

APSTIPRINĀTS

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

**VSIA “TRAUMATOLOĢIJAS UN ORTOPĒDIJAS SLIMNĪCA”
KORPORATĪVĀS PĀRVALDĪBAS POLITIKA**

I. Lietotie termini

1. Korporatīvās pārvaldības politikā lietotie termini un saīsinājumi:

- 1.1. **Slimnīca** – valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca”;
- 1.2. **Ētikas kodekss** – Slimnīcas apstiprinātais Ētikas kodekss;
- 1.3. **Ieinteresētās puses** – personas un uzņēmumi, kas ir ieinteresēti Slimnīcas darbībā un darbības rezultātos (piem., Slimnīcas darbinieki, arodorganizācijas, pacienti, valsts pārvaldes iestādes, izglītības iestādes, piegādātāji, nevalstiskās organizācijas (biedrības un nodibinājumi) un citas personas, kuras skar vai ietekmē Slimnīcas darbība);
- 1.4. **Iekšējie normatīvie akti** – Slimnīcas normatīvie akti, kas izdoti ar mērķi noteikt vienotu Slimnīcas vai tās struktūrvienību statusu, darbības kārtību un procesus, kompetences, pienākumus, tiesības un atbildību;
- 1.5. **Ierobežotas pieejamības informācijas saraksts** – Valdes apstiprināts Slimnīcas ierobežotas pieejamības informācijas saraksts, kas izstrādāts atbilstoši Informācijas atklātības likuma 5. pantam;
- 1.6. **IKS** – Slimnīcas iekšējās kontroles sistēma;
- 1.7. **Kapitāla daļu turētājs (arī Dalībnieks)** – Latvijas Republikas Veselības ministrija, kas saskaņā ar Ministru kabineta 2004. gada 13. aprīļa noteikumu Nr. 286 “Veselības ministrijas nolikums” 25.4. apakšpunktu ir Slimnīcas valsts kapitāla daļu turētājs un ir ierakstīta Kapitālsabiedrības dalībnieku reģistrā kā vienīgais dalībnieks;
- 1.8. **Kapitālsabiedrību pārvaldības likums** – Publiskas personas kapitāla daļu un kapitālsabiedrību pārvaldības likums;
- 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 ieteikumu 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 noteikumiem” tiek piemērots Kapitālsabiedrībās;
- 1.11. **Politika** – šī Slimnīcas Korporatīvās pārvaldes politika;
- 1.12. **Statūti** – Kapitāla daļu turētāja apstiprinātie Slimnīcas statūti;
- 1.13. **Stratēģija** – apstiprinātā Slimnīcas vidēja termiņa darbības stratēģija;
- 1.14. **Struktūrvienība** – Slimnīcas organizatoriskā sastāvdaļa noteiktu darbības funkciju un uzdevumu izpildei, kas darbojas saskaņā ar nolikumu un kam ir vadītājs;
- 1.15. **Valde** – Slimnīcas valde;

- 1.16. **Vispārējais stratēģiskais mērķis** – ar Ministru kabineta 2025. gada 1. aprīļa rīkojuma Nr.185 “Par valsts līdzdalības saglabāšanu valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību “Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca” un vispārējo stratēģisko mērķi” 2. punktu noteiktais Slimnīcas vispārējais stratēģiskais mērķis.

II. Vispārējie noteikumi

2. Politikas mērķis ir noteikt vienotus korporatīvās pārvaldības pamatprincipus korporatīvās pārvaldības integrācijai visās Slimnīcas darbības jomās, veicinot Slimnīcas darbības ilgtermiņa un īstermiņa mērķu sasniegšanu, efektīvu vadību, racionālu un ekonomiski pamatotu resursu izmantošanu, kā arī ētisku, caurskatāmu un atbildīgu pārvaldību.
3. Politika izstrādāta, ievērojot Kapitālsabiedrību pārvaldības likumu, Korporatīvās pārvaldības kodeksu, kā arī citus piemērojamos normatīvos aktus.
4. Politikā noteikti vispārīgie Slimnīcas korporatīvās pārvaldības principi - attiecīgās jomas principu izklāsts iekļauts Slimnīcas atsevišķajās politikās, uz kurām sniegta atsauce Politikā.
5. Politika ir saistoša visiem Slimnīcas darbiniekiem un Valdei, tā attiecas arī uz sadarbību ar Kapitāla daļu turētāju, Slimnīcas pacientiem un citām Ieinteresētajām pusēm.

