupcijas riskus.

VI. Risku vērtēšana un to vadības pasākumu noteikšana

27. Veicot risku izvērtēšanu, tiek noteikta katra identificētā riska iestāšanās varbūtība skalā no 1 līdz 5, kur 1 ir gandrīz neiespējama un 5 ir gandrīz droša varbūtība (skatīt 1. pielikumu).
28. Katram riskam tiek noteikta arī iespējamā ietekme tā iestāšanās gadījumā. Ietekmi novērtē skalā no 1 līdz 5, kur 1 ir zema ietekme un 5 ir kritiska ietekme, izvēloties piemērotāko riska ietekmes skaidrojumu (skatīt 2 .pielikumu).
29. Riska vērtība tiek noteikta, reizinot iestāšanās varbūtības un ietekmes vērtības, kā rezultātā riska vērtība var būt robežās no 1 līdz 25 (skatīt 3. pielikumā).
30. Atkarībā no riska vērtības, riski tiek iedalīti 5 nozīmīguma grupās, kur 1 ir zemas, bet 5 ir kritiskas nozīmes riski. Katrai risku grupa tiek definēta sagaidāmā rīcība (attiecībā uz riska vadīšanu), kas ir apzināta riska pieņemšana, riska mazināšana, samazinot tā iestāšanās varbūtību un/vai ietekmi, riska pilnīga vai daļēja nodošana trešajām personām (pakalpojuma nodošana ārpus pakalpojumā vai apdrošināšana), vai arī izvairīšanās no riska, atsakoties no risku

izraisošo darbību īstenošanas. Jo augstāks ir riska nozīmīguma vērtējums, jo nepieciešama ātrāka un aktīvāka Riska vadības rīcība (skatīt 4. pielikumu).

VII. Iekšējās kontroles sistēmas elementi

31. Slimnīcas iekšējās kontroles sistēma ietver šādus savstarpēji saistītus elementus: kontroles vide, risku identificēšana un novērtēšana, informācija un saziņa, kontroles pasākumi, iekšējās kontroles sistēmas uzraudzība.
32. Slimnīcas kontroles vide nodrošina iekšējās kontroles sistēmas disciplīnu un struktūru, kā arī Slimnīcas mikroklimatu un labas pārvaldības principu ievērošanu:
 - 32.1. slimnīcas organizatoriskā struktūra ir veidota tā, lai sekmētu Slimnīcas stratēģisko mērķu sasniegšanu un uzdevumu izpildi, nodrošinātu efektīvu lēmumu pieņemšanas procesu, atbildības deleģējumu un skaidru izpildes pārskatu sniegšanas procesu par darbības rezultātiem;
 - 32.2. struktūrvienību reglamenti nosaka struktūrvienību uzdevumus, uzbūvi un darba organizāciju;
 - 32.3. darbinieku amatu apraksti nosaka detalizētu pienākumu un atbildības sadali;
 - 32.4. personāla politika nosaka Slimnīcas darba kultūru un pamatvērtības, kā arī personāla vadības jomu uzstādījumus;
 - 32.5. iekšējās kārtības noteikumi nosaka prasības attiecībā uz darba laika organizāciju, darba samaksu, darba aizsardzības pasākumiem, darbinieku uzvedības un citiem uz darba kārtību attiecināmiem noteikumiem;
 - 32.6. Slimnīcas Ētikas kodekss un Pretkorupcijas pasākumu plāns nosaka Slimnīcas vadības un darbinieku uzvedību un rīcību lēmumu pieņemšanā.
33. Risku identificēšanas un novērtēšanu nosaka Politikā noteiktais risku pārvaldības process.
34. Informācija un saziņa – Slimnīca uzskata, ka ticamas informācijas iegūšana un pārvaldība, kā arī saziņai visos Slimnīcas pārvaldības līmeņos ir jānotiek efektīvā un drošā veidā, tsk.:
 - 34.1. Slimnīcas nodrošina ticamu, atbilstošu, savlaicīgu, aktuālu, precīzu, dokumentētu un atbilstoši pieejamu informāciju drošā veidā;
 - 34.2. Slimnīcas vadība regulāri informē darbiniekus par ilgtermiņā un īstermiņa plāniem un rezultātiem, kā arī citiem būtiskiem pārvaldības jautājumiem;
 - 34.3. Slimnīcas iekšējās informācijas aprites un saziņas sistēma nodrošina, ka Slimnīcas darbinieki ir informēti par slimnīcas mērķiem un uzdevumiem, iekšējiem normatīvajiem aktiem un izmaiņām tajos;
 - 34.4. Informācijas ziņošana ietver kā iekšējos, tā ārējos ziņojumus par finanšu un nefinanšu darbību. Iekšējie ziņojumi nodrošina Valdi ar precīzu un pilnīgu informāciju lēmumu pieņemšanai un Slimnīcas darbības uzraudzībai. Ārējie ziņojumi nodrošina ieinteresēto pušu informētību par Slimnīcas finansiālo stāvokli un darbības rezultātiem;
 - 34.5. Slimnīcā tiek veiktas iekšējās viedokļu aptaujas, kā arī raksturīgs darba organizācijas elements ir darba grupu organizēšana par specifiskiem jautājumiem. Darba grupās deleģē pārstāvjus ar dažādām prasmēm un kompetencēm, lai nodrošinātu viedokļu un zināšanu apmaiņu, kā arī sekmētu darbinieku iesaisti lēmumu pieņemšanā.
35. Kontroles pasākumi – Slimnīca ievieš tādas kontroles pasākumus, kuri visos organizatoriskajos līmeņos un funkcijās nodrošina uzdevumu un vadības rīkojumu izpildi un atbilstību normatīvo aktu prasībām, tsk.:

- 35.1. Slimnīcas iekšējos normatīvajos dokumentos ir noteiktas atbildīgās personas par kontroļu izveidi un veikšanu;
 - 35.2. Slimnīca izveido procesu vadības un uzraudzības sistēmu, lai atbilstoši Slimnīcas mērķiem uzlabotu procesu efektivitāti. Ar procesu saistītā dokumentācija tiek izvietota Slimnīcas dokumentu vadības sistēmā un mājas lapā;
 - 35.3. Slimnīca ir ieviesusi tādas iekšējās procedūras, kas paredz tiesību deleģēšanu, lēmumu saskaņošanu un apstiprināšanu, kontrolētu piekļuvi resursiem un dokumentiem. Būtiskās jomās, kur tas ir saprātīgi, tiek nodrošinātas otrreizējas pārbaudes jeb “četrū acu principa” piemērošana;
 - 35.4. Slimnīca nodrošina informācijas sistēmu un programmnodrošinājuma sistēmu vispārējo kontroli;
 - 35.5. Slimnīcā tiek nodrošināta materiālo un finanšu resursu efektīva un lietderīga izmantošana un aizsardzība, kā arī ir izstrādātas un ieviestas procedūras, kas nodrošina, ka grāmatvedības uzskaitē ir patiesa, salīdzināma un pilnīga;
 - 35.6. Slimnīcas risku pārvaldība veido Slimnīcas risku kontroles vides pamatus.
36. Iekšējās kontroles sistēmas uzraudzība tiek organizēta vairākos veidos, visos Slimnīcas organizatoriskajos līmeņos:
- 36.1. Nepārtraukta uzraudzība ir ietverta Slimnīcas pamatdarbības un atbalsta darbību procesos, informācijas sistēmās iestrādātos uzraudzības elementos, Slimnīcas veiktajās datu analīzēs, kas ietekmē lēmumu pieņemšanu;
 - 36.2. Iekšējo auditu veikšanu, kuru mērķis ir sniegt uz risku novērtējumu balstītu Slimnīcas iekšējās kontroles sistēmas efektivitātes vērtējumu, tādējādi sekmējot tās pilnveidošanu.
 - 36.3. Slimnīcas darbības finanšu revīziju veic zvērināts revidents.
37. Slimnīca savu darbību veic atbilstoši normatīvajiem aktiem. Regulāri tiek veikta iekšējo normatīvo aktu aktualizēšana, atbilstoši ārējo normatīvo aktu prasībām.

VIII. Noslēguma jautājumi

38. Slimnīcas darbības jomās, kur prasības attiecībā uz iekšējo kontroles sistēmu noteiktas ar ārējo vai specifisko iekšējo regulējumu (piemēram, korupcijas un interešu konflikta riska novēršana, darba vides iekšējā uzraudzība, informācijas un komunikācijas tehnoloģiju sistēmu drošība u.c.), precīza Politikas ieviešana un risku pārvaldības norise var tikt skaidrota ar atsevišķiem iekšējiem normatīvajiem aktiem, ievērojot Politikas principus.
39. Lai nodrošinātu efektīvu politiku piemērošanu, Slimnīcas Valde regulāri veic Slimnīcas politiku ieviešanas uzraudzību. Valde pēc nepieciešamības, bet ne retāk, kā vienu reizi trīs gados pārskata Politiku un vajadzības gadījumā iniciē attiecīgu izmaiņu veikšanu.
40. Slimnīca nodrošina Darbinieku iepazīstināšanu ar Politiku Slimnīcā noteiktajā kārtībā. Politika ir pieejama Slimnīcas dokumentu vadības sistēmā un mājas lapā.

Risku iestāšanās varbūtības vērtību skaidrojums

Riska varbūtība	Riska varbūtības vērtējums	Riska varbūtības skaidrojums
5	Gandrīz droša	Ir ievērojama pārliecība, ka risks iestāsies
4	Ticama	Pastāv liela iespēja, ka risks iestāsies
3	Iespējama	Pastāv iespēja, ka risks iestāsies
2	Maz ticama	Pastāv maza iespēja, ka risks iestāsies
1	Gandrīz neiespējama	Nav sagaidāms, ka risks iestāsies, izņemot eventuālu situāciju ārkārtas gadījumā

Risku ietekmes vērtību skaidrojums

Ietekmes vērtība	Ietekmes vērtības vērtējums	Ietekmes vērtības skaidrojums
5	Kritiska	<p>Apdraudēta Slimnīcas mērķu sasniegšana. Iespējama veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas pārtraukšana. Negatīva ietekme uz Slimnīcas reputāciju. Finansiālā ietekme >EUR 700 tūkst.</p>
4	Augsta	<p>Kavēta Slimnīcas mērķu sasniegšana. Būtiski traucēta veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana. Būtiski ietekmēta Slimnīcas procesu un struktūrvienību darbība. Sagaidāma negatīva ietekme uz Slimnīcas reputāciju. Finansiālā ietekme no EUR 200 – 700 tūkst.</p>
3	Vidēja	<p>Apgrūtināta Slimnīcas mērķu sasniegšana. Iespējami pārtraukumi veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā. Iespējami traucējumi Slimnīcas procesu un struktūrvienību darbībā. Iespējama negatīva ietekme uz Slimnīcas reputāciju. Finansiālā ietekme EUR 50 – 200 tūkst.</p>
2	Mērena	<p>Iespējami maznozīmīgi traucējumi vai pārtraukumi veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā. Iespējami maznozīmīgi traucējumi Slimnīcas procesu un struktūrvienību darbībā. Var būt nepieciešama nebūtiska papildus resursu piesaiste, lai netiktu ietekmēti mērķu sasniegšana. Finansiālā ietekme < EUR 50 tūkst.</p>
1	Zema	<p>Netiek ietekmēta Slimnīcas mērķu sasniegšana. Iespējami nenozīmīgi traucējumi veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā. Iespējami nenozīmīgi traucējumi Slimnīcas procesu un struktūrvienību darbībā. Nav nepieciešama papildus resursu piesaiste riska ietekmes novēršanai. Nav finansiālas ietekmes.</p>

Risku vērtību skaidrojums

Riska vērtību aprēķina reizinot “Riska varbūtību” ar “Riska ietekmi”.

Riska varbūtība	Riska ietekme				
	Zema (1)	Mērena (2)	Vidēja (3)	Augsta (4)	Kritiska (5)
Gandrīz droša (5)	5	10	15	20	25
Ticama (4)	4	8	12	16	20
Iespējama (3)	3	6	9	12	15
Maz ticama (2)	2	4	6	8	10
Gandrīz neiespējama (1)	1	2	3	4	5

Risku nozīmīguma vērtējums un sagaidāmā risku vadības rīcība

Riska vērtējums pēc nozīmīguma	Sagaidāmā riska vadības rīcība
Kritisks (20-25)	<p>Nepieciešama steidzama rīcība riska mazināšanai.</p> <p style="text-align: center;">vai</p> <p>Ja iespējams, jāpārtrauc risku izraisošā aktivitāte.</p>
Augsts (13-19)	<p>Obligāti nepieciešama rīcība riska mazināšanai (piemēram: esošo kontroļu pilnveidošana vai jaunu ieviešana)</p>
Vidējs (9-12)	<p>Var būt nepieciešama papildus rīcība riska mazināšanai.</p> <p style="text-align: center;">vai</p> <p>Turpina īstenot esošos kontroles pasākumus, pastiprināti veicot riska ikdienas uzraudzību.</p>
Mērens (5-8)	<p>Turpina īstenot esošos kontroles pasākumus un veikt ikdienas uzraudzību.</p> <p>Var būt nepieciešama papildus rīcība riska mazināšanai.</p>
Zems (1-4)	<p style="text-align: center;">Risks ir pieņemams.</p> <p>Turpina īstenot esošos kontroles pasākumus un veikt riska ikdienas uzraudzību. Var tikt apsvērta kontroļu mazināšana.</p>

Slimnīcas risku pārvaldības pasākumu plāna un tā izpildes forma

SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca" 202__ . gada risku izvērtējums un pasākumi risku mazināšanai vai novēršanai

N P K	Risks	Ietekme (I)	Varbūtība (V)	Riska vērtība (R=I×V)	Esošie kontroles pasākumi	Pasākums riska mazināšanai vai novēršanai		
						Izpildes termiņš	Atbildīgais par pasākuma izpildi	Izpildīts/ Neizpildīts

Veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības novērtēšana

Ārstniecības risku vadība Slimnīcā tiek nodrošināta, izmantojot “Visaptverošas ārstniecības iestāžu kvalitātes vadības un pacientu drošības sistēmas novērtēšanas metodiku”*. Visaptverošais veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības vadības modelis veidots, pamatojoties uz Joint Commission International izstrādātajiem starptautiskiem principiem un kritērijiem.

Veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības starptautiskās pamatnostādnes (International Essentials of Health Care Quality and Patient Safety) - Joint Commission International izveidota programma, vērsta uz pacienta veselības aprūpes risku novērtēšanu individuālā ārstniecības iestādē vai nacionālā veselības aprūpes sistēmas līmenī. Risku novērtēšanas rezultāti var tikt izmantoti procesu pilnveidošanai, stratēģiju izstrādei, risku samazinājumu apzināšanai ārstniecības iestādēs. Programma radīta, lai ieviestu ar veselības aprūpes drošības kvalitātes pilnveidošanu saistītās aktivitātēs plašākā sektorā, rada bāzi citu ar kvalitāti, drošību, izglītību saistīto mehānismu ieviešanai.

Visaptverošs veselības aprūpes kvalitātes un drošības vadības modelis:

- Nosaka veselības aprūpes galvenās riska jomas un novērtēšanas kritērijus;
- Aptver galveno, kas ietekmē pacienta drošību un pakalpojumu kvalitāti;
- Strukturēta atbildības sadalījuma, procesu noteikšanas un rezultātu izmērāmo rādītāju noteikšanas metodika;
- Paredz līdz 50 izmērāmajiem rādītājiem, kas raksturo sasniegto visās riska jomās.

Veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības risku novērtēšana notiek:

- Identificētajās 5 galvenajās “risku jomās”, kurās jākoncentrē iniciālās pacientu drošības un pakalpojumu kvalitātes pilnveidošanas aktivitātes:
 - o Vadības procesi un atbildība;
 - o Kompetents un spējīgs personāls;
 - o Personālam un pacientam droša vide;
 - o Pacientu klīniskā aprūpe;
 - o Kvalitātes un drošības pilnveidošana.
- Katrā riska jomā noteikti 10 kritēriji, kas sniedz skaidru un sasniedzamu riska samazināšanas stratēģiju;
- “Sasnieguma līmeņi” katram kritērijam sniedz iespēju izmērīt un novērtēt sasniegto riska samazināšanu katrā jomā.

