


Областное государственное казенное учреждение социального обслуживания
«Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей,
Ленинского района г. Иркутска»

СОГЛАСОВАНО:
Председатель СМК

УТВЕРЖДАЮ:
Директор


Жильцова М.А.
«16» Июня 2015 г.
м.п.

РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ

1. Введение

Областное государственное казенное учреждение социального обслуживания «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, Ленинского района г. Иркутска» (далее именуется Учреждение) является государственным учреждением, предназначенным для социального обслуживания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, детей и семей, нуждающихся в социальном обслуживании, осуществления отдельных функций по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в соответствии с законодательством, а также реализации отдельных задач, функций и полномочий Учредителя в соответствии с законодательством.

Целью деятельности Учреждения является реализация государственной политики в области поддержки семей и детей, в том числе детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, проведение мероприятий, направленных на социальную адаптацию детей, реализация государственной политики в области профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а также социального развития, включая социальную защиту отдельных категорий граждан и социальное обслуживание граждан, проживающих в Ленинском районе.

Для достижения этой цели и более полного удовлетворения запросов получателей услуг (получателей социальных услуг) учреждение в своей деятельности использует систему качества (СК), разработанную на базе международных стандартов ISO 9000:2000 (R), ISO 9001:2000 (R), и национального стандарта ГОСТ Р 52497-2005 «Социальное обслуживание. Система качества учреждений социального обслуживания».

«Руководство по качеству» – основной документ учреждения, определяющий организационную структуру СК учреждения и структуру ее документации, распределения ответственности и полномочий персонала, основные рабочие процессы и необходимые ресурсы. Все протекающие в учреждении процессы СК четко и понятно представлены для персонала. Содержание «Руководства по качеству» является как указанием для внутренней деятельности учреждения, так и информацией для получателей услуг.

В связи с этим директор учреждения уполномочивает все структурные подразделения к внесению вклада в осуществление Политики в области качества.

Политика учреждения в области качества:

- ✓ Развитие и повышение результативности СК.
- ✓ Удовлетворение требований получателей услуг и стремление постоянного улучшения предоставления услуг.
- ✓ Создание и поддержание репутации надежного учреждения.
- ✓ Непрерывное повышение квалификации персонала.

2. Общая часть

2.1. Содержание Руководства по качеству

№ п\п	Наименование раздела	Стр
1.	Титульный лист	1
2.	Введение.	1
3.	Общая часть	2
4.	Содержание руководства по качеству	2
5.	Назначение	3
6.	Нормативные ссылки	3
7.	Список пользователей.	4
8.	Сокращения и обозначения	5
9.	Управление руководством по качеству	5
10.	Описание учреждения	5
11.	Информация об учреждении	5
12.	Получатели социальных услуг	6
13.	Схема оказания услуг	7
14.	Требования к системе качества	8
15.	Общие требования	8
16.	Организационная структура	8
17.	Схема организационной структуры системы качества	9
18.	Требования к документации	10
19.	Общие положения	10
20.	Управление документацией	11
21.	Управление записями	11
22.	Ответственность руководства	12
23.	Обязательства руководства	12
24.	Ориентирование на получателя услуг	13
25.	Политика в области качества	13
26.	Планирование	15
27.	Цели в области качества	15
28.	Планирование СК	15

29.	Ответственность, полномочия и обмен информацией	16
30.	Ответственность и полномочия	16
31.	Представитель руководства	17
32.	Внутренний обмен информацией	17
33.	Анализ со стороны руководства	17
34.	Управление ресурсами	18
35.	Обеспечение ресурсами	18
36.	Кадровые ресурсы	18
37.	Материально-технические ресурсы	19
38.	Информационные ресурсы	20
39.	Состав и объем информации	21
40.	Информация об учреждении, его структурных подразделениях, видах социальных услуг	21
41.	Процессы предоставления услуг	22
42.	Общие положения	22
43.	Управление процессами	22
44.	Контроль и оценка качества предоставления услуг	22
45.	Общие положения	22
46.	Собственная (внутренняя) и внешняя система контроля качества	23
47.	Внутренний контроль качества предоставления услуг	23
48.	Оценка качества предоставления услуг	24
49.	Улучшение качества предоставляемых услуг	25
50.	Постоянное улучшение качества предоставления услуг	25
51.	Корректирующие и предупреждающие действия	25
52.	Лист ознакомления	26

2.2 Назначение

Настоящее «Руководство по качеству» описывает основные положения и требования к применяемой СК и является обязательным для всего персонала учреждения.

«Руководство по качеству» определяет и обозначает структуру СК, одновременно является справочным пособием по внедрению и поддержанию в рабочем состоянии СК.

Все, приведенные в настоящем «Руководстве по качеству» документированные процедуры и процессы СК являются официально принятыми в учреждении и обязательны для персонала, исполнителя услуг.