III. Korporatīvās pārvaldības dokumenti

6. Slimnīcas korporatīvā pārvaldība tiek īstenota saskaņā ar ārējiem normatīvajiem aktiem, Stratēģiju un citiem Slimnīcas plānošanas, pārvaldības un darbības īstenošanas dokumentiem un iekšējiem normatīvajiem aktiem.
7. Slimnīcā tiek izstrādāti un apstiprināti iekšējie normatīvie akti. To izstrādi un apstiprināšanu nosaka atsevišķas Slimnīcā apstiprinātas kārtības, kā arī ārējie normatīvie akti, kam ir augstāks juridiskais spēks.
8. Slimnīcā ir noteikta iekšējo normatīvo aktu juridiskā spēka hierarhija:
 - 8.1. politikas, kodeksi un nolikumi;
 - 8.2. Valdes rīkojumi un Valdes lēmumi ar reglamentējošu raksturu;
 - 8.3. procesu apraksti, rokasgrāmatas, instrukcijas, kārtības, algoritmi, metodikas, rīcības, vadlīnijas.
9. Valde apstiprina politikas, kodeksus, nolikumus, kas nosaka Slimnīcas darbības vispārīgus pamatprincipus, vērtības, mērķus un kuri ir saistoši visiem Slimnīcas darbiniekiem.
10. Valde apstiprina Slimnīcas iekšējos normatīvos aktus (nolikumi, procesu apraksti, noteikumi, kārtības, u.c.), kas nosaka Slimnīcas darbības un struktūrvienību darba organizēšanas un izpildes kārtības, procesus, uzdevumus un atbildību, un kas ir saistoši Slimnīcas darbiniekiem.
11. Slimnīcas struktūrvienību vadītāji atbilstoši savai kompetencei ir tiesīgi izstrādāt iekšējos normatīvos aktus (procesu aprakstus, instrukcijas, algoritmus, vadlīnijas u.c.), kas nosaka darba procesu Slimnīcā konkrētā jomā un kas ir saistoši konkrētam, specifiskam darbinieku lokam. Šos iekšējos normatīvos aktus apstiprina Valde.
12. Slimnīcas iekšējie normatīvie akti tiek regulāri pārskatīti un aktualizēti.

IV. Stratēģija

13. Slimnīcas darbības stratēģiskos virzienus nosaka Vispārējais stratēģiskais mērķis - saglabāt, uzlabot un atjaunot iedzīvotāju veselību, nodrošinot kvalitatīvu, efektīvu un pieejamu neatliekamās un plānveida medicīniskās palīdzības, kā arī terciārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu traumatoloģijā un ortopēdijā Latvijas iedzīvotājiem, vienlaikus nodrošinot klīnisko bāzi ārstniecības personu izglītībai un veicinot zinātnes un pētniecības attīstību.
14. Slimnīcai ir apstiprināta Stratēģija. Stratēģiju apstiprina Kapitāla daļu turētājs.
15. Stratēģiju izstrādā Valde, vadoties no Kapitāla daļu turētāja Gaidu vēstules un Vispārējā stratēģiskā mērķa.
16. Stratēģijas projekta izstrādē tiek iesaistīti Slimnīcas darbinieki no dažādām struktūrvienībām, tādējādi nodrošinot vienotu un koordinētu Slimnīcas attīstību.

17. Slimnīcas darbība notiek saskaņā ar Stratēģijā noteiktajiem un izvirzītajiem mērķiem un rīcībām. Par mērķu īstenošanu ir atbildīga Valde un Slimnīcas struktūrvienību vadītāji.
18. Valde regulāri uzrauga Stratēģijas realizēšanu un kontrolē tajā noteikto mērķu izpildi. Noviržu gadījumā tiek veiktas korektīvās darbības, lai nodrošinātu Stratēģijā noteikto mērķu sasniegšanu.
19. Valde aktualizē Stratēģijā noteiktos Slimnīcas finanšu un nefinanšu mērķus ne retāk kā reizi gadā un iesniedz apstiprināšanai Kapitāla daļu turētājam un Koordinācijas institūcijai.

