Приложение № 2

к приказу КГБУ СО «КЦСОН «Зеленогорский»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ**

Краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания «Зеленогорский»

2020

**Содержание**

1. Общее описание системы качества учреждения.

2. Нормативно-законодательная база политики Центра в области качества.

3. Политика учреждения в области качества.

4. Основные факторы, влияющие на качество социальных услуг, и качество социальных услуг.

5. Организационная структура системы качества.

6. Внутренние проверки системы качества.

7. Анализ функционирования системы качества.

8. Полномочия и ответственность за контроль качества.

9. Заключительные положения.

**1. Общее описание системы качества учреждения**

Настоящее Руководство по качеству описывает систему качества Краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания «Зеленогорский»(далее – учреждение, Центр), разъясняет его политику в области качества, отражает организационную структуру системы качества, задачи и функции отделений и служб учреждения в области качества, приводит сведения о комплекте документов всех уровней, составляющих нормативно-методическую базу системы качества, устанавливает порядок внедрения, функционирования и контроля системы качества и является основным документом системы качества Центра.

Под системой качества Центра понимают совокупность ее организационной структуры (с распределением ответственности сотрудников за качество услуг), правил, методов обеспечения качества услуг, процессов предоставления услуг, ресурсов учреждения (людских, материально-технических, информационных и других), обеспечивающую осуществление административного руководства качеством услуг.

Систему качества создают для достижения и поддержания уровня качества предоставляемых социальных услуг, соответствующих предъявляемым к ним требованиям.

Система качества является неотъемлемой частью общей системы управления деятельностью учреждения по предоставлению социальных услуг.

Система качества предназначена для создания необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей получателей социальных услуг, повышения эффективности и качества услуг на всех стадиях их предоставления с целью предупреждения возможных отклонений от заданных требований к этим услугам, обеспечения репутации учреждения как надежного и порядочного исполнителя услуг.

Система качества оформлена в виде комплекта документов (руководств, положений, инструкций, методик и тому подобное), в которых установлены требования к системе качества Центра в целом и к ее составным частям. Документация системы качества отвечает требованиям, указанным в настоящем руководстве по качеству.

В Системе качества участвуют все структурные подразделения Центра и все сотрудники центра.

**2. Нормативно-законодательная база политики Центра в области качества:**

**2.1. Законодательство Российской Федерации:**

* от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;
* от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
* от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителя»;
* от 22.07.2008 г. №123-ФЗ «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности».

**2.2. Национальные стандарты РФ:**

* ГОСТ Р 52142-2013 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг»;
* ГОСТ Р 52143-2013 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»;
* ГОСТ Р 52495-2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения»;
* ГОСТ Р 52496-2005 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг. Общие положения»;
* ГОСТ Р 52497-2005 «Социальное обслуживание населения. Система качества учреждений социального обслуживания»;
* ГОСТ Р 52498-2005 «Социальное обслуживание населения. Классификация учреждений социального обслуживания»;

# ГОСТ Р 52880-2007 «Социальное обслуживание населения. Типы учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов»;

* ГОСТ Р 52882-2007 «Социальное обслуживание населения. Специальное техническое оснащение учреждений социального обслуживания»;
* ГОСТ Р 52883-2007 «Социальное обслуживание населения. Требования к персоналу учреждений социального обслуживания»;

# ГОСТ Р 52884-2007 «Социальное обслуживание населения. Порядок и условия предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам»;

# ГОСТ Р 52885-2013 «Социальное обслуживание населения. Социальные услуги семье»;

# ГОСТ Р 52886-2017 «Социальное обслуживание населения. Социальные услуги женщинам»;

* ГОСТ Р 53058-2013 «Социальное обслуживание населения. Социальные услуги гражданам пожилого возраста»;
* ГОСТ Р 53060-2008 «Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания»;

# ГОСТ Р 53062-2017 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг женщинам»;

# ГОСТ Р 53063-2014 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг семье»;

# ГОСТ Р 53064-2017 «Социальное обслуживание населения. Типы учреждений социального обслуживания и социальные услуги лицам без определенного места жительства и занятий»;

* ГОСТ Р 53347-2014 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг гражданам пожилого возраста»;
* ГОСТ Р 53348-2014 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг инвалидам»;

# ГОСТ Р 53349-2009 «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги гражданам пожилого возраста. Основные виды»;

# ГОСТ Р 53555-2017 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг лицам без определенного места жительства и занятий»;

# ГОСТ Р 54342-2011 «Социальное обслуживание населения. Методы контроля качества социальных услуг»;

# ГОСТ Р 54738-2011 «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов».

# - ГОСТ Р 57760-2017 «Социальное обслуживание населения. Коммуникативные реабилитационные услуги гражданам с ограничениями жизнедеятельности».

**2.3. Законодательство Красноярского края:**

* Закон Красноярского края от 16.12.2014 № 7-3023 «Об организации социального обслуживания граждан в Красноярском крае»,
* Постановление правительства Красноярского края от 24.12.2019 № 758-п «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг, включая перечень документов, необходимых для предоставления социальных услуг, и порядок предоставления получателями социальных услуг сведений и документов, необходимых для предоставления социальных услуг».

**2.4. Локальные нормативные документы учреждения:**

* Стандарт качества КГБУ СО «КЦСОН «Зеленогорский».
* Руководство по качеству КГБУ СО «КЦСОН «Зеленогорский».
* Этический кодекс работника социальной службы.
* Положение о проведении внутренних проверок.
* Положение о комиссии по внутреннему контролю качества.
* План мероприятий, направленных на совершенствование деятельности КГБУ СО «КЦСОН «Зеленогорский» при предоставлении социального обслуживания с целью повышения качества социальных услуг и эффективности их оказания.
* Годовой план работы КГБУ СО «КЦСОН «Зеленогорский».
* Положения об отделениях.
* Анализ (отчеты, справки, акты) о состоянии системы качества всех отделений Центра.
* План мероприятий по устранению недостатков (если такие выявлены).
* Книга жалоб и предложений (имеется в каждом отделении).

**3. Политика учреждения в области качества**

Политика Центра в области качества представляет собой механизм, с помощью которого сотрудники Центра осуществляют комплекс мер по обеспечению качества предоставляемых социальных услуг, его последовательного повышения, а также осуществляют административное руководство и контроль качеством услуг.

Политика в области качества включает в себя основные цели, задачи и принципы деятельности учреждения в области качества, документально оформленные и принятые к обязательному выполнению в учреждении.