2.3. Нормативные ссылки:

- ✓ ISO 9000:2000 (R) Система менеджмента качества. Основные положения.
- ✓ ISO 9001:2000 (R) Система менеджмента качества. Требования.
- ✓ ИСО 10013 – 95 Руководящие указания по разработке Руководства по качеству.
- ✓ Закон Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300 – 1 «О защите прав потребителей»;

Федеральные законы:

- ✓ от 10.12.1995 г. № 195 – ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»
- ✓ Национальные стандарты Российской Федерации:
 - ГОСТ Р 52142 – 2003 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения»;
 - ГОСТ Р 52143 – 2003 «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. Основные 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 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 53060 – 2008 «Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания».
- ✓ Приказы министерства опеки, попечительства и социального развития Иркутской области
- ✓ Административный регламент;
- ✓ Устав учреждения;
- ✓ Положение об учреждении
- ✓ Положение о структурных подразделениях;
- ✓ Должностные инструкции

2.4. Список пользователей

Должность пользователя
Директор учреждения
Главный бухгалтер
Заместитель директора по административно-хозяйственной работе
Заместитель директора по реабилитационно-воспитательной работе
Заведующая отделением диагностики и социальной реабилитации
Заведующая отделением социально-правовой помощи
Заведующая отделением помощи семье и детям
Юрисконсульт
Инженер по охране труда
Члены комиссии по контролю качества

2.5. Сокращения и обозначения

В настоящем руководстве используются следующие сокращения и обозначения:

Руководство – руководство по качеству;

- ✓ СК – система качества;
- ✓ НД – нормативная документация;
- ✓ МИ – методическая инструкция;
- ✓ ОДИСР – отделение диагностики и социальной реабилитации
- ✓ ОСПП – отделение социально-правовой помощи;
- ✓ ОПСИД – отделение помощи семье и детям

2.6. Управление руководством по качеству

2.6.1. Заместитель директора по реабилитационно-воспитательной работе является представителем директора по качеству, несет ответственность за разработку, согласование и утверждение Руководства по качеству и изменений к нему, контроль за правильным применением. Руководство по качеству осуществляют уполномоченные по качеству.

2.6.2. Первая страница Руководства содержит утверждающие и согласующие подписи высшего руководства.

2.6.3. Утверждает Руководство после согласования директор учреждения. Руководство вводится в действие со дня утверждения его директором.

2.6.4. Изменения в Руководство вносятся заменой листов или введением дополнительных листов. Внесение изменений в Руководство производится только на основании «Извещения об изменении».

2.6.5. Подлинник и контрольный экземпляр Руководства учреждения хранится у директора учреждения.

2.6.6. Представитель директора по качеству несет ответственность за рассылку Руководства и всех изменений к нему.

3. Описание учреждения

3.1. Информация об учреждении

В сентябре 1968 года, на базе Иркутской школы-интерната №3 открылось учреждение для детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей «Детский дом №1». После авиакатастрофы 06.12.1997 детский дом в течение двух лет функционировал на базе МБДОУ № 137. В декабре 1999 заселились в здание по прежнему адресу после реконструкции. С января 2015 г. в соответствии с Распоряжением правительства Иркутской области № 618-рп от 31.07.2014 г. ОГОУ для детей и подростков, оставшихся без попечения родителей, детский дом № 1 г. Иркутска перешел из Министерства образования Иркутской области в ведомство МОПиСО и был переименован в Областное государственное казенное учреждение социального обслуживания «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, Ленинского района г. Иркутска». Учреждение расположено в Лениском районе г. Иркутска, по адресу ул. Мира, 124, имеет площадь 3828,7 кв. м. Кроме того, на базе ЦПД Ленинского района г. Иркутска функционирует летняя оздоровительная дача: один оздоровительный сезон на 60 мест. Адрес: Иркутская область, поселок Большой Луг, улица Левитана, 6, спальный корпус площадью 398 кв.м.

Все помещения обеспечены в полном объеме электроэнергией от городских энергетических сетей. Учреждение создано для осуществления социального обслужи-

вания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, детей и семей, нуждающихся в социальном обслуживании, осуществления отдельных функций по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в соответствии с законодательством, а также реализации отдельных задач, функций и полномочий Учредителя в соответствии с ГОСТ Р 52143-2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг».

Основные виды социальных услуг, оказываемых учреждением:

- ✓ социально-бытовые;
- ✓ социально-психологические;
- ✓ социально-правовые;
- ✓ социально-трудовые;
- ✓ социально-педагогические;
- ✓ социально-медицинские;
- ✓ срочные услуги

Для предоставления вышеперечисленных видов социальных услуг в учреждении имеются следующие структурные подразделения: отделение диагностики и социальной реабилитации; отделение социально-правовой помощи; отделение помощи семье и детям.

Деятельность всех структурных подразделений направлена на выполнение Государственного задания по оказанию государственных услуг. Высшим должностным лицом, отвечающим за деятельность учреждения, является директор. Каждое структурное подразделение возглавляет руководитель подразделения, назначаемый директором.

3.3. Получатели социальных услуг

Получателями социальных услуг (получатели социальных услуг) являются:

- Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей;
- Семьи, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации;
- Дети и подростки, оказавшиеся в неблагоприятных семейных условиях, угрожающих их здоровью и развитию;
- Семьи, оказавшиеся в социально-опасном положении;
- Бывшие воспитанники ЦПД Ленинского района г. Иркутска

Блок-схема общей последовательности действий при предоставлении социального обслуживания



4. Требования к системе качества

4.1. Общие требования

СК учреждения разработана в соответствии с требованиями ГОСТ Р 52497-2005 «Социальное обслуживание населения. Система качества учреждения социального обслуживания».

Под СК понимают совокупность:

- ✓ организационной структуры подразделений оказывающих социальные услуги (с распределением ответственности персонала за качество социальных услуг);
- ✓ правил, методов обеспечения качества социальных услуг;
- ✓ процессов предоставления социальных услуг;
- ✓ ресурсов учреждения (кадровых, материально-технических, информационных и других) обеспечивающих осуществление административного руководства качеством социальных услуг.

СК предназначена для создания необходимых условий для гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей получателей социальных услуг, по-

вышения эффективности и качества социальных услуг на всех стадиях их представления с целью предупреждения возможных отклонений от заданных требований к этим услугам, обеспечение репутации учреждения как надежного и порядочного исполнителя социальных услуг.