V. Iekšējā kultūra un ētiska uzvedība

20. Slimnīca tās darbības jomās un organizatoriskā struktūrā īsteno labas korporatīvās pārvaldības principus, akcentējot ētikas normu ievērošanu, godīgumu, caurskatāmību un vienlīdzīgu attieksmi.
21. 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 Valde un katrs Slimnīcas darbinieks.
22. Slimnīca un Ieinteresētās puses savā darbībā un savstarpējās sadarbībā ievēro ētiskas rīcības normas, kas noteiktas Ētikas kodeksā. Situācijās, kas nav atrunātas Ētikas kodeksā, rīkojas saskaņā ar vispārpieņemtajiem uzvedības un morāles principiem.
23. Laba darīšana un nekaitēšana, taisnīgums un godīgums, atbildība, cieņa, koleģialitāte un lojalitāte - uz šiem darbinieku ētikas pamatprincipiem balstās Slimnīcas Ētikas kodekss, lai veicinātu darbinieku likumīgu, produktīvu, kvalitatīvu un godprātīgu darbu.
24. Ētikas kodeksa ievērošanu un pārkāpumu izskatīšanu nodrošina Ētikas komisija.

VI. Iekšējās kontroles sistēma un risku pārvaldība un iekšējais audits

25. Slimnīcā ir izveidota iekšējās kontroles sistēma, kas sastāv no savstarpēji saistītiem jomām - iekšējās kontroles vides, risku novērtēšanas, kontroles darbībām, informācijas, komunikācijas un uzraudzības.
26. IKS uzdevums ir nodrošināt Slimnīcas mērķu sasniegšanu, efektīvu darbību, pārskatu ticamību un darbības atbilstību normatīvajiem aktiem. Par tās izveidi, uzturēšanu un efektivitāti ir atbildīga Valde.
27. Lai nodrošinātu IKS uzdevuma izpildi, IKS pārvaldība tiek īstenota:
 - 27.1. Slimnīcas struktūrvienību vadītāji atbilstoši savai kompetencei vada un nosaka darbības un resursu izmantošanu Slimnīcas mērķu sasniegšanai;
 - 27.2. Valde nodrošina papildu kompetenci, atbalstu un uzraudzību, kas saistīta ar risku vadību, kvalitātes vadību, pacientu drošību, informācijas tehnoloģiju drošību, personu datu aizsardzību un kiberdrošību Slimnīcā.
28. 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 integrēšanu Slimnīcas procesos.
29. Slimnīcā ir Risku vadības politika, izstrādāta metodika, izveidota vienota un pārskatāma risku vadība, kā arī sistemātisku risku pārskatīšana un kontrole.
30. Risku vadība paredz pastāvīgu Valdes uzraudzību pār ikdienas darbībām risku identificēšanā, novērtēšanā un mazināšanā, kā arī sistēmas pilnveidē.
31. Risku savlaicīgai identificēšanai un samazināšanai, ierobežošanai vai novēršanai, ir izveidota vide, kur Slimnīcas darbinieki var sniegt informāciju par konstatētajiem riskiem, trūkumiem, nepilnīgām un/vai pārkāpumiem.
32. Ārstniecības un aprūpes risku identificēšanai un novēršanai, Slimnīcā ir izveidota pacientu drošības incidentu informēšanas sistēma. Ar pacientu drošību saistīto gadījumu informēšanu atbilstoši apstiprinātajai Slimnīcas pacientu drošības gadījumu reģistrēšanas un analīzes kārtībai veic Slimnīcas darbinieki, pacienti vai viņu tuvinieki un citas Ieinteresētās puses.
33. Lai nodrošinātu Slimnīcas informēšanu par jebkuru pārkāpumu, kas kaitē Slimnīcas interesēm, Slimnīcā ir izveidota trauksmes celšanas kārtība. Jebkura fiziska persona var iesniegt informāciju par iespējamu pārkāpumu, ja persona šo informāciju uzskata par patiesu.