**Цель** политики в области качества: обеспечение постоянного удовлетворения получателей предоставляемыми услугами путем повышения качества услуг и эффективности (результативности) их предоставления, а также принятие профилактических мер по предупреждению и/или урегулированию претензий и жалоб получателей услуг.

Основные **задачи** деятельности Центра в области качества:

1. Разъяснение и доведение политики в области качества услуг до всех структурных подразделений и сотрудников учреждения.
2. Четкое определение полномочий, ответственности и взаимодействия всего персонала учреждения, осуществляющего деятельность, влияющую на качество услуг.
3. Осуществление эффективного контроля за всеми факторами, влияющими на качество предоставляемых услуг.
4. Предотвращение или устранение любых несоответствий услуг предъявляемым к ним требованиям.
5. Обеспечение стабильного уровня качества услуг.

**Принципы** системы качества:

* приоритетность требований (запросов) получателя услуг по обеспечению качества социальных услуг, т. е. обеспечение уверенности в том, что эти требования будут полностью реализованы при предоставлении услуг;
* предупреждение проблем качества услуг, т.е. обеспечение уверенности в том, что эти проблемы будут предупреждаться, а не выявляться и разрешаться после их возникновения;
* соблюдение положений нормативных документов, регламентирующих требования к порядку и правилам предоставления услуг;
* обеспеченность учреждения соответствующими людскими, материально-техническими и другими ресурсами (базовой и оперативной информацией, технической документацией, данными о результатах предоставления услуг и их контроля, итогах оценки качества);
* четкое распределение полномочий и ответственности персонала за его деятельность по предоставлению услуг, влияющих на их качество;
* личная ответственность руководителя учреждения за качество предоставляемых услуг, разработку, внедрение и контроль эффективности системы качества, за определение политики в области качества, организацию и общее руководство работами по обеспечению качества;
* обеспечение личной ответственности каждого исполнителя за качество услуг в сочетании с моральным и материальным стимулированием качества;
* документальное оформление правил и методов обеспечения качества услуг;
* обеспечение понимания всеми сотрудниками учреждения требований системы качества к политике в области качества.

В формировании политики в области качества принимают участие все руководители, осуществляющие управление учреждением.

Политика учреждения в области качества охватывает все направления ее деятельности, соответствует потребностям и запросам получателей социальных услуг, способствует улучшению социальных и экономических показателей учреждения.

Политика содержит также обязательство руководства учреждения осуществлять постоянное улучшение качества обслуживания получателей социальных услуг.

Политика учреждения в области качества внедрена во всех структурных подразделениях и регулярно подвергается анализу на предмет ее постоянной актуальности и пригодности.

Реализация политики учреждения в области качества обеспечена необходимыми ресурсами (кадровыми, материально-техническими, информационными и другими).

Для выполнения принятой учреждением политики в области качества перед структурными подразделениями и службами учреждения ставятся задачи на конкретные плановые периоды и при необходимости своевременно уточняются и корректируются руководством Центра.

В Центре проводятся мероприятия, обеспечивающие понимание, поддержку и реализацию политики в области качества всеми сотрудниками учреждения.

**4. Основные факторы, влияющие на качество социальных услуг, и качество социальных услуг**

При формировании системы качества Центра (при определении политики учреждения в области качества, разработки документации системы качества, организации работ по качеству) учитываются факторы, влияющие на качество предоставляемых услуг.

Правильный учет этих факторов, их использование при разработке соответствующих документов системы качества и в практической деятельности учреждения способствуют повышению качества услуг.

Основными факторами, влияющими на качество социальных услуг, предоставляемых населению учреждением, являются:

1. Наличие и состояние документов, в соответствии с которыми функционирует учреждение.

2. Условия размещения учреждения.

3. Укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация.

4. Специальное и табельное техническое оснащение учреждения.

5. Состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления услуг.

6. Наличие системы контроля качества в учреждении.

**4.1. Требования к факторам, влияющим на качество социальных услуг:**

*4.1.1. Наличие и состояние документации, в соответствии с которой функционирует учреждение.*

Документация учреждения включает в себя:

* устав учреждения;
* штатное расписание;
* положения обо всех структурных подразделениях;
* должностные инструкции;
* руководства, правила, инструкции, методики;
* эксплуатационные документы на оборудование, приборы и аппаратуру;
* документы, регламентирующие предоставление социальных услуг;
* прочие документы.

Документация может быть в любой форме или на любом носителе. Форма ведения документации должна соответствовать законодательным нормам и тем требованиям, которые устанавливаются самим учреждением.

Устав учреждения является учредительным документом. Порядок его разработки, согласования и утверждения осуществляется в соответствии с действующим законодательством.

В штатном расписании отражается структура учреждения, содержится перечень должностей с указанием их количества и размеров должностных окладов, размер компенсационных и стимулирующих выплат, существующих в учреждении, применительно к конкретным должностям.

Положения о структурных подразделениях разрабатываются в соответствии с уставом учреждения и другими нормативными документами, регулирующими деятельность этого отделения, и содержат следующие разделы: общие положения, задачи и функции, порядок и условия предоставления социального обслуживания, требования к деятельности отделения, руководство структурным подразделением.

Должностная инструкция является документом, который регламентирует организационно-правовое положение работника учреждения, его обязанности, права, ответственность и обеспечивает условия для его эффективной работы. Должностная инструкция разрабатывается на каждого сотрудника учреждения в соответствии с утвержденным в учреждении штатным расписанием и Положением об отделении и требованиям профессиональных стандартов.

Руководства, правила, инструкции, методики определяют порядок действий сотрудников/получателей социальных услуг Центра, в т.ч. в ходе организации и предоставления/получения социальных услуг и исполнения возложенных функций, а также предусматривают меры совершенствования работы учреждения.

Эксплуатационные документы (паспорта, технические описания, инструкции по эксплуатации, инвентарные карточки и пр.) должны быть на все оборудование, приборы и аппаратуру учреждения. Они должны иметься в наличии в таком виде, объеме и в таком месте, чтобы обеспечить их грамотную и эффективную эксплуатацию, обслуживание, поддержание в работоспособном состоянии, своевременное выявление и устранение неисправностей, ремонт и замену.

Документация учреждения должна постоянно поддерживаться в рабочем состоянии. Устаревшая документация должна своевременно изыматься и заменяться новой.

