

РУКОВОДСТВО

по качеству областного казенного государственного учреждения социального обслуживания «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних г. Иркутска»

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1.1. Настоящее руководство по качеству является основным документом системы качества учреждения и включает в себя общее описание системы качества учреждения, политику учреждения в области качества, организационную структуру системы качества, задачи и функции подразделений и служб учреждения в области качества, сведения о комплекте документов всех уровней, составляющих нормативно-методическую базу системы качества, порядок внедрения, функционирования и контроля системы качества.

1.2. Под системой качества учреждения понимают совокупность его 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), обеспечивающие осуществление административного руководства качеством услуг.

1.3. Система качества предназначена для создания необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей клиентов, 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.

1.4. Система качества оформляется в виде комплекта документов (руководств, положений, инструкций, методик и т.д.), в которых устанавливают требования к системе качества учреждения в целом и к ее составным частям, указанным в п.1.3. настоящего руководства.

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

2. ПОЛИТИКА УЧРЕЖДЕНИЯ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

2.1. Цели политики учреждения в области качества:

- обеспечение постоянного удовлетворения клиентов предоставляемыми услугами;
- повышение качества услуг и эффективности (результативности) их предоставления;
- принятие профилактических мер по предупреждению или урегулированию претензий и жалоб клиентов;

2.2. Задачи политики учреждения в области качества:

- 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;
- осуществление мониторинга уровня качества услуг и по его результатам выработка корректирующих действий, направленных на устранение недостатков и совершенствование системы качества.

2.3. Принципы политики учреждения в области качества:

2.3.1. Приоритетность требований (запросов) клиента по обеспечению качества услуг, то есть обеспечение уверенности в том, что эти требования (запросы) будут полностью реализованы при предоставлении услуг. Реализация принципа осуществляется путем максимального учета интересов, потребностей и пожеланий клиентов каждым специалистом учреждения при оказании им социальных услуг. Контроль за реализацией принципа осуществляется посредством проведения систематических опросов клиентов на предмет их удовлетворенности качеством оказываемых социальных услуг.

2.3.2. Предупреждение проблем качества услуг, то есть обеспечение уверенности в том, что эти проблемы будут предупреждаться, а не выявляться и разрешаться после их возникновения.

Реализация принципа осуществляется путем осуществления самоконтроля специалистами учреждения, проведения систематического контроля качества социальных услуг.

2.3.3. Соблюдение положений нормативных документов, регламентирующих требования к порядку и правилам предоставления услуг.

2.3.4. 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 и др.).

2.3.5. Четкое распределение полномочий и ответственности персонала за его деятельность по предоставлению услуг, влияющих на обеспечение их качества.

2.3.6. Личная ответственность 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.

2.3.7. Обеспечение личной ответственности каждого исполнителя за качество услуг в сочетании с материальным и моральным стимулированием качества.

2.3.8. Документальное оформление правил и методов обеспечения качества услуг.

2.3.9. Обеспечение понимания всеми сотрудниками учреждения требований системы качества к политике в области качества. Реализация принципа осуществляется путем проведения с персоналом учреждения разъяснительной работы, лекций, тематических занятий, семинаров по вопросам качества социальных услуг, обеспечения персонала соответствующими методическими, инструктивными, нормативными материалами.

3. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА УЧРЕЖДЕНИЯ

3.1. Организационная структура системы качества учреждения определяет участников управления и контроля качества учреждения и представляет собой схему, на которой изображены все структурные подразделения, непосредственно участвующие в предоставлении услуг или обеспечивающие их предоставление и отдельные блоки услуг подразделений, выделенные в случаях их отдельного документального обеспечения, а также функциональные обязанности участников системы качества.

3.2. Функции участников системы качества социального обслуживания в учреждении.