Основными задачами СК являются:

- ✓ осуществление эффективного контроля за техническими, организационными и другими факторами, влияющих на качество социальных услуг;
- ✓ предотвращение или устранение любых несоответствий оказания социальных услуг, предъявляемым к ним требованиям;
- ✓ обеспечение стабильного уровня качества социальных услуг;
- ✓ решение других задач.

Документация СК оформляется в виде комплекта документов как составная часть всей документации учреждения. Руководитель учреждения несет полную ответственность за политику в области качества, предоставляющую собой задачи, основные направления и цели учреждения в области качества оказания социальных услуг.

4.2. Организационная структура

Организационная структура СК учреждения представлена в виде схемы, на которой изображены все структурные подразделения непосредственно участвующие в предоставлении услуг или обеспечивающие их предоставление, их задачи, функции и ответственность в области качества.

Схема организационной структуры системы качества



4.4. Требования к документации

4.4.1. Общие положения

Учреждение предоставляет социальные услуги в соответствии с документами отвечающими требованиям Государственным стандартам социального обслуживания населения в Иркутской области, ГОСТ Р 52142-2003 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения» и ГОСТ Р 53060 – 2008 «Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания».

Все внутренние документы СК разделены на 5 уровней (см. рис. 1)

I уровень
II уровень
III уровень
IV уровень
V уровень

Рис. 1

Документами первого уровня являются:

- ✓ Руководство по качеству;
- ✓ Методические инструкции

Документами второго уровня являются, обязательные документированные процедуры:

- ✓ положение о документообороте;
- ✓ положение об организации внутреннего контроля качества
- ✓ положение о комиссии по контролю качества;
- ✓ положение об аттестационной комиссии на соответствие должности
- ✓ порядок проведения аттестации на соответствие должности

Документами третьего уровня являются:

- ✓ руководства, правила, инструкции, методики процесса предоставления услуг, контроля за его предоставлением.

Документами четвертого уровня являются документы, которые содержат конкретные требования в области качества и определяют, как выполнить работу.

К ним относятся:

- ✓ национальные стандарты РФ в области социального обслуживания населения;
- ✓ государственные стандарты социального обслуживания населения в Иркутской

области;

- ✓ должностные инструкции;
- ✓ иные нормативные документы.

Документами пятого уровня являются записи о качестве, которые предоставляют свидетельства соответствия требованиям стандарта и результативности функционирования СК.

4.2.2. Управление документацией

В учреждении руководством определена документация (включая соответствующие записи), необходимая для разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии СК и поддержки результативного выполнения процессов.

Целью системы управления документацией является установка порядка по разработке, согласованию, проверке, утверждению, распределению, изменению и хранению документов.

Данная система гарантирует применение только действующих документов. Документация четкая, датированная, понятная, удобна для идентификации и ведется в соответствии с установленными требованиями.

Вся документация в учреждении разделена на 2 группы:

- ✓ документация внутреннего происхождения, которая разработана, оформлена, согласована и утверждена в учреждении;
- ✓ документация внешнего происхождения, которая поступает в учреждение со стороны (соответствующим образом разработанная, оформленная, зарегистрированная).

К документам первой группы относятся:

- ✓ Руководство по качеству;
- ✓ Порядок предоставления услуг (методические инструкции);
- ✓ Должностные инструкции;
- ✓ Положения, разработанные в учреждении в области качества;
- ✓ Записи СК

К документации второй группы относятся:

- ✓ Национальные стандарты в области социального обслуживания;
- ✓ Государственные стандарты социального обслуживания населения в Иркутской области;
- ✓ Нормативные документы по предоставлению услуг, по контролю качества предоставления услуг и т.д.

Разработку документов первой группы, согласование и внесение изменений осуществляют специалисты и руководители структурных подразделений. В случае пересмотра документа и выпуска новой редакции, предыдущий выпуск изымается из производства.

Прием, регистрация, учет и хранение документов учреждения производится согласно положению о документообороте.

4.2.3. Управление записями

В состав документов СК входят записи о результатах деятельности учреждения в области качества.

Все записи учреждения делятся на:

- ✓ записи об анализе со стороны руководства о результативности и эффективности СК;

- ✓ записи об образовании персонала, повышении квалификации;
- ✓ записи о процессах предоставления услуг и соответствия их требованиям стандарта;
- ✓ записи об оценке предоставления услуг получателям услуг (опросные листы, анкеты);
- ✓ записи о внутренних и внешних проверках предоставления услуг.

Управление регистрацией записей о качестве предусматривает идентификацию, сбор, заполнение, хранение и ведение зарегистрированных данных. Виды деятельности, формы записей по результатам деятельности, исполнители и документация СК, регламентирующая требования к составу, форме, распределению и хранению записей предоставлены в государственных стандартах социального обслуживания населения в Иркутской области.

Ответственность за реализацию управления записями возлагается на представителя директора по качеству, а выполнение на руководителей структурных подразделений.