*4.1.2. Условия размещения учреждения.*

Здание Центра является краевой собственностью и закреплено за учреждением на праве оперативного управления.

Учреждение и его структурные подразделения размещены в специально предназначенных зданиях, доступных для всех категорий граждан, в том числе для инвалидов и других маломобильных групп населения.     Помещения обеспечены всеми средствами коммунально-бытового обслуживания, оснащены телефонной, факсовой и Интернет связью.

При эксплуатации помещения соответствуют правилам и нормам по охране труда и технике безопасности. По размерам и состоянию помещения отвечают требованиям противопожарных, антитеррористических, санитарно-гигиенических норм и правил, безопасности труда и защищают от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенные температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, шум, вибрация и т.д.). Площадь, занимаемая учреждением, позволяет нормальное размещение персонала, получателей услуг и предоставление им услуг. Помещения имеют приглядный внешний вид и отремонтированы.

В учреждении предусмотрено наличие транспорта.

*4.1.3. Укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация.*

Учреждение должно быть полностью укомплектовано специалистами в соответствии со штатным расписанием не менее, чем на 90%. Каждый специалист должен иметь соответствующие образование, квалификацию, профессиональную подготовку, обладать знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на него обязанностей. Квалификацию специалистов следует поддерживать на высоком уровне постоянной учебой на курсах переподготовки и повышения квалификации или иными действенными способами. Специалисты учреждения должны быть аттестованы в установленном порядке, проходить плановый медицинский осмотр. Социальные работники, специалисты и медицинский персонал, непосредственно предоставляющие социальные услуги, должны знать и соблюдать санитарно-гигиенические правила и нормы.

Руководители структурных подразделений следят за четким распределением обязанностей работников, практикуя взаимовыручку и взаимозаменяемость.

Наряду с соответствующей квалификацией и профессионализмом все сотрудники учреждения должны обладать высокими моральными и морально-этическими качествами, чувством ответственности и руководствоваться в работе принципами гуманности, справедливости, объективности и доброжелательности. В отделениях должна вестись регулярная работа по воспитанию у сотрудников этих качеств.

При оказании услуг персонал учреждения должен проявлять к получателям социальных услуг максимальные чуткость, вежливость, внимание, выдержку, предусмотрительность, терпение и учитывать их физическое и психическое состояние.

Социальное обслуживание основывается на соблюдении прав человека и уважении достоинства личности, носит гуманный характер и не допускает унижения чести и достоинства человека, согласно этическому кодексу работников учреждений социального обслуживания (приказ Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации от 31.12.2013 г. № 792 «Об утверждении Кодекса этики и служебного поведения работников органов управления социальной защиты населения и учреждений социального обслуживания»).

Сведения личного характера о получателях социальных услуг, ставшие известными сотрудникам учреждения при оказании социальных услуг, составляют профессиональную тайну. Сотрудники, виновные в разглашении профессиональной тайны, несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Мероприятиями по подготовке персонала должны быть охвачены все сотрудники Центра, непосредственно влияющие на качество услуг, включая руководящий состав всех уровней.

*4.1.4. Специальное и табельное техническое оснащение учреждения.*

В состав табельного оснащения входят средства, предназначенные для обеспечения условий выполнения, оказания услуг конкретным специалистом Центра. Оборудование, приборы, аппаратура используются строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию, содержатся в технически исправном состоянии и своевременно проверяются. Неисправное оборудование, приборы и аппаратура, дающие при работе сомнительные результаты, должны быть сняты с эксплуатации, заменены или отремонтированы (если они подлежат ремонту), а пригодность отремонтированных должна быть подтверждена их проверкой.

Обеспечение материально-техническими ресурсами (канцелярскими товарами, мебелью, оргтехникой, транспортом, связью и иными ресурсами) проводится с целью повышения качества предоставления услуг.

*4.1.5. Состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления услуг получателям социальных услуг.*

Вопросы информации являются составной частью Системы качества Центра, так как без правильно организованной информационной работы невозможно обеспечить качество предоставляемых услуг, соответствующие запросам и нуждам получателей услуг.

Информация предоставляется гражданам, обратившимся в учреждение, бесплатно, с учетом их возраста и социального положения, излагается простым и понятным языком без использования специальных терминов и понятий.

Любому лицу, обратившемуся в Центр либо в его структурное подразделение, предоставляется следующая информация:

* Наименование и местонахождение Центра и его структурных подразделений, предоставляющих социальные услуги, о графике работы, процедуре приема граждан (обращение по телефону, прием в день обращений и т.д.), о руководителях структурных подразделений, о направлении деятельности структурного подразделения и др.
* Перечень основных услуг, предоставляемых Центром и его структурными подразделениями.
* Характеристику каждой услуги, область ее предоставления и затраты времени на ее предоставление.
* Взаимосвязь между качеством услуги, условиями ее предоставления и стоимостью (для полностью или частично оплачиваемой услуги).
* Возможность влияния получателей услуг на качество услуг.
* Возможность получения оценки качества услуги со стороны получателя услуг (Книга жалоб и предложений, сайт учреждения).
* Наличие лицензирования в случае оказания услуг, на осуществление которых требуется наличие лицензии.
* Тарифы на социальные услуги, предоставляемые населению Центром.
* Перечень документов, необходимых для получения услуг.
* Порядок и условия предоставления услуг.
* Противопоказания к социальному обслуживанию граждан.
* Стандарты на предоставляемые услуги.

Вся вышеперечисленная информация размещена на информационных стендах учреждения, доступных для всех посетителей и получателей социальных услуг и на сайте учреждения. Рядом с этой информацией указаны сведения о наличии книги жалоб и предложений, а также телефоны и адреса учреждения и организации, осуществляющей контроль за соблюдением порядка.

Также информация о работе учреждения распространяется:

* через все структурные подразделения Центра;
* через сотрудников при посещении получателей услуг, потенциальных получателей на дому;
* при помощи телефонной связи;
* в социальных сетях «ВКонтакте», Одноклассники» и др.;
* публикаций в СМИ, изданий информационных материалов (буклетов, брошюр и т.д.).

При обращении граждан в устной форме ответ предоставляется в момент обращения. При обращении в письменной форме ответ предоставляется в течение 10 календарных дней со дня регистрации письменного обращения.