34. Slimnīcā ir apstiprināts Iekšējā audita procesa apraksts, tā mērķis ir sniegt neatkarīgu un objektīvu vērtējumu par Slimnīcas IKS darbību un efektivitāti, sniegt rekomendācijas par nepieciešamajiem uzlabojumiem, kas veicinātu Slimnīcas IKS pilnveidošanu.
35. Lai nodrošinātu caurskatāmu iekšējā audita darbību, iekšējais auditors kopā ar Valdi sagatavo un aktualizē iekšējā audita plānu (nākamajam kalendārajam gadam), izstrādājot uz riskiem balstītu pieeju un nosakot skaidras iekšējo auditu veikšanas prioritātes Slimnīcas IKS pakāpeniskai izvērtēšanai.

VII. Ārējais revidents

36. Slimnīcā tiek nodrošināta neatkarīga 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.
37. Valde nodrošina, ka katru gadu tiek sagatavots Slimnīcas gada pārskats saskaņā ar Gada pārskatu un konsolidēto gada pārskatu likumu, un tiek sasaukta dalībnieku sapulce tā apstiprināšanai. Sagatavoto gada pārskatu pārbauda neatkarīgs zvērināts revidents.
38. Slimnīcas gada pārskatu apstiprina Valde un kopā ar zvērinātu 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 Kapitāla daļu turētājam (apstiprināšanai dalībnieku sapulcē).
39. Slimnīcas gada pārskata revidents tiek izvēlēts Publisko iepirkumu likumā noteiktajā kārtībā, balstoties uz noteiktajiem ārējā revidenta atlases kritērijiem. Pretendents ir zvērinātu revidentu komercsabiedrība. Viena ārējā revidenta pilnvaru laiks nepārsniedz 5 gadus.

VIII. Valdes locekļu nominēšana un iecelšana, atalgojuma noteikšana

40. Slimnīcas Valdes locekļu kandidātu nominēšanas nosacījumi, kā arī amata kandidātiem izvirzāmās prasības nosaka Kapitālsabiedrību pārvaldības likums, Ministru kabineta noteikumi Nr. 20 "Valdes un padomes locekļu nominēšanas kārtība kapitālsabiedrībās, kurās kapitāla daļas pieder valstij vai atvasinātai publiskai personai", kā arī Koordinācijas institūcijas vadlīnijās ietvertie ieteikumi.
41. Valdes locekļu amata kandidātu nominēšanas procesam jānodrošina godīga un profesionāla amata kandidātu atlase, lai nodrošinātu nepieciešamās kompetences, tādējādi veicinot profesionālu un kompetentu Slimnīcas pārvaldības izveidi.
42. Valdes locekļu amata kandidātu atlasī veic personāla atlases kompānija un Nominācijas komisija. par konkursa rezultātiem informējot Kapitāla daļu turētāju.
43. Valdes locekļi tiek iecelti uz noteiktu periodu, ne ilgāku par 5 gadiem.
44. Valdes locekļu atalgojumu nosaka Kapitālsabiedrību pārvaldības likums.
45. Slimnīcai nav padomes.

IX. Cilvēkresursu un atalgojuma politika

46. Slimnīca ir apstiprināta Cilvēkresursu vadības politika. Šīs politikas mērķis ir noteikt un darīt zināmu Slimnīcas darbiniekiem darba devēja principus darbinieku atlasē, plānošanā, attīstībā un apmācību organizēšanā, darbinieku darba snieguma novērtēšanā, atalgojuma un motivācijas noteikšanā, lai realizētu mūsdienīgu, efektīvu cilvēkresursu vadību Slimnīcā, veicinātu darbinieku attīstību un lojalitāti, kas veicinātu Slimnīcas kā augstu novērtēta darba devēja un augsti specializētu stacionāro un ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja tēla veidošanu un popularizēšanu.
47. Cilvēkresursu vadības politikas īstenošanai Slimnīcā ir apstiprināts Nolikums par personāla darba samaksas noteikšanu, kurā definēti vispārīgie principi atalgojuma noteikšanā, un tas tiek pārskatīts un aktualizēts ne retāk kā reizi gadā vai pēc nepieciešamības - Slimnīcas Valde katru gadu vai pēc kārtējā budžeta izmaiņām pārskata pamatalgas apmēru katrai amata vienībai attiecīgā struktūrvienībā un nosaka tās atbilstoši plānotajam finansējuma apjomam Slimnīcas kārtējā perioda algu fondam.