5. Ответственность руководства

5.1. Обязательство руководства Учреждения

Основной целью Руководства учреждения в области качества является:

- ✓ быть лидером в сфере своей деятельности;
- ✓ поддерживать репутацию надежного учреждения, имеющего добросовестных и квалифицированных работников и специалистов, а также необходимые технические ресурсы для безупречного выполнения основных задач по всему спектру предоставляемых получателям социальных услуг;
- ✓ Руководство принимает и разъясняет Политику и Цели в области качества всему персоналу Учреждения;
- ✓ Регулярно проводит анализ функционирования и результативности системы качества с выработкой корректирующих действий;
- ✓ Постоянно рассматривает вопросы понимания текущих и будущих потребностей и ожиданий получателей социальных услуг, которые постоянно повышают уровень требований к качеству предоставляемых им услуг;

Руководство также:

- ✓ Непрерывно работает над совершенствованием организационной структуры Государственного учреждения Иркутской области «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, Ленинского района г. Иркутска»;
- ✓ Добивается, чтобы все действия выполнялись на законных основаниях в соответствии с законодательством РФ по охране труда, технике безопасности, а также в соответствии с трудовым кодексом РФ и локальными актами Учреждения;
- ✓ Создает рабочую атмосферу, в которой поощряются усилия квалифицированных и компетентных работников, направленные на улучшение

качества предоставляемых услуг, на создание хороших служебных отношений.

5.2. Ориентирование на получателя социальных услуг

Для понимания и удовлетворения запросов получателей социальных услуг руководством учреждения преобразованы в конкретные требования такие потребности и ожидания получателя услуг как:

- ✓ качество;
- ✓ эффективность (результативность);
- ✓ постоянное удовлетворение;
- ✓ ответственность за качество предоставляемых услуг.

Эти требования доведены до сведения всего персонала через Цели в области качества, приказы, распоряжения и нормативную документацию. Процедура рассмотрения предложений, претензий и жалоб на предоставление социальных услуг приведена в методической инструкции, разработанной в соответствии с Госстандартом социального обслуживания населения.

5.3. Политика в области качества

Политика в области качества – общее намерение и направление деятельности учреждения в области качества, официально сформулированное директором учреждения.

Политика учреждения в области качества направлена:

- ✓ на обеспечение постоянного удовлетворения получателей социальных услуг предоставляемыми услугами;
- ✓ на повышение качества услуг и эффективности их предоставления;
- ✓ на принятие профилактических мер по предупреждению или урегулированию жалоб и претензий получателей социальных услуг.

Основными **задачами** в области качества являются:

- ✓ осуществление эффективного контроля за техническими, организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых услуг;
- ✓ предотвращение или устранение любых несоответствий услуг предъявляемым к ним требованиям;
- ✓ обеспечение стабильного уровня качества услуг.

Пути решения поставленных задач:

- ✓ систематический анализ деятельности структурных подразделений учреждения;
- ✓ совершенствование системы качества учреждения;
- ✓ содействие повышению знаний и навыков работы работников учреждения.

Политика учреждения в области качества базируется на следующих **основных принципах**:

- ✓ приоритетности требований клиента по обеспечению качества услуг, то есть обеспечения уверенности в том, что эти требования будут полностью реализованы при предоставлении услуг;
- ✓ предупреждения проблем качества услуг, то есть обеспечения уверенности в том, что эти проблемы будут предупреждаться, а не выявляться и разрешаться после их возникновения;
- ✓ соблюдения положений нормативных документов, регламентирующих требования к порядку и правилам предоставления услуг;
- ✓ обеспеченности 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 и др.);
- ✓ четкого распределения полномочий и ответственности персонала за его деятельность по предоставлению услуг, влияющих на обеспечение их качества;
- ✓ личной ответственности руководства 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 материальным и моральным стимулированием качества;
- ✓ документального оформления правил и методов обеспечения качества услуг;
- ✓ обеспечения понимания всеми сотрудниками учреждения требований системы качества к политике в области качества.

Администрация и учреждения берет на себя обязательства по реализации данной политики. Персонал личным примером должен демонстрировать приверженность к качеству, проводить и обеспечивать внедрение настоящей политики на всех уровнях учреждения.

Ответственность за политику в области качества несет директор учреждения. Он обеспечивает ее разъяснение и доведение до всех структурных подразделений и работников учреждения. Определяет полномочия, ответственность и порядок взаимодействия персонала учреждения, осуществляющего руководство, исполнение услуг и контроль деятельности, влияющий на качество услуг.

В формировании политики в области качества принимают участие директор учреждения, заместитель директора, заведующие отделениями, главный бухгалтер. Политика учреждения в области качества внедряется во всех структурных подразделениях учреждения, охватывает все направления деятельности в соответствии с потребностями и запросами получателей социальных услуг, способствует улучшению социальных и экономических показателей учреждения, регулярно анализирует на предмет ее постоянной актуальности и пригодности. В этих целях проводятся мероприятия, обеспечива-

ющие понимание, поддержку и реализацию Политики всеми сотрудниками учреждения.

Реализация политики учреждения в области качества обеспечивается необходимыми ресурсами (кадровыми, материально-техническими, информационными и другими ресурсами), ежегодно формируются конкретные цели.

Анализ на постоянную пригодность Политики в области качества осуществляет директор Учреждения не реже одного раза в год. Политика доводится до сведения всего персонала при приеме на работу. При всех видах обучения, проводимых в учреждении, а также в виде наглядной агитации.

5.4. Планирование

5.4.1. Цели в области качества

Политика в области качества учреждения обеспечивает основу для постановки и анализа целей в области качества учреждения и целей в области качества подразделений.

Цели в области качества разрабатывает и утверждает директор учреждения, учитывая:

- ✓ фактические и будущие потребности учреждения;
- ✓ соответствующие выводы анализа со стороны руководства;
- ✓ фактические характеристики услуг и показатели процессов предоставления услуг;
- ✓ степень удовлетворенности требованиями и результативностью получателей услуг;
- ✓ ресурсы, необходимые для достижения целей.

Анализ на постоянную пригодность целей учреждения в области качества осуществляет директор не реже одного раза в год. Цели в области качества в структурных подразделениях разрабатывают и утверждают руководители структурных подразделений. Анализ целей на достижимость и возможность улучшения предоставления услуг осуществляют руководители структурных подразделений по мере необходимости, но не реже одного раза в год. Результаты реализации целей учреждения и целей структурных подразделений в области качества намеченных на год могут рассматриваться на комиссии по качеству.

Управление документом «Руководство по качеству» осуществляются следующим образом:

- ✓ оригинал документа хранится у директора учреждения;
- ✓ секретарь производит рассылку документов во все структурные подразделения.

5.4.2. Планирование СК

Для обеспечения развития учреждения и удовлетворения запросов получателей услуг директором учреждения принято решение о разработке и внедрении СК учреждения включающее:

- ✓ планирование СК, включая утверждение политики и целей учреждения в области качества;
- ✓ выделение необходимых ресурсов;
- ✓ организация внедрения, включая анализ результативности СК.

Координацию всей работы по планированию, внедрению и оценке результативности СК осуществляет комиссия по качеству, созданная по приказу директора учреждения.

Планирование СК осуществляется на основе:

- ✓ установления процессов, необходимых для СК учреждения, критериев и методов оценки их результативности, мониторинга измерения и анализа этих процессов, осуществления действий для достижения запланированных результатов и постоянного улучшения этих процессов;
- ✓ анализа и планирования качества предоставляемых услуг;
- ✓ постоянного системного анализа СК и ее процессов со стороны руководства учреждения.

Планирование качества предоставляемых услуг в учреждении строится по циклу, состоящему из планирования работ, их выполнения, контроля и анализа результатов контроля и корректирующих действий.

5.5. Ответственность, полномочия и обмен информацией

5.5.1. Ответственность и полномочия

Руководителем учреждения определены и доведены до сведения персонала ответственность и полномочия с целью внедрения и поддержания в рабочем состоянии СК. Ответственность и полномочия директора учреждения в рамках СК определены в разделе 5.1. «Обязательство руководства».

Распределение ответственности и полномочий по функциональной деятельности определено в структурной схеме учреждения и функциях подразделений.

Руководители структурных подразделений:

- ✓ несут ответственность за проведение внутренних и перекрестных проверок предоставления социальных услуг;
- ✓ оформляют отчеты и проводят анализ состояния СК и предоставляют ответственному лицу;
- ✓ выявляют претензии и жалобы получателей социальных услуг на предоставление услуг с последующим проведением анализа;
- ✓ проводят мероприятия по устранению недостатков;
- ✓ проводят регулярную оценку степени удовлетворенности получателей социальных услуг предоставлением услуг путем проведения специальных опросов;

Работники всех структурных подразделений:

- ✓ непосредственно оказывают социальные услуги получателям услуг;
- ✓ осуществляют ежедневный самоконтроль предоставления услуг;
- ✓ выполнение мероприятий по устранению или предупреждению недостатков.

5.5.2. Представитель руководства по качеству

Представителем директора, ответственным за поддержание СК в рабочем состоянии и контролю результативности ее функционирования назначен заместитель директора по реабилитационно-воспитательной работе.

Представитель директора по качеству несет ответственность и наделяется следующими полномочиями:

- ✓ планирует все мероприятия по разработке, внедрению и поддержанию в рабочем состоянии процессов СК, требуемых настоящим руководством по качеству;
- ✓ внедряет и поддерживает в рабочем состоянии СК в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р 52497-2005 «Социальное обслуживание. Система контроля качества»;
- ✓ предоставляет директору учреждения данные о функционировании СК с целью анализа и принятия мер для улучшения СК;

5.5.3. Внутренний обмен информацией

В учреждении директором учреждения определен и внедрен процесс обмена информацией по вопросам Политики в области качества, требований в области качества, Целей в области качества и их достижения, что в итоге улучшает деятельность учреждения и непосредственно вовлекает всех работников в достижение Целей в области качества.

Внутренний обмен информацией включает в себя:

- ✓ обеспечение нормативной документацией (НД), документированные процедуры, государственные стандарты социального обслуживания населения в Иркутской области, положения);
- ✓ анализ данных о результативности СК;
- ✓ использование положений о структурных подразделениях (ПСП);
- ✓ использование должностных инструкций (ДИ);

Оперативный обмен информацией включает в себя:

- ✓ приказы;
- ✓ распоряжения;
- ✓ протоколы заседания комиссии по качеству;
- ✓ оперативные совещания с руководством структурных подразделений.

5.6. Анализ со стороны руководства

Под анализом со стороны руководства учреждения понимается оценка пригодности, соответствия назначению и результативности СК, а так же инициирование конкретизирующих действий с целью реализации Политики, Целей в области качества и непрерывных улучшений.

Анализ со стороны руководства проводится на комиссиях по качеству, основной целью которого является обеспечение выполнения обязательств, принятых в области качества.

Входными данными для анализа служат:

- ✓ отчеты по внешним и внутренним проверкам;
- ✓ акты контроля соблюдения процессов предоставления услуг;

- ✓ оценка функционирования процессов;
- ✓ анализ выполнения предупреждающих и корректирующих действий;
- ✓ выполнение решений по результатам предыдущего анализа СК руководством учреждения;
- ✓ изменения, которые могли повлиять на СК;
- ✓ рекомендации по улучшению качества предоставления услуг;
- ✓ оценка удовлетворенности получателей социальных услуг качеством предоставляемых услуг (жалобы, претензии, опросы получателей социальных услуг).

Выходными данными из анализа служат:

- ✓ изменения, касающейся Политики и Целей в области качества;
- ✓ корректирующие и предупреждающие действия;
- ✓ решения по повышению результативности процессов СК;
- ✓ действия по улучшению качества предоставления услуг согласно требованиям получателей социальных услуг (получателей услуг);
- ✓ решения по обеспечению ресурсами.

Ответственным за анализ выполнения Политики и Целей в области качества является директор учреждения.

6. Управление ресурсами

6.1. Обеспечение ресурсами

В учреждении определены необходимые ресурсы для функционирования и улучшения СК, а также для удовлетворения получателей услуг. К основным необходимым ресурсам относятся:

- ✓ кадровые;
- ✓ материально-технические;
- ✓ информационные

6.2. Кадровые ресурсы

Персонал, предоставляющий социальные услуги в учреждении должен соответствовать требованиям стандартов ГОСТ Р 52142-2003 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения» (в редакции от 24.11.2003), ГОСТ Р 52883-2007 «Социальное обслуживание населения. Требования к персоналу учреждений социального обслуживания» и утвержденному штатному расписанию.

Каждому клиенту гарантируется предоставление социальных услуг персоналом учреждения, имеющим профессиональную подготовку, квалификацию и опыт работы, необходимые для оказания социальных услуг в полном объеме в соответствии с индивидуальной нуждаемостью и условиям Договора.

Обеспечение всех видов деятельности учреждения, входящих в СК, персоналом необходимой компетентности состоит из следующих этапов:

- ✓ определение потребности и подбор персонала;
- ✓ стажировка персонала;
- ✓ подготовка (обучение) персонала;

- ✓ аттестация персонала.

Весь поступающий на работу персонал проходит вводный инструктаж, знакомится с правилами внутреннего трудового распорядка в установленном учреждением порядке. Подготовка и инструктирование персонала проводится с целью достижения необходимой компетентности для выполнения поставленных в должностных инструкциях задач. Квалификация персонала, оказывающего социальные услуги и осуществляющего контроль предоставления услуг, поддерживается учебой на курсах переподготовки, повышения квалификации (не реже 1 раза в 5 лет) или иными действенными способами. В учреждении разрабатывается и реализуется план повышения уровня профессиональной компетенции персонала. Общее руководство и контроль аттестации и переаттестации персонала в учреждении возлагается на заместителя директора по реабилитационно-воспитательной работе. Заместитель директора по реабилитационно-воспитательной работе является ответственным за своевременную подготовку и повышение квалификации кадров, обеспечивающих результативность и качественное предоставление услуг. Заместителем директора по РВР организуется система методической работы педагогического персонала. Методическая работа осуществляется согласно плана, вбирает в себя мероприятия по повышению квалификации, распространению опыта педагогических работников на разном уровне, результаты методической работы в течение года представляются на методических советах Центра. Ответственными за содержательную часть Методических советов являются руководители подструктурных подразделений.

6.3. Материально-технические ресурсы

Материально-технические ресурсы учреждения в значительной мере влияют на качество предоставления услуг. Это и условия размещения учреждения и специальное табельное техническое оснащение учреждения и т.д.

Условия размещения учреждения и обеспечение доступности предоставления социальных услуг должны соответствовать требованиям ГОСТ Р 52142-2003, государственным стандартам социального обслуживания населения в Иркутской области и быть следующим:

- ✓ учреждение и его структурные подразделения должны размещаться в специальном здании или помещениях, доступных для всех категорий обслуживаемых граждан, в том числе для инвалидов и других маломобильных групп населения. Помещения должны быть обеспечены всеми средствами коммунально-бытового обслуживания и оснащены телефонной связью;
- ✓ по размерам и состоянию помещения должны отвечать требованиям санитарно-гигиенических норм и правил, безопасности труда и должны быть защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенная температура воздуха, влажность воздуха, загазованность и т.д.);

- ✓ площадь, занимаемая учреждением, должна позволять нормальное размещение персонала, получателей социальных услуг для предоставления им услуг.

В связи с этим в учреждении предусмотрены меры, направленные на создание или поддержание упомянутых условий, а при возможности – на их улучшение.

Также для качественного предоставления услуг немаловажным вопросом является оснащение учреждения специальным и табельным оборудованием, аппаратурой и приборами, отвечающими требованиям ГОСТ Р 52142-2003 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения»

Поэтому в СК учреждения предусмотрены мероприятия, направленные на то, чтобы:

- ✓ оборудование, приборы и аппаратура использовались строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию, содержались в технически исправном состоянии и систематически проверялись;
- ✓ неисправное оборудование, приборы и аппаратура, дающие при работе сомнительные результаты, своевременно снимались с эксплуатации, заменялись или ремонтировались (если они подлежат ремонту), а пригодность отремонтированных подтверждалась их проверкой.

Обеспечение материально-техническими ресурсами (канцелярские товары, мебель, оргтехника, транспорт, услуги связи, строительные и иные услуги) проводятся с целью повышения качества материально-технического обеспечения и минимизации затрат на этот вид деятельности.

Процесс управления материально-техническим обеспечением включает:

- ✓ сбор заявок по требуемым ресурсам от структурных подразделений учреждения и их анализ с целью определения неиспользованных резервов ресурсов;
- ✓ заключение договоров по вопросам обеспечения;
- ✓ ведение картотеки по приходу и расходу материалов и оборудования;
- ✓ удовлетворение заявок на материалы и оборудование по обеспечению оказания социальных услуг;
- ✓ осуществление хозяйственных нужд.

Ответственность за управление материально-техническими ресурсами в структурных подразделениях возложена на заместителя директора по административно-хозяйственной работе и заместителя директора по реабилитационно-воспитательной работе

6.4. Информационные ресурсы

Вопросы информации являются основной составной частью СК, так как без правильно организованной информационной работы невозможно обеспечить качество предоставляемых услуг.