1) **Директор учреждения** - лицо, ответственное за качество обслуживания:

- формирует политику учреждения в области качества социального обслуживания и несет ответственность за ее реализацию;
- осуществляет общий контроль качества социального обслуживания клиентов в учреждении;
- создает комиссию по контролю качества в учреждении в составе лица, ответственного за контроль качества из числа руководителей учреждения, ответственных исполнителей по проведению проверок качества;
- анализирует эффективность политики учреждения в области качества, своевременно корректирует политику в области качества социального обслуживания в учреждении;
- обеспечивает разработку системы качества, ее внедрения и поддержания в рабочем состоянии;
- планирует работу по осуществлению контроля качества в учреждении;
- организует и проводит проверки качества, осуществляет контроль за функционированием системы качества;
- анализирует отчеты о проверках качества социального обслуживания, разрабатывает предложения по совершенствованию системы качества учреждения;
- предоставляет отчеты руководителю учреждения о функционировании системы качества с предложениями по ее совершенствованию;
- рассматривает и согласовывает проекты документов системы качества учреждения, подготовленные ответственными лицами.

2) **Заместители директора** - лица, ответственные за качество обслуживания по своим направлениям:

- организуют и проводят проверки качества, осуществляют контроль за функционированием системы качества;
- анализируют отчеты о проверках качества социального обслуживания, разрабатывают предложения по совершенствованию системы качества по своему направлению;
- предоставляют отчеты директору учреждения о функционировании системы качества с

предложениями по ее совершенствованию;

- разрабатывают, рассматривают и согласовывают проекты документов системы качества учреждения, подготовленные другими ответственными лицами.

3) Комиссия по контролю качества (утверждается приказом директора учреждения):

- организует и проводит внутренние плановые и оперативные проверки качества социального обслуживания;

- готовит отчеты о проведенных внутренних проверках качества, анализирует полученные результаты, разрабатывает предложения по совершенствованию системы качества учреждения и представляет их директору учреждения на рассмотрение;

4) ответственные исполнители по проведению проверок качества:

- проводят плановые проверки качества социального обслуживания в соответствии с утвержденным планом проведения проверок;

- при необходимости проводят оперативные проверки качества социального обслуживания;

- готовят отчеты о плановых и оперативных проверках качества социального обслуживания, анализируют полученные результаты и разрабатывают предложения по совершенствованию системы качества учреждения;

- разрабатывают проекты документов системы качества учреждения и представляют их на согласование лицу, ответственному за контроль качества социального обслуживания;

- рассматривают и готовят заключения по проектам документов системы качества учреждения, подготовленным ответственными лицами.

5) ответственные лица за работу структурных подразделений:

- обеспечивают удовлетворение потребностей граждан в социально-бытовых, социально-психологических, социально-экономических, социально-правовых, социально-педагогических услугах;

- принимают профилактические меры по предупреждению или урегулированию претензий и жалоб клиентов;

- разрабатывают целевые показатели деятельности специалистов, ежеквартально проводят анализ работы специалистов и оценку достижения целевых показателей;

- выявляют проблемы в организации социального обслуживания и принимают меры по устранению проблемных вопросов;

- разрабатывают предложения по повышению качества социально-бытовых, социально-психологических, социально-экономических, социально-правовых, социально-педагогических услуг и представляют их на согласование лицу, ответственному за контроль качества по направлению деятельности подразделения;

- ведут работу по повышению качества социально-бытовых, социально-психологических, социально-экономических, социально-правовых, социально-педагогических услуг;

- ведут методическую работу в целях повышения уровня и качества профессиональных знаний работников (планерные совещания, лекции, круглые столы, тематические занятия и т.д.).

б) ответственные лица за медицинский блок:

- обеспечивают удовлетворение потребностей в социально-медицинских услугах;

- принимают профилактические меры по предупреждению или урегулированию претензий и жалоб клиентов;

- разрабатывают предложения по повышению качества социально-медицинских услуг и представляет их на согласование лицу, ответственному за контроль качества в учреждении;

- ведут работу по повышению качества социально-медицинских услуг;

- ведут методическую работу в целях повышения уровня и качества профессиональных знаний работников (планерные совещания, лекции, круглые столы, тематические занятия и т.д.).