X. Interesu konflikta un korupcijas riska novēršana

48. Slimnīcā ir apstiprināta Korupcijas un interešu konflikta risku novēršanas politika, kurā definētas pamatpazīmes, kas norāda uz korupcijas un / vai interešu konflikta iespējamību, kā arī iekšējie normatīvie akti (piem., Korupcijas un interešu konflikta risku novērtējums, kas ietver korupcijas riskam pakļauto amatu novērtējumu), kuri reglamentē sistemātisku pasākumu kopumu interešu konflikta un korupcijas iespējamības riska identificēšanai, novēršanai un mazināšanai Slimnīcas darbības procesos.
49. Valde un Slimnīcas darbinieki apzinās, izprot un ir informēti par nepieciešamo rīcību potenciāla vai faktiska interešu konflikta gadījumā, lai izvērtētu risku un nepieļautu pārkāpumus.
50. Valde 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 saistīto personu interesēm.
51. Interešu konflikta situācija tiek izskatīta saskaņā ar normatīvajos aktos noteikto spēkā esošo kārtību, kādā valsts amatpersonas paziņo par savu atrašanos interešu konflikta situācijā un kārtību, kādā interešu konflikta situācijā esošās valsts amatpersonas funkcijas nodod izpildei citai valsts amatpersonai.
52. Slimnīcas mājas lapā ir izvietota informācija par veiktajiem pasākumiem korupcijas risku novēršanā.
53. Slimnīca ir pievienojusies “Sabiedrības par atklātību – Delna” un Latvijas Korporatīvās sociālās atbildības platformas iniciatīvai, apliecinot savu nulles toleranci pret korupciju.

XI. Pārvaldības organizācija un struktūra

54. Slimnīcas pārvaldi īsteno Kapitāla daļu turētājs (dalībnieku sapulce, rīkojumi, u.c.) un Valde.
55. Valde nodrošina vispārējo vadību un pārstāv Slimnīcu.
56. 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.
57. Dalībnieku sapulces lēmumi tiek pieņemti kārtējā vai ārkārtas dalībnieku sapulcē. Dalībnieku sapulces tiek protokolētas, un sapulču protokoli tiek nosūtīti Valdei izpildei.
58. Dalībnieku sapulcē pieņem lēmumus atbilstoši iepriekš izsludinātajiem lēmumu projektiem.
59. Slimnīca laikus informē Kapitāla daļu turētāju par dalībnieku sapulces darba kārtību un nodrošina iespējas piedalīties dalībnieku sapulcē attālināti.
60. Valde pieņem lēmumus visos Slimnīcas darbības jautājumos, izņemot jautājumus, kuros lēmumus saskaņā ar normatīviem aktiem vai Statūtiem pieņem attiecīgi Kapitāla daļu turētājs.
61. Valdes lēmumi tiek pieņemti Valdes sēdēs, Valdes sēdes tiek protokolētas.
62. Valdes kompetence, funkcijas un atbildība noteikti Kapitālsabiedrību pārvaldības likumā un citos saistošos normatīvajos aktos, un Valde tos īsteno atbilstoši normatīvajiem aktiem, Statūtiem, Valdes reglamentam.
63. 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 Slimnīcas struktūrvienības darbības specifikas.
64. Slimnīcā ir izstrādāta organizatoriskā struktūrshēma, ko apstiprinājusi Valde.
65. Slimnīcas struktūrvienību veicamās funkcijas tiek regulāri pārskatītas, lai nodrošinātu pārvaldību, kas ir maksimāli vērsta uz sadarbību un efektivitāti.
66. Slimnīcas pamatdarbības efektivitātes veicināšanai tiek veidotas pastāvīgi darbojošās grupas (piemēram, Operatīvās vadības grupa, Risku vadības grupa) un komisijas (piemēram, Iepirkumu komisija, Ētikas komisija, Infekciju kontroles komisija u.c.), kurām noteikts darbības mērķis, uzdevumi, tiesības, pienākumi un atbildība.
67. Slimnīcā ir izveidota Operatīvās vadības grupa, kuras izveide, sastāvs, atbildība un uzdevumi ir noteikti apstiprinātā Slimnīcas Katastrofu medicīnas plānā. Operatīvā vadības grupa darbojas ārkārtas medicīnā 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.