*4.1.6. Наличие системы контроля качества в учреждении.*

Учреждение имеет документально оформленную собственную систему контроля за деятельностью подразделений и сотрудников по оказанию социальных услуг на их соответствие государственным стандартам социального обслуживания, другим нормативным документам в области социального обслуживания населения. Эта система контроля охватывает этапы планирования, работы с получателями услуг, оформления результатов контроля, выработки и реализации мероприятий по устранению выявленных недостатков.

**4.2. Требования к качеству социальных услуг.**

*4.2.1. Основными критериями контроля и оценки качества услуги являются:*

* формирование пакета документов для предоставления социального обслуживания в соответствии с действующим законодательством и с соблюдением установленных сроков;
* полнота и своевременность предоставления услуги – соблюдение регламентов, стандартов, технологий, требований к процедурам при выполнении услуги; ответственное отношение к своим обязанностям; профессиональная и коммуникативная культура;
* материальная результативность (эффективность) предоставления услуги – степень решения материальных или финансовых проблем получателя услуг, оцениваемая непосредственным контролем результатов выполнения услуги;
* нематериальная результативность (эффективность) предоставления услуги – степень улучшения психоэмоционального, физического состояния клиента, решение его правовых, бытовых и других проблем в результате взаимодействия с исполнителем услуги, оцениваемая косвенным методом, в том числе путем проведения социальных опросов, при этом должен быть обеспечен приоритет клиента в оценке качества услуги.
* дополнительная деятельность (информирование получателей услуг, участие в реализации программ различного уровня и т.д.) и обеспечение самоконтроля.

*4.2.2. Основные формы осуществления контроля и оценки качества услуг:*

* проведение внутренних проверок системы качества с целью проверки и идентификации услуг на соответствие нормативным документам, регламентирующим их предоставление;
* проведение исследования степени удовлетворённости получателей услуг качеством предоставляемых услуг (опросы, анкетирование);
* анализ обращений получателей услуг;
* самоконтроль сотрудников, предоставляющих услуги;
* сравнение оценок получателей и исполнителей услуг с целью определения, насколько деятельность исполнителей услуг отвечает потребностям и запросам получателей.

В ходе контроля и оценки качества услуг учреждение обеспечивает приоритет получателей услуг в оценке качества услуг.

Работа в области качества услуг направлена на полное удовлетворение нужд получателей услуг, непрерывное повышение качества услуг и эффективности социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации

1. **Организационная структура системы качества**

**5.1. В учреждении действует 3-х уровневая система внутреннего контроля** деятельности подразделений и отдельных сотрудников в области качества предоставления услуг.

Наличие 3-х уровневой системы контроля способствует соблюдению принципа предупреждения проблем качества услуг, профилактике возможных нарушений в области качества предоставления услуг, в случае нестандартной или конфликтной ситуации, изучению и выработке плана по улучшению качества оказания услуг.

***1-ый уровень - ежедневный***

Система **самоконтроля** заключается в ежедневном систематическом контроле качества услуг внутри каждого структурного подразделения каждым работником. Социальные работники, медицинские сестры, непосредственно оказывающие услуги, ежемесячно заполняют карту самоконтроля, утвержденную директором учреждения, и передают ее заведующему отделением для анализа и контроля.

***2-ой уровень*** *-* ***текущий***

**Текущий** **контроль** и оценку качества социальных услуг осуществляет руководитель структурного подразделения или специалист (в соответствии с таблицей 1) постоянно, аналитическая записка (приложение 1) предоставляется заместителю директора не реже 1 раза в полугодие. Целью контроля качества руководителем подразделения или специалистом является контроль качества социальных услуг и (или) факторов, влияющих на качество услуг.

Таблица 1 – Ответственные за осуществление текущего контроля.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Объект контроля | | Ответственные за контроль факторов и услуг | Полномочия |
| 1 | Факторы, влияющие на качество социальных услуг | Наличие и состояние документов, в соответствии с которыми функционирует учреждение | Юрисконсульт (ведущий)  Начальник хозяйственного отдела  Специалист по кадрам  Специалист по охране труда | -  проводят анализ закреплённых за ними факторов и предоставляют его в письменной форме специалисту, ответственному за систему качества в учреждении;  - вносят предложения в план повышения качества в соответствии с контролируемым фактором;  - своевременно осуществляют корректирующие действия, направленные на устранение недостатков;  - участвуют в других мероприятиях, направленных на обеспечение необходимого уровня качества услуг. |
| 2 | Условия размещения учреждения | Начальник хозяйственного отдела |
| 3 | Укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация | Специалист по кадрам |
| 4 | Специальное техническое оснащение учреждения | Начальник хозяйственного отдела |
| 5 | Состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления услуг | Заведующий ОМО |
| 6 | Наличие системы контроля качества в учреждении | Заместитель директора |
| 7 | Качество социальных услуг | | Заведующие ОСО-1, 2, 3  Заведующий СРО  Заведующий ОССО  Заведующий СОСМО  Заведующий ОМО | - анализ деятельности, специалистов, социальных работников и медицинских сестер, в том числе с использованием карты самоконтроля  - поэтапный контроль качества предоставляемых социальных услуг социальными работниками (приложение 2);  - выявление претензий и жалоб получателей услуг;  -организация и контроль выполнения мероприятий по устранению или предупреждению недостатков |

***3-ий уровень - итоговый***

Его целью является итоговый контроль реализации политики учреждения в области качества оказания социальных услуг. Итоговый контроль осуществляется согласно графику проведения работы по внутреннему контролю качества учреждения и осуществляется комиссией по внутреннему контролю. Члены комиссии проводят анализ всех факторов, влияющих на качество предоставления социальных услуг, проверку полноты, своевременности предоставления социальных услуг, а также их результативность. По результатам итогового контроля члены комиссии в акте о проведенной проверке качества предоставления услуг указывают факты выявленных нарушений и недостатков или отсутствие таковых, вносят предложения по устранению выявленных нарушений и недостатков и по повышению результативности функционирования системы качества. Акт о проведенной проверке подписывается всеми членами комиссии, заведующим структурным подразделением, где проводилась проверка, или специалистом, ответственным за проверяемый фактор, и предоставляется директору учреждения. На основании акта проверки директор учреждения может издать приказ с указанием сроков устранения нарушений и недостатков и лиц, ответственных за устранение нарушений.

#### 5.2. Основные задачи, функции структурных подразделений в области качества.

**Аппарат управления**

Задачи:

* обеспечение разъяснения и доведения политики в области качества до всего персонала центра;
* определение полномочий, ответственности и порядка взаимодействия всего персонала центра.

Функции: обеспечение реализации практических действий, способствующих повышению доступности и качества социальных услуг.

**Отделения социального обслуживания на дому, в том числе специализированное**

Задачи: максимально возможное продление пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов в привычной социальной среде для поддержания их социального статуса, а также защита их прав и законных интересов.

Функции:

* оказание гарантированных государством социальных услуг гражданам, признанным нуждающимися в социальном обслуживании и помощи в надомных условиях на временной или постоянной основе своевременно и в полном объеме;
* организация получателям услуг квалифицированного общего ухода в зависимости от степени и характера нуждаемости;
* оказание морально-психологической поддержки получателям услуг и членам их семей, обучение родственников практическим навыкам общего ухода за больными.

Социально-реабилитационное отделение

Задачи: обеспечение удовлетворения потребностей граждан пожилого возраста и инвалидов в решении проблем социально-бытового, социально-медицинского, коммуникативного, адаптационного, реабилитационного характера.

Функции:

* социальное обслуживание граждан с учетом их возраста, имеющихся заболеваний, способности к самообслуживанию, нуждаемости в социально-оздоровительных услугах;
* оказание социальных услуг, входящих в перечень социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в Красноярском крае в полустационарной форме социального обслуживания;
* проведение своевременно и в полном объеме социально-реабилитационных мероприятий;
* осуществление мероприятий по коррекции психологического статуса;
* проведение санитарно-просветительной работы с целью решения вопросов возрастной адаптации;
* организация досуга.

**Отделение срочного социального обслуживания**

Задачи: профессиональное содействие гражданам в успешном разрешении их жизненных проблем посредством оказания адекватной социальной помощи и осуществления соответствующих социальных перемен.

Функции:

* определение необходимых форм помощи;
* оказание помощи отдельному человеку или группе граждан, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, путем материальной поддержки, психологического, юридического консультирования, социальной реабилитации и др.;
* активизация потенциала самопомощи лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации;
* формирование финансовой и имущественной базы отделения для оказания благотворительной помощи.

Организационно-методическое отделение

Задачи: разработка и внедрение в практическую деятельность учреждения инновационных технологий в области социального обслуживания населения, проведение социологических исследований и их анализ, контроль и мониторинг качества деятельности структурных подразделений.

Функции:

* формирование перспективного плана работы учреждения, контроль и анализ его исполнения;
* анкетирование на предмет качества обслуживания и анализ полученной информации;
* информирование населения об условиях и порядке предоставления социального обслуживания, видах услуг и т.д., поддержание информации на всех ресурсах в актуальном состоянии;
* диагностика уровня профессионального мастерства работников учреждения и повышение их трудового потенциала.

Хозяйственный отдел

Задачи: организация своевременно и в полном объеме условий содержания помещений учреждения в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами и правилами противопожарной безопасности, поддержание работоспособности всех систем жизнеобеспечения в учреждении, организация охраны объектов учреждения.

Функции:

* контроль за исправностью всех систем и оборудования;
* формирование текущих и перспективных планов реконструкции, ремонтов зданий, помещений и систем жизнеобеспечения учреждения с учетом обеспечения доступности для маломобильных граждан.
  1. **Методы внутреннего контроля, используемые для изучения состояния осуществляемой учреждением деятельности:**
* наблюдение;
* анализ;
* беседа;
* изучение документации;
* анкетирование;
* социологический опрос;
* хронометраж;
* мониторинг.
  1. **К внешним элементам контроля качества относятся:**
* ведомственный контроль (Министерство социальной политики Красноярского края),
* надзорные и контролирующие органы,
* независимая оценка качества предоставления услуг.
  1. **Взаимодействие персонала и получателей услуг учреждения по внедрению, функционированию и контролю системы качества:**

СХЕМА

Директор учреждения

Ответственный за систему качества (заместитель директора)

Ответственные за осуществление текущего контроля за качеством предоставления услуг:

Заведующие ОСО-1, 2, 3, ОССО, СРО, СОСМО

Ответственные за осуществление текущего контроля за факторами, влияющими на качество предоставления услуг:

-ответственный за наличие и состав документации, в соответствии с которой работает учреждение (юрисконсульт (ведущий), специалист по охране труда, специалист по кадрам);

-ответственный за условия размещения учреждения (начальник хозяйственного отдела);

-ответственный за укомплектованность учреждения специалистами и их квалификацию (специалист по кадрам);

-ответственный за техническое оснащение учреждения (начальник хозяйственного отдела);

-ответственный за состояние информации об учреждении (заведующий ОМО)

Персонал учреждения, непосредственно предоставляющий услуги (социальные работники, медицинские сестры, специалисты)

Получатели услуг учреждения

Персонал учреждения, осуществляющий техническое обеспечение деятельности учреждения

**6. Внутренние проверки системы качества.**

Внутренние проверки системы качества учреждения проводятся с целью регулярной оценки ее эффективности и соответствия установленным требованиям, а также для получения информации, необходимой для обеспечения эффективного функционирования этой системы.

Ответственным лицом за организацию и проведение проверки системы качества учреждения является заместитель директора, ответственный за систему качества.

Ответственными исполнителями по проведению проверок являются руководители структурных подразделений, эффективность и качество деятельности которых зависят от качества деятельности проверяемых подразделений.

Проверки системы качества учреждения могут быть плановыми и оперативными. Периодичность плановых проверок устанавливается в зависимости от результатов анализа качества услуг. Оперативную проверку системы качества или отдельных ее составных частей проводят в случае резкого ухудшения показателей, характеризующих конечные результаты работы по обеспечению качества услуг, предоставляемых каким-либо подразделением или учреждением в целом, в случае оценки эффективности корректирующих действий, а также при значительных изменениях организации работ и технологий предоставления услуг, отрицательно влияющих на их качество. Для проведения внутренней проверки применяется форма для проведения оценки эффективности и результативности системы качества (приложение 3).

После окончания внутренней проверки ее результаты оформляются в виде отчета о состоянии системы качества, в котором отражают данные анализа соответствия показателей и результатов деятельности учреждения в области обеспечения качества предоставления услуг установленными требованиям.

Результаты проверок системы качества учреждения являются основанием для разработки и реализации мероприятий по ее совершенствованию, по разработке новых методов и средств управления качеством предоставляемых услуг, улучшению состава и содержания нормативной документации на систему качества.