Учреждение предоставляет информацию в различных формах и через различные источники в целях гарантированного информирования населения, потенциальных получателей социальных услуг и их семей о стационарных и полустационарных формах социального обслуживания, о гарантированном государством перечне социальных услуг и дополнительных услугах, оказываемых структурными подразделениями учреждения.

6.4.1. Состав и объем информации

Любому лицу, обратившемуся в учреждение либо в его структурные подразделения, предоставляется информация:

- ✓ о местонахождении учреждения и его структурных подразделений, предоставляющих социальные услуги; о графике работы, процедуре приема граждан (обращение по телефону, прием в день обращения и т.д.),
- ✓ о руководителях структурных подразделений, о направлении деятельности структурного подразделения и др.;
- ✓ о видах социальных услуг, предоставляемых учреждением и его структурными подразделениями;
- ✓ о перечне гарантированных государством услуг и перечне дополнительных услуг;
- ✓ об условиях предоставления услуг;
- ✓ о перечне документов, необходимых для получения услуг;
- ✓ о сроках оказания услуг;
- ✓ о наличии стандарта услуги

6.4.2. Информация об учреждении, его структурных подразделениях, видах социальных услуг

Данная информация распространяется:

- ✓ через все структурные подразделения учреждения и размещается на специальных стендах в местах, доступных для всех посетителей;
- ✓ через учреждения социальной защиты населения;
- ✓ через общественные организации;
- ✓ через территориальные общественные советы
- ✓ через специалистов при посещении семей на дому;
- ✓ при помощи телефонной связи.

Учреждение и его структурные подразделения должны быть отмечены вывеской. На вывеске должно быть указано название учреждения или его структурных подразделений, график работы, телефон.

Напротив входной двери в помещения учреждения или в структурное подразделение должен находиться стенд с указателями:

- ✓ кабинетов;
- ✓ должностей и Ф.И.О. руководителя, его заместителя и руководителей служб и структурных подразделений;

- ✓ перечня основных услуг, предоставляемых учреждением с указанием краткой характеристики каждой услуги, области её предоставления и затрат времени на её предоставление;
- ✓ указателем кабинета, куда может обратиться посетитель, не нашедший нужной ему информации.

Кроме того, в учреждении или его структурных подразделениях должен быть перечень национальных и государственных стандартов в области социального обслуживания.

Печатные экземпляры стандартов должны находиться у заместителей директора, у руководителей структурных подразделений и выдаваться получателю услуг (потенциальному получателю услуг) или его представителю по его запросу.

Анализ непротиворечивости и актуальности информации, размещенной на стендах, должен проводиться не менее 2-х раз в месяц представителем директора по качеству и уполномоченных по качеству в структурных подразделениях учреждения, и в случае необходимости её содержание должно обновляться.

7. Процессы предоставления услуг

7.1. Общие положения

Грамотно разработанные, утвержденные и внедренные процессы предоставления услуг гарантируют стабильность качества услуг на всех этапах его предоставления. В учреждении разработаны и утверждены документированные методические инструкции на все процессы предоставления социальных услуг, оказывающие влияние на качество предоставления услуг. Методические инструкции по порядку предоставления услуг разработаны и утверждены в соответствии с государственными стандартами социального обслуживания населения в Иркутской области.

Порядок предоставления услуги содержит:

- ✓ схему предоставления услуг;
- ✓ поэтапный процесс предоставления услуг;
- ✓ контроль качества предоставления услуг.

7.2. Управление процессами

Методические инструкции (порядок предоставления услуг) разрабатываются руководителями структурных Подразделений, согласовываются с председателем СТК и утверждаются директором учреждения. Методические инструкции относятся к 1 группе документации учреждения. В случае пересмотра методических инструкций и выпуска новой редакции предыдущий выпуск изымается и уничтожается.

8. Контроль и оценка качества предоставления услуг

8.1. Общие положения

Контроль качества предоставления социальных услуг осуществляется в соответствии с ГОСТ Р 52496-2005 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг. Основные положения» и действующими стандартами социального обслуживания населения в Иркутской области.

Цель контроля – проверка качества предоставления услуг, для обеспечения стабильного уровня их качества, своевременное предотвращение или устранение любых несоответствий предъявляемым к ним требованиям.

Контролю подлежат:

- ✓ основные факторы, непосредственно влияющие на качество предоставления услуг;
- ✓ наличие необходимой документации;
- ✓ условия размещения;
- ✓ укомплектованность и квалификация персонала;
- ✓ специальное и табельное техническое оснащение;
- ✓ состояние информации;
- ✓ качество оказания получателям услуг социальных услуг.

Контроль качества предоставления услуг проводится в соответствии с планами внутренних проверок качества, утвержденных руководителем учреждения, или во внеплановом порядке. Периодичность плановых проверок устанавливается в зависимости от результатов предыдущего анализа их качества.

8.2. Собственная (внутренняя) и внешняя система контроля качества

Собственная (внутренняя) и внешняя система контроля за деятельностью учреждения, осуществляющая контроль за предоставлением услуг соответствует действующим государственным стандартам социального обслуживания населения в Иркутской области, ГОСТ Р 52142-2003 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения». Учреждение имеет документально оформленную собственную систему контроля качества деятельности учреждения, осуществляющую контроль на соответствие государственным стандартам социального обслуживания населения Иркутской области, другим нормативным документам в области социального обслуживания населения структурными подразделениями и представителями учреждения, оказывающими социальные услуги.