XII. Sadarbība ar Ieinteresētajām pusēm

68. Ņemot vērā Slimnīcas darbības specifiku, tai ir plašs Ieinteresēto pušu loks. Ieinteresētās puses ir gan visai Slimnīcai kopējas, gan specifiskas konkrētai darbības jomai. Slimnīca, plānojot savu darbību, iespēju robežās iesaista Ieinteresētās puses, lai nodrošinātu caurskatāmu lēmumu pieņemšanu, iespējami plašu Ieinteresēto pušu aptveri un viedokļu uzklauššanu.
69. Ieinteresēto pušu iesaistes mērķi:
- 69.1. pilnveidot un uzlabot Slimnīcas nodrošināto ārstniecības un aprūpes pakalpojumu kvalitāti un drošību;
 - 69.2. pilnveidot un uzlabot Slimnīcas īstenoto sadarbību zinātnes, izglītības un apmācības jomā;
 - 69.3. veidot pozitīvu darba vidi, pilnveidot un uzlabot darba organizāciju, sociālo aizsardzību un citus ar darba tiesiskajām attiecīgām saistītus jautājumus.
70. Slimnīcai ir noslēgts darba koplīgums ar Slimnīcas darbinieku intereses pārstāvošo arodbiedrību. Starp arodbiedrību un Valdi tiek realizēta sadarbība, ievērojot uzticības, saprašanās un atklātības principus.
71. Slimnīca regulāri veic klientu (pacientu) apmierinātības un Slimnīcas darbinieku apmierinātības aptaujas, izzinot klientu un darbinieku ieteikumus, kas ļauj uzlabot Slimnīcas pārvaldības principus, kā arī nodrošināt Slimnīcas darbības un Iekšējo normatīvo aktu pilnveidošanu.

XIII. Darbības caurskatāmība

72. Slimnīca regulāri un laicīgi sniedz informāciju par savu darbību, publicējot to Slimnīcas mājaslapā, atbilstoši Kapitālsabiedrību pārvaldības likuma 58.¹ un 58.² panta prasībām, kā arī izmantojot dažādas komunikācijas platformas, tai skaitā sociālos medijus.
73. Slimnīca ik gadu atbilstoši Kapitālsabiedrību pārvaldības likuma 58.¹ un 58.² panta prasībām sagatavo paziņojumu par korporatīvo pārvaldību un nefinanšu paziņojumu.
74. Slimnīca regulāri un normatīvajos aktos vai Kapitāla daļu turētāja lēmumos, vai rīkojumos noteiktajos termiņos informē Kapitāla daļu turētāju par Slimnīcas darbību, finanšu, nefinanšu rezultātiem, pārvaldību un citiem aktuāliem jautājumiem.
75. Slimnīcā ir apstiprināts 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 ne retāk kā reizi gadā.
76. Lai nodrošinātu darbinieku informēšanu par aktualitātēm Slimnīcā, tostarp, arī informētu par ārējiem un Iekšējiem normatīvajiem aktiem un to praktisko piemērošanu, regulāri (reizi nedēļā) tiek organizētas atklātas Slimnīcas darbinieku sanāksmes, kurās ir iespēja attālināti piedalīties visiem Slimnīcas darbiniekiem.

XIV. Noslēguma noteikumi

77. Politika stājas spēkā darba dienā, kad to ir apstiprinājusi Slimnīcas Valde (Valdes sēdē un ar Valdes izdotu rīkojumu).
78. Politika tiek publicēta Slimnīcas mājaslapā un EDUS.
79. Slimnīcas darbinieki tiek iepazīstināti ar politiku dienā, kad tā tiek apstiprināta ar rīkojumu (EDUS).
80. Politika tiek pārskatīta un aktualizēta (ja nepieciešams) ne retāk kā reizi gadā vai pēc nepieciešamības.

Valdes priekšsēdētāja: K.Valdusa

*DOKUMENTS PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU