

Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību
TRAUMATOLOĢIJAS UN ORTOPĒDIJAS SLIMNĪCA
Duntes ielā 22, Rīgā, LV - 1005, reģistrācijas Nr. 40003410729
Tālrunis 67 399 300, e-pasts: tos@tos.lv, www.tos.lv

APSTIPRINĀTS

*ar valsts sabiedrības ar ierobežotu
atbildību „Traumatoloģijas un
ortopēdijas slimnīca” rīkojumu*

RISKU VADĪBAS POLITIKA UN RISKU PĀRVALDĪBA

1. Risku vadības pamatojums, politika

- 1.1. Šī dokumenta mērķis ir noteikt sistemātisku pieeju, piemērojamus principus un atbildības struktūrētai risku pārvaldībai VSIA “Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca” (turpmāk – Slimnīca), un definēt risku vadības politiku;
- 1.2. Risku vadības politika – savlaicīgi identificēt, ziņot, novērtēt un mazināt, ierobežot vai novērst būtiskāko Slimnīcas negatīvu notikumu iespējamību un ietekmi uz Slimnīcu, pacientiem, darbiniekiem, nodrošinot samazinātu potenciālo seku iespējamību un nozīmību; veicināt un atbalstīt Slimnīcas stratēģisko un darbības mērķu sasniegšanu, demonstrējot atbildīgu attieksmi pret Slimnīcas darbību, resursiem, ilgtspēju un iesaistītajām pusēm.

2. Risku pārvaldības pamatprincipi:

- 2.1. Integrācija - visi organizācijas riski tiek pārvaldīti saskaņoti un integrēti vienā sistēmā, risku pārvaldība aptver visas slimnīcas darbības, risku vadības politika attiecas uz visām Slimnīcas struktūrvienībām un darbiniekiem;
- 2.2. Struktūra un skaidrība - strukturēta, regulāra un skaidra pieeja risku pārvaldībā;
- 2.3. Operativitāte un preventīvas darbības – Slimnīca regulāri un savlaicīgi seko ārējām un iekšējām pārmaiņām un notikumiem, apzinot izmaiņas esošajos un identificējot jaunus riskus. Risku pārvaldība nodrošina atbilstošu un savlaicīgu reakciju uz pārmaiņām un notikumiem.
- 2.4. Atbildība – riska īpašniekam (darbinieks), kura atbildības jomā var īstenoties risks vai kura rīcība var radīt risku un kurš ir atbildīgs par attiecīgā riska vadību, savas kompetences ietvaros, ir pienākums pārliecināties par to, ka būtiskie riski, kas varētu ietekmēt Slimnīcas darbības rezultātus, mērķu sasniegšanu un reputāciju, ir izprasti, ziņoti, vadīti un uzraudzīti;
- 2.5. Zināšanas un kompetence - risku pārvaldības ietvaros tiek nodrošināta darbinieku izglītošana un atbalsta sniegšana, veicinot izpratni par riskiem un to sekām;
- 2.6. Pastāvīga pilnveidošanās – risku vadības process notiek pastāvīgi un ir Slimnīcas attīstības procesa daļa. Risku pārvaldība tiek pastāvīgi pilnveidota saskaņā ar labas prakses principiem un pieredzi.

3. Atbildības un pienākumu sadalījums:

- 3.1. Slimnīcas valde:
 - 3.1.1. atbild par risku politikas izstrādi, apstiprināšanu un ieviešanu;
 - 3.1.2. nodrošina strukturētu un skaidru risku pārvaldību Slimnīcā;
 - 3.1.3. sniedz atbalstu politikas īstenošanā un pārrauga risku pārvaldības darbību kopumā.
- 3.2. Risku vadības grupa (turpmāk – RVG):

- 3.2.1. RVG sastāvs – valdes priekšsēdētājs, valdes locekļi, Finanšu, investīciju un attīstības departamenta vadītājs, galvenais ārsts, galvenā māsa, Kvalitātes vadības sistēmu grupas vadītājs;
- 3.2.2. RVG vadītājs – valdes loceklis (par ārstniecību, zinātni un izglītību);
- 3.2.3. veic iekšējo normatīvo aktu izstrādi un pilnveidošanu, kas reglamentē Slimnīcas risku pārvaldību;
- 3.2.4. regulāri un savlaicīgi seko ārējām un iekšējām pārmaiņām un notikumiem, nodrošina atbilstošu un savlaicīgu reakciju uz ārējām un iekšējām pārmaiņām, un notikumiem risku pārvaldības ietvaros;
- 3.2.5. identificē jaunus Slimnīcas darbības virzienus un jomas, kurās ir nepieciešama risku vadība;
- 3.2.6. informē darbiniekus par riskiem un to pārvaldību, sniedz atbalstu Slimnīcas darbiniekiem risku pārvaldībā.
- 3.3. Slimnīcas darbinieki:
 - 3.3.1. piedalās risku identificēšanā un ziņošanā;
 - 3.3.2. ir atbildīgi par risku mazināšanas, ierobežošanas vai novēršanas darbībām savā struktūrvienībā;
 - 3.3.3. struktūrvienības vadītāji komunicē risku pārvaldību pēc RVG norādījumiem struktūrvienībā.