Эта система контроля при предоставлении услуг охватывает этапы планирования, работы с получателями услуг, оформления результатов контроля, выработки и реализации мероприятий по устранению выявленных недостатков. Руководитель учреждения несет полную ответственность за собственную (внутреннюю) систему контроля деятельности учреждения, осуществляющую контроль предоставления услуг.

В учреждении действует Комиссия по контролю качества и оценки эффективности предоставления услуг (далее – Комиссия). Положение и состав Комиссии утверждается руководителем учреждения.

В учреждении проводится 3 этапный внутренний контроль качества предоставления социальных услуг:

I этап – самоконтроль представителей учреждения (сплошной контроль) по предоставлению социальных услуг. Представители учреждения регулярно проводят оценку качества предоставления услуг получателям услуг в соот-

ветствии с требованиями стандартов и информируют руководителя подразделения о выявленных отклонениях.

II этап – контроль уполномоченных по качеству, отвечающих за предоставление услуг. На данном этапе реализуются сплошной или выборочный контроль. Контроль может проводиться по завершённым или незавершённым случаям предоставления социального обслуживания. Контроль осуществляется в плановом и внеплановом порядке, проводится лично, или заочно, по документам учреждения. При этом оценивается документация не менее 50% получателей социальных услуг. О результатах проверок информируется руководитель учреждения.

III этап – контроль руководителя учреждения.

Руководитель учреждения несет полную ответственность за политику в области качества и осуществляет выборочный контроль в плановом и внеплановом порядке. Руководитель учреждения, приказом назначает ответственных исполнителей, осуществляющих II и III этапы контроля выполнения требований по предоставлению социальных услуг получателям услуг учреждения. Ответственными исполнителями по проведению проверок назначены руководители подразделений, эффективность и качество деятельности которых зависит от качества деятельности проверяемых подразделений. На III этапе реализуются выборочный контроль предоставления услуг, оценивается документация не менее 5% получателей социальных услуг.

Порядок проведения внутреннего контроля качества предоставления услуг входит в документацию учреждения и относится к I группе документации в области качества.

Внешняя система контроля деятельности учреждения, осуществляющая контроль предоставления услуг, включает контроль, который проводят органы социальной защиты населения, органы здравоохранения в пределах их компетенции, а также Министерство и иные органы исполнительной власти в соответствии с действующим законодательством.

8.4. Оценка качества предоставления услуг

Уполномоченные по качеству не реже 1 раза в год, отчитываются перед руководителем учреждения о результатах внутреннего контроля качества предоставления социальных услуг по показателям (индикаторам) и о мерах, принятых для ликвидации выявленных нарушений.

Сравнение оценок получателей социальных услуг и исполнителей услуг проводится постоянно для оценки совместимости двух мер их качества, проведение (при необходимости) корректирующих действий и определения соответствия деятельности представителей услуг потребностям и запросам получателей социальных услуг.

Оценку соответствия предоставленным услуг требованиям качества проводят по результатам мероприятий по контролю качества учреждения II и III этапов или результатам внешнего контроля качества (в том числе по данным опроса получателей социальных услуг) по законченным случаям или в период предоставления услуг.

Уровни соответствия требованиям качества предоставления услуг определяются с использованием критериев, прописанных в положении об организации внутреннего контроля качества.

Учреждение постоянно должно определять, собирать и анализировать соответствующие данные для демонстрации результативности и пригодности СК.

Аналізу подвергаются следующие данные:

- ✓ анализ выполнения Целей в области качества;
- ✓ результативности проведения внутренних и внешних проверок;
- ✓ претензии и жалобы получателей услуг;
- ✓ результативность процессов предоставления услуг;
- ✓ анализ результативности корректирующих и предупреждающих действий.

Анализ данных может помочь установить первопричину существующих потенциальных проблем и, следовательно, способствовать принятию решений по корректирующим и предупреждающим действиям, требующимся для улучшения предоставления услуг. Для результативной оценки руководством деятельности учреждения в целом необходимо обобщать и проанализировать данные и информацию, полученные от всех структурных подразделений. Результаты подобных анализов используют для подтверждения достижения требуемого качества и эффективности функционирования системы.

9.2. Улучшение качества предоставления услуг

9.2.1. Постоянное улучшение качества предоставления услуг

В учреждении осуществляется постоянное улучшение качества всех процессов, приводящих к улучшению качества предоставления услуг. На заседаниях комиссии по качеству ежеквартально анализируется результативность СК. По итогам года анализируется Политика и Цели в области качества учреждения в целом и всех его подразделений в отдельности с последующей их корректировкой. В учреждении ежегодно разрабатывается план совершенствования работы учреждения по предоставлению социальных услуг.

9.2.2. Корректирующие и предупреждающие действия

В учреждении посредством корректирующих действий предпринимается устранение причин существующих несоответствий с требованиями стандартов, некачественного выполнения процессов предоставления услуг, других нежелательных ситуаций с тем, чтобы предотвратить их повторное возникновение. В отличие от корректирующего, предупреждающее действие предпринимается для устранения причин потенциального (предполагаемого) действия, а также некачественного предоставления услуг или другой нежелательной ситуации, с тем, чтобы предотвратить их возникновение.

Лист ознакомления с Руководством по качеству ОГКУСО «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, Ленинского района г. Иркутска»

п.№	ФИО работника	Профессия/должность	дата	подпись
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

Лист ознакомления с Руководством по качеству ОГКУСО «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, Ленинского района г. Иркутска»

25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				

Лист ознакомления с Руководством по качеству ОГКУСО «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, Ленинского района г. Иркутска»

49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				

Лист ознакомления с Руководством по качеству ОГКУСО «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, Ленинского района г. Иркутска»

73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				