Balstoties uz regulāriem periodiskiem ārstniecības risku novērtējumiem, tiek veidotas Ārstniecības risku kartes, kurās, atbilstoši t.s. “luksofora principam” tiek atzīmēti dažādu jomu risku līmeņi. Atbilstoši iegūtajiem līmeņiem tiek noteiktas prioritāri pilnveidojamās jomās risku mazināšanai. Kā piemēram risku kartes saturam un formai, skatīt zemāk attēloto risku karti (bez vērtībām).

* “Visaptverošas ārstniecības iestāžu kvalitātes vadības un pacientu drošības sistēmas novērtēšanas metodika”, Daiga Behmane, Igors Trofimovs, Dzintars Putnis. Par „Visaptverošas kvalitātes vadības sistēmas metodikas” saturu atbild „Latvijas Veselības ekonomikas asociācija”. <https://lvea.lv/wp-content/uploads/2017/09/Arstniecibas-iestazu-visaptverosas-kvalitates-vadibas-sistemas-metodika.pdf>

Risku karte SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca"

	07.2023.		Jēkabpils RS				
Riska joma ▶	1	2	3	4	5		
Kritēriji ▼	Vadības procesi un atbildība	Darbinieku kompetence	Pacientiem un darbiniekiem droša vide	Pacientu klīniskā aprūpe	Kvalitātes un drošības pilnveidošana		
1	Identificēta vadības atbildība	Personāla lietas un amatu apraksti visiem darbiniekiem	Regulāra ēku inspicēšana	Korekta pacientu identifikācija	Ziņošanas sistēma par negadījumiem		
2	Kvalitātes un drošības vadība	Ārstu kvalifikācijas uzraudzība	Bīstamo materiālu kontrole	Pacientu informētība un informēta piekrišana	Negadījumi tiek analizēti		
3	Sadarbības vadība	Māsu kvalifikācijas uzraudzība	Ugunsdrošības programma	Visu pacientu ārstnieciskā un aprūpes novērtēšana	Augsta riska procedūru un augsta riska pacientu uzraudzība		
4	Līgumu vadība	Citu ārstn. personu kvalifikācijas uzraudzība	Medicīnas iekārtu drošība	Laboratorijas pakalpojumi ir pieejami un uzticami	Pacientu apmierinātība ir uzraudzīta		
5	Kvalitātes un risku vadības integrēšana	Personāla izglītšana	Ūdens un elektrības padeves drošība	Attēl-diagnostikas pakalpojumi ir pieejami, droši un uzticami	Personāla apmierinātība ir uzraudzīta		
6	Atbilstība likumdošanas un normatīvajiem aktiem	Studentu un citu praktiķu darbības uzraudzība	Infekciju profilakses un kontroles programma	Plānotā un sniegtā aprūpe tiek dokumentēta	Sūdzību izskatīšanas sistēma		
7	Pacientu un ģimenes tiesību ievērošana	Apmācība reanimācijas pasākumiem	Ar veselības aprūpi saistīto infekciju samazināšana (roku higiēna)	Anestēzijas un sedācijas atbilstoša lietošana	Klīniskās vadlīnijas ir pieejamas un tiek pielietotas		
8	Augsta riska pacientu aprūpes vadība	Personāla apmācība infekciju kontrolē un profilaksē	Aizsardzības līdzekļu lietošana	Ķirurģiskie pakalpojumi atbilst pacientu vajadzībām	Personāls saprot, kā uzlabot procesus		
9	Pētījumu pārraudzība	Komunikācija starp pacienta aprūpes sniedzējiem	Asu priekšmetu un adatu atbilstoša utilizācija	Zāļu lietošana tiek droši vadīta	Klīnisko rezultātu monitorings		
10	Orgānu iegūšana, donācija un transplantācija, transfuzioloģija	Personāla veselības un drošības programma	Infekciozo medicīnas atkritumu atbilstoša utilizācija	Pacienti ir izglītoti līdzdalībai aprūpē	Darbinieku informēšana par kvalitātes un drošības jautājumiem		
Vērtējums:	0 - 0,99	1,00 - 1,49	1,5 - 2,49	2,5 - 3	nav attiecināms	NA	