4. Risku kategoriju iedalījums:

- 4.1. Operacionālie riski (saistīti ar cilvēkresursu pārvaldību, drošības pasākumiem, infrastruktūras uzturēšanu, tehnisko nodrošinājumu un sniegto pakalpojumu kvalitāti u.c.);
- 4.2. Finanšu riski (saistīti ar finanšu stabilitātes nodrošināšanu, budžeta plānošanu un kontroli, likviditātes un naudas plūsmas nodrošināšanu, nodokļu izmaiņām, tirgus riski u.c.);
- 4.3. Reputācijas riski (saistīti ar klientu pieredzi, konkurences aspektiem, korupcijas un interešu konflikta riskiem, komunikāciju publiskajā vidē u.c. apstākļiem, kas ietekmē Slimnīcas reputāciju);
- 4.4. Stratēģiskie riski (saistīti ar lēmumu pieņemšanu par stratēģiju, attīstību, ilgtspēju, inovāciju ieviešanu, kiberdrošību, investīciju projektu īstenošanu u.c.).

5. Risku pārvaldības process:

- 5.1. Risku identificēšana un ziņošana:
 - 5.1.1. darbinieks identificē risku;
 - 5.1.2. darbinieks ziņo identificēto risku - nosūtot pieteikumu EDUS, sadaļā Pieteikumi - sadaļā Riski (sk. pielikumu).
- 5.2. Risku analīze un vērtēšana, risku mazināšanu pasākumu noteikšana:
 - 5.2.1. vienu reizi mēnesī, vai biežāk pēc nepieciešamības, RVG sanāksmē veic risku identificēšanu, analīzi, vērtēšanu un riska līmeņa noteikšanu;
 - 5.2.2. nosaka risku cēloņus, iespējamās sekas, risku mazināšanas, ierobežošanas vai novēršanas pasākumus un atbildīgās personas par izpildi;
 - 5.2.3. riskus reģistrē TOS-i-10 Risku novērtējums (turpmāk - TOS-i-10);
 - 5.2.4. RVG sanāksmi organizē un protokolē Kvalitātes sistēmu vadītājs.
- 5.3. Risku komunicēšana:

- 5.3.1. Kvalitātes sistēmu vadītājs TOS-i-10 nosūta struktūrvienību administrējošam personālam e-pastā / EDUS;
- 5.3.2. struktūrvienību operatīvo sanāksmju laikā vai ārpus tās, struktūrvienības administrējošais personāls komunicē TOS-i-10 pārējiem nodarbinātajiem struktūrvienībā.
- 5.4. Risku mazināšanas, ierobežošanas vai novēršanas pasākumu īstenošana un uzraudzība:
 - 5.4.1. atbildīgais darbinieks veic noteiktos pasākumus risku mazināšanā, ierobežošanā vai novēršanā;
 - 5.4.2. atbildīgais darbinieks uzrauga risku mazināšanas, ierobežošanas vai novēršanas procesus, komunicējot ar iesaistītajiem darbiniekiem;
 - 5.4.3. atbildīgais darbinieks ziņo RVG vadītājam par risku mazināšanas, ierobežošanas vai novēršanas rezultātiem;
 - 5.4.4. nākamajā RVG sanāsmē tiek pārskatīts risku mazināšanas, ierobežošanas vai novēršanas pasākumu īstenošanas statuss;
 - 5.4.5. veic iekšējo auditu, novērtējot, vai būtiskie riski ir pietiekami pārvaldīti, un vai risku uzraudzība ir atbilstoša un ticama.

6. Noslēguma noteikumi:

- 6.1. Politika stājas spēkā darba dienā, kad to ir apstiprinājusi Slimnīcas valde (valdes sēdē un ar valdes izdotu rīkojumu);
- 6.2. Politika tiek publicēta Slimnīcas mājaslapā un EDUS;
- 6.3. Slimnīcas darbinieki tiek iepazīstināti ar politiku dienā, kad tā tiek apstiprināta ar rīkojumu (EDUS);
- 6.4. Politika tiek pārskatīta un aktualizēta (ja nepieciešams) ne retāk kā reizi trīs gados vai pēc nepieciešamības;
- 6.5. Par politikas aktualizēšanu atbildīgs ir Kvalitātes vadības sistēmu vadītājs.

Kvalitātes sistēmu vadītāja: G.Skane

***DOKUMENTS PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU**

Risku ziņošana EDUS:

1.

 SAITES

Iekšējie resursi:

Operāciju saraksts
TOS Tālrunu katalogs
HoP (Personāla pašapkalpošanās)
Dežuranti
Horizon iekšējie pasūtījumi
Instrumenti
Pieteikumi



2.

Pieteikumu sistēma

Ziņošanas sistēma > Pieteikumu sistēma



Nosūtīt pieteikumu

Nosūtīt jaunu jautājumu atbalsta dienestam



3.

Ko mēs varam jums palīdzēt?



Drošības incidenti



Problēmu ziņojumi



Saimnieciska problēma



Risku ziņojumi



Kiberdrošības ziņojumi



Idejas!