7) ответственное лицо за пищеблок:

- организует постоянный контроль качества питания, соблюдения технологии и использования установленной документации при организации питания;

- разрабатывает предложения по повышению качества питания и представляет их на согласование лицу, ответственному за контроль качества в учреждении;

- ведет работу по повышению качества питания;

- ведет работу в целях повышения уровня и качества профессиональных знаний работников (планерные совещания, лекции, тематические занятия и т.д.).

8) ответственное лицо за хозяйственный блок:

- ведет работу по обеспечению условий размещения учреждения и его структурных подразделений, достаточных для его эффективной работы, доступности и удобства для приема и реабилитации всех категорий обслуживаемых, обеспечении помещений всеми средствами коммунально-бытового обслуживания и телефонной связью;
- осуществляет контроль за соответствием состояния помещения требованиям санитарно-гигиенических норм и правил, безопасности труда и защищенности от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенные температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, загазованность, шум, вибрация и др.);
- принимать меры к тому, чтобы площадь, занимаемая учреждением, обеспечивала нормальное размещение персонала, клиентов и предоставление им услуг;
- разрабатывает предложения по повышению качества содержания зданий, помещений, транспорта, оборудования, обеспеченности учреждения необходимым оборудованием, приборами и аппаратурой и представляет их на рассмотрение лицу, ответственному за контроль качества в учреждении;
- организует постоянный контроль за использованием оборудования, приборов и аппаратуры строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию, содержанием их в технически исправном состоянии;
- организует контроль за своевременным снятием неисправных или дающих сомнительные результаты оборудования, приборов и аппаратуры с эксплуатации, их заменой или ремонтом, за своевременной их поверкой;
- разрабатывает предложения по повышению качества содержания зданий, помещений, транспорта, оборудования, обеспеченности учреждения необходимым оборудованием, приборами и аппаратурой и представляет их на рассмотрение лицу, ответственному за контроль качества в учреждении;
- ведет работу в целях повышения уровня и качества профессиональных знаний работников (планерные совещания, тематические занятия и т.д.).

4. НОРМАТИВНО-МЕТОЛОГИЧЕСКАЯ БАЗА СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА

4.1. В состав документации системы качества учреждения входят:

4.1.1. Федеральные законы и нормативные акты:

- Федеральный закон Российской Федерации от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации"
- Постановление Минтруда РФ от 29 марта 2012 г. №25 «Об утверждении Рекомендаций по организации деятельности специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации»;

4.1.2. Законы и нормативные акты Иркутской области:

- Закон Иркутской области от 1 декабря 2014 года № 144-оз «Об отдельных вопросах социального обслуживания граждан в Иркутской области»
- Приказ министерства от 11 декабря 2014 года № 193-мпр «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания»
- Приказ министерства от 11 декабря 2014 года № 195-мпр «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг на дому»
- Приказ министерства от 11 декабря 2014 года № 196-мпр «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания»
- Приказ министерства от 30 декабря 2014 года № 209-мпр «Об утверждении Порядка предоставления срочных социальных услуг»

4.1.3. Уставные документы учреждения:

- Устав областного государственного учреждения социального обслуживания «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних г. Иркутска».

4.1.5. Локальные нормативные акты учреждения:

- положения об отделах учреждения;
- порядки предоставления социальных услуг;
- положение о социально-медико-психолого-педагогическом консилиуме;
- положение о проведении аттестации работников учреждения;

4.1.5. Документы учреждения, регламентирующие организацию контроля качества услуг:

- положение об организации внутреннего контроля качества обслуживания в ОГКУСО «СРЦН г. Иркутска»;
- положение о комиссии по контролю качества;
- методика определения уровня качества обслуживания;
- положение об организации контроля качества услуг в отделениях учреждения.

4.1.6. Документация на оборудование, приборы и аппаратуру, способствующая обеспечению их нормальной и безопасной эксплуатации, обслуживания и поддержания в работоспособном состоянии.

4.1.7. Должностные инструкции работников учреждения.