**7. Анализ функционирования системы качества.**

Директор учреждения анализирует систему качества для того, чтобы можно было убедиться, что она удовлетворяет предъявляемым к ней требованиям и эффективна.

Анализ осуществляется в ходе:

* изучения материалов, представляемых заместителем директора, включающих мониторинг основных факторов, влияющих на качество;
* проведения ежегодного совещания по итогам представленных материалов о функционировании системы качества в учреждении.

Результаты анализа используются для подтверждения достижения требуемого качества и эффективности функционирования системы.

**8. Полномочия и ответственность за контроль качества.**

Ответственность за качество предоставляемых услуг, разработку, внедрение и контроль эффективности системы контроля качества, за определение политики в области контроля качества, организацию и общее руководство работами по обеспечению качества, а также за обеспечение понимания всеми сотрудниками учреждения требований системы контроля качества несет директор учреждения.

Ответственность за надлежащее исполнение системы качества, ее поддержание в рабочем состоянии несет заместитель директора. Заместитель директора формирует План мероприятий по повышению качества на основе предложений, поступающих от специалистов, ответственных за текущий контроль качества, и осуществляет контроль за реализацией прописанных в плане мероприятий. Анализирует аналитические отчеты, представляемые специалистами, ответственными за осуществление текущего контроля. Представляет сводные аналитические отчеты директору учреждения. Обеспечивает разработку необходимой документации системы качества.

Ответственность за своевременность и полноту реализации Плана мероприятий по повышению качества, за осуществление текущего контроля за факторами, влияющими на качество социальных услуг, и обеспечение качества услуг в каждом подразделении несет руководитель подразделения или специалист, в соответствии с таблицей 1 настоящего руководства. Ответственные проводят анализ закрепленных за ними факторов и предоставляют его в письменной форме заместителю директора, систематически вносят предложения на основе проведенного анализа в План мероприятий по повышению качества, своевременно осуществляют корректирующие действия, направленные на устранение недостатков, касающихся их факторов, участвуют в других мероприятиях, направленных на обеспечение необходимого уровня качества социальных услуг.

Ответственность за сроки и качество предоставления социальной услуги несет персонал учреждения, непосредственно предоставляющий услуги получателям услуг (социальный работник, медицинская сестра или специалист). Социальные работники, медицинские сестры и специалисты участвуют в реализации политики учреждения в области качества, обеспечивают стабильность уровня качества услуг, повышают результативность услуг и гарантированное удовлетворение законных запросов и потребностей получателей услуг. Соблюдают положения нормативных документов, регламентирующих требования к порядку и условиям предоставления услуг, своевременно осуществляют корректирующие действия, направленные на устранение недостатков, выявленных в процессе предоставления услуг, осуществляют самоконтроль предоставления услуг как составляющей части процесса контроля.

Ответственность за действие или бездействие**,** повлекшие за собой снижение качества предоставления социального обслуживания, сотрудники учреждения несут в соответствии с федеральным законодательством в сфере труда.

**9. Заключительные положения.**

Система качества Краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания «Зеленогорский» создана для достижения и поддержания уровня качества услуг, соответствующего предъявляемым к нему требованиям. Система качества Центра является неотъемлемой частью общей системы управления деятельностью Центра по предоставлению социальных услуг и предназначена для создания необходимых условий гарантированного удовлетворения законных интересов и потребностей получателей услуг, повышения эффективности и качества услуг на всех стадиях их предоставления.

Приложение 1

К Руководству по качеству

**АНАЛИТИЧЕСКАЯ СПРАВКА**

об осуществлении текущего контроля

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

(название фактора или формы услуг) (период)

1. Исполнение требований, предъявляемых к фактору, определяющему качество социальных услуг/к качеству социальных услуг (в соответствии с разделом 4 Руководства по качеству)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Перечень несоответствий, выявленных при осуществлении контроля

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Перечень предложений, поступивших от сотрудников учреждения или получателей услуг по совершенствованию факторов (услуг), нуждаемость в дополнительных ресурсах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Итоговые предложения по повышению качества

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответственный за (название фактора)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение 2

К Руководству по качеству

**ЭТАПЫ**

**административного контроля качества предоставляемых социальных услуг социальными работниками**

**МБУ «Центр соцобслуживания г. Зеленогорска»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Мероприятие** | **Содержание**  **мероприятия** | **Срок** | **Ответственные (должность)** |
| **1 этап. Планирование** | | | | |
| 1 | Планирование работы учреждения на текущий год в соответствии с Руководством по качеству | 1. Внесение в План работы учреждения на год   перечня контрольных мероприятий.  2. Утверждение графика проведения внутренних проверок качества на год | декабрь | директор;  заместитель директора |
| **2 этап. Проведение контрольных мероприятий** | | | | |
| 1 | Проверка качества социальных услуг по критериям, утвержденным учреждением на основе государственных стандартов (полнота, своевременность, результативность) | 1. Выезд непосредственно к каждому получателю социальных услуг не реже 1 раза в год (контроль качества). 2. Внесение результатов проверки в соответствующий раздел графика контроля качества. 3. Проведение самоконтроля социальных работников не реже 1 раза в месяц (карта самоконтроля, утвержденная директором учреждения), анализ карт самоконтроля каждого социального работника при выходе на дом с контролем качества не реже 1 раза в год. 4. В случае выявления нарушений в работе социального работника заведующим составляется акт проверки с указанием фактически выявленных нарушений, далее:  * внеплановый инструктаж социального работника на рабочем месте; * наказание сотрудника, виновного в совершении нарушения (в зависимости от вида нарушения). * проведение внеплановой проверки с целью контроля и устранения выявленных нарушений.  1. Осуждение выявленных нарушений на собрании трудового коллектива с целью недопущения в будущем подобных нарушений другими социальными работниками. 2. Подготовка плана мероприятий по устранению выявленных нарушений. | В течение года | Заведующие ОСО № 1, 2, 3; СОСМО |
| заместитель директора;  заведующие ОСО № 1, 2, 3; СОСМО |
| **3 этап. Анализ контрольных мероприятий** | | | | |
| 1 | Анализ проверок | 1. Проведение анализа проверок (контроля качества на дому) и предоставление результатов в форме аналитической записки заместителю директора учреждения. 2. Осуществление систематического мониторинга качества обслуживания (учитывается общая удовлетворенность работой и поведением социального работника) | 1 раз в полугодие | заведующие ОСО № 1, 2, 3; СОСМО  заместитель директора |
| **4 этап. Осуществление профилактических мероприятий** | | | | |
| 1 | Обучающие мероприятия | 1. Организация и проведение профессиональных учеб, периодических проверок знаний и навыков, обмен опытом | 1. В соответствии с Планом работы учреждения на текущий год:  * тематические занятия.  1. В рамках программы «Школа профмастерста для социальных работников» по отдельному плану. | специалист по кадрам;  специалист по охране труда;  заведующий ОМО; заведующие ОСО № 1, 2, 3; СОСМО |
| **5 этап. Подведение итогов** | | | | |
| 1 | Выводы | 1. По итогам проведения контрольных мероприятий за год, лучшие сотрудники удостаиваются награждения/поощрения | декабрь | заместитель директора |
| 2 | Планирование контрольных мероприятий | 1. Подготовка плана мероприятий по улучшению качества обслуживания на следующий год с учетом выявленных нарушений | декабрь | заведующий ОМО;  методист ОМО |