4.1.8. Указанные документы составляют основу документации системы качества учреждения. В процессе формирования системы качества они корректируются, дополняются, разрабатываются новые документы с целью приведения их содержания, комплектности в соответствие с требованиями системы качества.

4.1.9. Порядок разработки, утверждения документов системы качества, внесения в них изменений, а также порядок ведения всех документов, относящихся к системе качества, осуществляется на общих основаниях согласно Общим нормам и правилам оформления документов, утвержденным директором учреждения.

5. ПОЛНОМОЧИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПЕРСОНАЛА УЧРЕЖДЕНИЯ

5.1. В учреждении формируется комиссия по контролю качества, состав и положение о которой утверждаются приказом директора учреждения. В состав комиссии входят:

- лицо, ответственное за качество обслуживания учреждения, за надлежащее выполнение требований, установленных национальными и региональными стандартами социального обслуживания, в учреждении им является директор;
- лица, ответственные за качество обслуживания по своим направлениям – заместители директора;
- ответственные исполнители по проведению проверок качества из числа руководителей подразделений, эффективность и качество деятельности которых зависят от качества деятельности проверяемых подразделений.

5.2. Полномочия ответственных лиц по обеспечению качества предусматриваются в их должностных инструкциях. В число полномочий входят:

- обеспечение разработки системы качества, ее внедрения и поддержания в рабочем состоянии;
- предоставление отчетов руководителю учреждения о функционировании системы качества с целью ее анализа и использования полученных результатов как основы для совершенствования этой системы.

5.3. Полномочия ответственных исполнителей по проведению проверок качества и обеспечению качества услуг в своих подразделениях предусматриваются в их должностных инструкциях. В число их полномочий входят:

- проведению проверок качества услуг в подразделении;
- анализ результатов проведенных проверок и подготовки предложений по совершенствованию качества социального обслуживания в учреждении.

5.4. В должностных инструкциях персонала должны быть четко определены полномочия, ответственность и взаимодействие всего персонала учреждения, осуществляющего руководство работой, предоставление услуг и контроль деятельности, влияющей на качество услуг. Особенно это должно относиться к обслуживающему персоналу, деятельность которого связана с выполнением таких процедур, как выявление претензий и жалоб клиентов, проведение мероприятий по устранению или предупреждению недостатков, контроль выполнения этих мероприятий.

6. ВНУТРЕННИЕ ПРОВЕРКИ КАЧЕСТВА

6.1. Внутренняя проверка качества учреждения в целом, или по отдельным направлениям деятельности проводится с целью регулярной оценки эффективности системы качества учреждения, определения общего уровня качества учреждения, степени соответствия предоставляемых услуг

потребностям клиентов, а также для получения информации, необходимой для обеспечения эффективного функционирования этой системы.

6.2. Внутренняя проверка качества проводится комиссией по контролю качества. Проверка может быть оперативной и плановой. Плановая проверка проводится один раз в год на основании приказа директора учреждения по решению комиссии по контролю качества. Порядок проведения проверки определен в Положении о внутренней проверке качества обслуживания в ОГКУСО «ЦПД». Составной частью проверки является проведение мониторинга удовлетворенности клиента предоставлением услуг.

Оперативная проверка системы качества или отдельных ее составных частей проводят в случае резкого ухудшения показателей, характеризующих конечные результаты работы по обеспечению качества услуг, в случае необходимости оценки эффективности корректирующих действий, а также при значительных изменениях организации работ и технологий предоставления услуг, отрицательно влияющих на их качество.

6.3. По результатам внутренней проверки проводится анализ системы качества учреждения с целью определения ее действенности и эффективности, необходимости улучшения ее параметров. Результаты анализа используются для подтверждения достижения требуемого качества и эффективности функционирования системы

По итогам внутренней проверки качества обслуживания оформляется отчет о состоянии системы качества, в котором отражают данные анализа соответствия показателей и результатов деятельности учреждения в области обеспечения качества предоставляемых услуг установленным требованиям.

На основании полученных результатов проверки качества учреждения разрабатываются и реализуются мероприятия по совершенствованию системы качества, разрабатываются новые методы и средства управления качеством предоставляемых услуг, проводится работа по улучшению состава и содержания нормативной документации на систему качества.

6.4. При проведении проверок необходимо оценивать основные факторы, влияющие на качество предоставляемых услуг:

- наличие и состояние документации, в соответствии с которой функционирует учреждение;
- условия размещения учреждения;
- укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация;
- специальное и табельное техническое оснащение учреждения (оборудование, приборы, аппаратура и т.д.);
- состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления услуг клиентам.

6.5. В процессе проведения внутренних проверок системы качества осуществляют:

- контроль соответствия системы качества требованиям национальных стандартов и документации на нее;
- анализ и оценку состояния функционирования системы качества в целом и отдельных ее составных частей;
- анализ соответствия предоставляемых услуг требованиям нормативных документов;
- анализ и оценку результатов работы учреждения в области качества услуг;
- выработку корректирующих действий, направленных на устранение недостатков, выявленных в процессе предоставления услуг, и совершенствование системы качества.

7. УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ УЧРЕЖДЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ И ПОВЫШЕНИЕ ИХ КВАЛИФИКАЦИИ

7.1. Укомплектованность учреждения специалистами и повышение их квалификация является одним из основных факторов, влияющих на качество предоставляемых услуг.

7.2. Ответственность за кадровую политику учреждения несут директор учреждения, его заместители, руководители структурных подразделений и специалист по кадрам учреждения.

7.3. Кадровая политика учреждения осуществляется на основании Положения о кадровой политике учреждения, которое предусматривает оценку состояния укомплектованности учреждения специалистами необходимой квалификации.

7.4. Ежегодно в учреждении разрабатывается и утверждается план мероприятий по подготовке

(обучению, повышению квалификации, аттестации, стажировке и т.д.) персонала, выполняющего работы, непосредственно влияющие на качество услуг.

План мероприятий по подготовке персонала предусматривает решение следующих вопросов:

- обеспечение учреждения специалистами с соответствующим образованием, квалификацией, профессиональной подготовкой, обладающих знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на них обязанностей;
- постоянное повышение квалификации специалистов учебной на курсах переподготовки и повышения квалификации или иными способами;
- обязательная аттестация специалистов в установленном порядке;
- воспитание у всех сотрудников учреждения высоких моральных и морально-этических качеств, чувства ответственности и необходимости руководствоваться в своей работе с клиентами принципами гуманности, справедливости, объективности и доброжелательности, учитывая их физическое и психическое состояние.

8. КОНТРОЛЬ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА УСЛУГ

8.1. Контроль качества услуг, предоставляемых подразделениями учреждения и его работниками проводится с целью оценки качества услуг, предоставляемых работниками подразделений и их соответствия установленным требованиям. Порядок проведения контроля качества услуг, предоставляемых отдельными структурными подразделениями и работниками, устанавливается в Положениях об организации контроля качества в отделениях учреждения.

Контроль качества может быть плановыми и оперативными. Периодичность планового контроля устанавливается в положениях об организации контроля качества услуг отделений в зависимости от объекта контроля и результатов анализа качества услуг – от одного раза в месяц до одного раза в квартал. Оперативная проверка качества предоставления услуг проводится в случае резкого ухудшения показателей качества, изменения технологии предоставления услуг или внедрения нового вида услуг.

8.2. При контроле и оценке качества услуг учреждение:

- проверяет и идентифицирует услуги на соответствие нормативным документам, регламентирующим их предоставление;
- обеспечивает самоконтроль персонала, предоставляющего услуги, как составную часть процесса контроля;
- обеспечивает приоритет клиентов в оценке качества услуг;
- учитывает отзывы клиентов и использует регулярную оценку степени удовлетворенности клиентов услугами путем проведения социологических опросов.

Оценка качества социальных услуг осуществляется на основании установленных в нормативных документах критериев оценки качества социальных услуг. Оценка качества социального обслуживания в целом по учреждению определяется на основании утвержденной в установленном порядке методики определения уровня качества обслуживания.