Приложение 3

К Руководству по качеству

**Оценка эффективности и результативности системы качества за \_\_\_\_\_\_\_\_год**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Раздел СК | Оценка (в баллах) | | | | | Предложения по улучшению |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | Менеджмент систем и процессов |  |  |  |  |  |  |
|  | Документация |  |  |  |  |  |  |
|  | Ответственность руководства |  |  |  |  |  |  |
|  | Потребности и ожидания заинтересованных сторон |  |  |  |  |  |  |
|  | Политика в области качества |  |  |  |  |  |  |
|  | Планирование |  |  |  |  |  |  |
|  | Ответственность, полномочия и обмен информацией |  |  |  |  |  |  |
|  | Анализ со стороны руководства |  |  |  |  |  |  |
|  | Менеджмент ресурсов |  |  |  |  |  |  |
|  | Работники |  |  |  |  |  |  |
|  | Инфраструктура |  |  |  |  |  |  |
|  | Производственная среда |  |  |  |  |  |  |
|  | Партнеры |  |  |  |  |  |  |
|  | Финансовые ресурсы |  |  |  |  |  |  |
|  | Процессы жизненного цикла услуг |  |  |  |  |  |  |
|  | Операции по обслуживанию |  |  |  |  |  |  |
|  | Мониторинг |  |  |  |  |  |  |
|  | Управление несоответствиями |  |  |  |  |  |  |
|  | Анализ данных |  |  |  |  |  |  |
|  | Улучшение |  |  |  |  |  |  |

**ИНФОРМАЦИЯ**

**для специалиста, проводящего оценку эффективности и результативности системы качества**

Примечание: Предлагаемая информация может быть использована в ходе консультирования сотрудников по вопросам разъяснения разделов СК или включена в комментарии к оценке эффективности и результативности системы качества за год.

Раздел СК: Менеджмент систем и процессов

Показатели идеальной ситуации: В учреждении разработана и успешно функционирует система качества. Четко прописаны процессы, необходимые для ее эффективного функционирования. Установлены последовательность и взаимодействие этих процессов. Определен порядок и условия участия в этих процессах специалистов учреждения и действия руководства, направленные на постоянное улучшение деятельности учреждения.

Раздел СК: Документация

Показатели идеальной ситуации: В учреждении разработаны и утверждены в качестве нормативных документов Стандарт качества, Руководство по качеству и Положения/Порядки и пр. документы, определяющие процессы, необходимые для успешного функционирования СК. Все документы своевременно доводятся до сведения специалистов, написаны доступным языком.

Имеются записи, содержащие достигнутые результаты. Исполняются требования к разработке, использованию, управлению и хранению документов.

Раздел СК: Ответственность руководства

Показатели идеальной ситуации: Руководство доводит до сотрудников важность выполнения утвержденных требований по СК, проводит своевременный анализ ее функционирования, обеспечивает процессы СК необходимыми ресурсами, учитывает требования получателей услуг для повышения их удовлетворенности и пр.

Раздел СК: Потребности и ожидания заинтересованных сторон

Показатели идеальной ситуации: Систематически проводятся мероприятия, направленные на выявление потребностей получателей услуг и определение уровня их удовлетворенности предоставляемыми услугами (в ходе опроса, анкетирования, изучения книги жалоб и предложений, наблюдений и пр.).

Ведется работа по выявлению потребностей и ожиданий общественных организаций и объединений (советы ветеранов, молодежные волонтерские движения, спонсоры и пр.), определяется возможность и степень их участия в мероприятиях, направленных на более полное удовлетворение потребностей получателей услуг.

Публично освещаются требования, изложенные в государственном задании для учреждения.

Раздел СК: Политика в области качества

Показатели идеальной ситуации: В Политике в области качества, сформулированной руководством учреждения, определены основные цели, задачи и принципы деятельности учреждения в области качества, принятые к обязательному выполнению в учреждении, намерения, обязательства и стремления учреждения по вопросам понимания потребностей и ожиданий получателей услуг и заинтересованных сторон, принципы прогнозирования и организации деятельности учреждения, направленной на улучшение и приводящей к получению очевидных и ожидаемых результатов.

Раздел СК: Планирование

Показатели идеальной ситуации: Политика учреждения в области качества имеет четко определенные цели, разработанные на год, которые своевременно доводятся до каждого сотрудника в ходе проведения совещаний, обучений, вывешиваются на стенде учреждения, предназначенном для сотрудников и пр.

Ответственными за осуществление текущего контроля проводится анализ курируемых ими направлений (факторов, влияющих на качество услуг и процессов предоставления самих услуг) и составляется аналитическая справка с предложениями, направленными на улучшение деятельности учреждения.

По результатам проведения исследований степени удовлетворенности получателей услуг планируются конкретные мероприятия, направленные на удовлетворение выявленных потребностей и повышение уровня удовлетворенности получателей услуг.

По результатам проведения внутренних аудитов формируются предложения по устранению выявленных несоответствий.

Впоследствии все предложения анализируются руководством и наиболее целесообразные и важные вносятся в ежегодный План мероприятий, направленных на совершенствование деятельности при предоставлении социального обслуживания. Также руководство планирует обеспечение этих мероприятий необходимыми ресурсами. При этом учитывается уже имеющийся опыт исполнения плановых мероприятий и реальные возможности учреждения. Впоследствии руководитель учреждения в ходе знакомства сотрудников с целями Политики в области качества аргументирует свой выбор в пользу того или иного мероприятия.

Раздел СК: Ответственность, полномочия и обмен информацией

Показатели идеальной ситуации: В Руководстве по качеству четко определены роли, ответственность и связи работников, а также механизм обмена информацией между ними. Требования к качеству предоставляемых услуг определены в стандартах социального обслуживания, которые имеются в каждом отделении, а также размещены на стенде в учреждении. В случае принятия очередного стандарта или утверждения/изменения очередной процедуры в рамках СК, проводится работа, направленная на разъяснение их основных требований.

Раздел СК: Анализ со стороны руководства

Показатели идеальной ситуации: Руководство анализирует СК с целью обеспечения ее постоянной пригодности, достаточности и результативности. Руководство изучает записи о реализации поставленных задач (акты проведения внутренних аудитов, исследований степени удовлетворенности получателей услуг, аналитические справки о результативности и эффективности предоставляемых услуг, отчеты по оценке эффективности и результативности СК и пр.) и определяет соответствующие действия по улучшению.

Раздел СК: Менеджмент ресурсов

Показатели идеальной ситуации: Руководство в полном объеме, своевременно и в соответствии с потребностями обеспечивает учреждение необходимыми ресурсами (работниками, слаженной инфраструктурой, производственной средой, информацией, партнерами, финансами). Регулярно производится исследование степени нуждаемости в ресурсах (2 раза в год ответственные за осуществление текущего контроля собирают эту информацию и передают ее ответственному за СК и далее руководителю для принятия управленческого решения).

Раздел СК: Работники

Показатели идеальной ситуации: Все сотрудники понимают место и значение производимых ими действий в общем процессе, а также возложенную на них ответственность. Обеспечивается вовлечение работников на всех уровнях организации для достижения целей улучшения деятельности.

Регулярно проводятся мероприятия, направленные на повышение компетентности, осведомленности и подготовки специалистов (проходит учеба, аттестация, специалисты направляются на курсы повышения квалификации и пр.).

Руководство осуществляет признание и вознаграждение работников (например, вручаются грамоты, имеется доска почета, выносятся благодарности, вручаются премии и пр.).

Раздел СК: Инфраструктура

Показатели идеальной ситуации: Имеющаяся инфраструктура (здания, оборудование, отделения и службы обеспечения) полностью способствует соответствию услуг установленным требованиям

Раздел СК: Производственная среда

Показатели идеальной ситуации: Условия, в которых приходится работать сотрудникам, соответствуют всем необходимым требованиям. Помещения отремонтированы, в них поддерживается нормальные температурные условия (летом – с помощью кондиционеров, зимой – отопления/обогревателей). У каждого сотрудника имеется свое рабочее место. Все сотрудники обеспечены необходимыми техническими средствами для предоставления качественных услуг (компьютерами, принтером, Интернетом, канцелярскими товарами, дезинфицирующими средствами и пр.). По просьбе сотрудников и исходя из возможностей учреждения приобретается необходимое оборудование и материалы, используемые для предоставления услуг, соответствующие всем необходимым современным требованиям.

Руководство обеспечивает эффективное использование ресурсов и содействует пониманию ограничений и возможностей для обеспечения достижимости целей и осуществимости планов.

Раздел СК: Партнеры

Показатели идеальной ситуации: Привлекаются партнеры для повышения качества и объема предоставляемых услуг (осуществляется межведомственное взаимодействие или привлекаются волонтеры из различных общественных организаций и пр.).

Раздел СК: Финансовые ресурсы

Показатели идеальной ситуации: Систематически в соответствии с планом или по мере необходимости осуществляется запрос на приобретение/ремонт необходимого оборудования и материалов. Полученная информация анализируется и учитывается руководством при составлении расходов на очередной период.

С целью внедрения инновационных методов работы и привлечения дополнительных средств разрабатываются проекты и/или другие программы (в рамках различных конкурсов социальных проектов), привлекаются благотворительные средства.

Руководство обеспечивает понимание работниками взаимосвязи между затратами и полученными выгодами, поощряет улучшение, направленное на результативное и эффективное достижение работниками целей учреждения.

Раздел СК: Процессы жизненного цикла услуг

Показатели идеальной ситуации: В деятельности учреждения предусмотрены все необходимые процессы жизненного цикла услуг: планирование и согласование с заявителем, заключение договоров о предоставлении социальных услуг, обслуживание, мониторинг и измерение (в том числе оценка удовлетворенности, аудит и пр.), управление несоответствующими услугами (корректирующие и предупреждающие действия –заключение дополнительных соглашений к договорам).

Раздел СК: Операции по обслуживанию

Показатели идеальной ситуации: Руководство обеспечивает устойчивую удовлетворенность получателей услуг предоставляемыми услугами, отвечающих их потребностям и ожиданиям.

Регулярно проводятся мероприятия, направленные на приведение в соответствие предоставляемых услуг требованиям, отраженным в государственных стандартах социального обслуживания.

Руководство управляет предоставлением услуг путем:

-предоставления информации о характеристиках услуг (при первичном консультировании и на стендах);

-наличия нормативных документов, в которых прописываются требования к порядку, объему и условиям оказания услуг;

-применения подходящего оборудования;

-проведения мониторингов и измерений (как процессов, так и достигнутых результатов).

Раздел СК: Мониторинг

Показатели идеальной ситуации: Руководство осуществляет мониторинг информации, касающейся удовлетворенности получателей услуг, используя все возможные источники (результаты опросов, информация о деятельности аналогичных учреждений, жалобы получателей услуг, отзывы получателей услуг, рекомендации получателей услуг и пр.).

Руководство проводит плановые и оперативные аудиты с целью установления того, что СК:

-соответствует требованиям стандартов;

-соответствует требованиям документации СК;

-внедрена и поддерживается.

Раздел СК: Управление несоответствиями

Показатели идеальной ситуации: Руководство обеспечивает своевременное выявление и результативное устранение несоответствий, встретившихся в процессах, осуществляемых учреждением

Раздел СК: Анализ данных

Показатели идеальной ситуации: Руководство определяет результативность и выявляет возможности для улучшения деятельности учреждения на основании проводимого анализа:

-удовлетворенности получателей услуг;

-характеристик предоставляемых услуг;

-характеристик факторов, влияющих на качество социальных услуг.

Руководство обеспечивает принятие управленческих решений, основанных на фактах.

Раздел СК: Улучшение

Показатели идеальной ситуации: Приоритетными мероприятиями являются те, которые направлены на предупреждение и улучшение.