

## **РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ**

### **1. Общее описание системы качества учреждения**

**1.1.** Настоящее Руководство по качеству описывает систему качества ГБУСО «Минераловодский ЦСОН», разъясняет его политику в области качества, отражает организационную структуру системы качества, задачи и функции отделений 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.

**1.2.** Под системой качества учреждения (далее - СК) 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), обеспечивающую осуществление административного руководства качеством услуг.

**1.3.** Систему качества учреждения создают для достижения и поддержания уровня качества услуг, соответствующего предъявляемых к нему требованиям.

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

**1.5.** 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.

**1.6.** Руководство по качеству разработано в соответствии с требованиями национальных стандартов социального обслуживания населения «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг», «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг», «Социальное обслуживание населения. Система качества учреждений социального обслуживания».

### **2. Политика учреждения в области качества**

**2.1.** В учреждении разработана и размещена в доступном для клиентов и специалистов месте Политика учреждения в области качества.

**2.2.** Политика учреждения в области качества представляет собой основные цели, задачи и принципы деятельности учреждения в области качества, принятые к обязательному выполнению в учреждении.

**2.3.** Ответственность за политику в области качества несет руководитель учреждения.

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

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

**2.6.** Политика учреждения в области качества охватывает все направления его деятельности, соответствует потребностям и запросам клиентов, способствует улучшению социальных и экономических показателей учреждения.

**2.7.** Политика учреждения в области качества внедрена во все структурные подразделения учреждения и ежегодно подвергается анализу на предмет ее актуальности и пригодности.

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

**2.9.** Плановые мероприятия по реализации Политики в области качества отражаются в следующих документах:

«Задачи политики в области качества» (разрабатывается на *три* года);

«План повышения качества» (разрабатывается *ежегодно*).

**2.10.** Политика учреждения в области качества подвергается ежегодному анализу и, в случае необходимости, пересмотру.

### **3. Основные факторы, влияющие на качество услуг**

**3.1.** Основными факторами, влияющими на качество услуг, являются: 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;

состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления услуг клиентам.

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

**3.2.1.** Основу документации учреждения составляют следующие документы:

Устав учреждения;

штатное расписание;

положения об отделениях;

должностные инструкции;

правила, инструкции, методики;

эксплуатационные документы на оборудование, приборы и аппаратуру;  
документы в области стандартизации;  
прочие документы.

**3.2.2.** Вся документация составлена качественно, в ней квалифицированно и четко изложены обязанности, права, порядок выполнения различных процедур при предоставлении услуг и другие функции в соответствии с установленными требованиями.

**3.2.3.** Документация может быть в любой форме или на любом носителе.

**3.2.4.** В учреждении разработана и утверждена процедура, предусматривающая разработку, использование и управление документацией.

**3.2.5.** В процессе функционирования учреждения документы могут быть при необходимости откорректированы с целью приведения их содержания в соответствие с изменившимися требованиями. Устаревшие документы своевременно изымаются и заменяются новыми.

**3.3.** Условия размещения учреждения.

**3.3.1.** Условия размещения учреждения обеспечивают его эффективную работу.

**3.3.2.** Учреждение и его структурные подразделения размещены в специально предназначенном здании, доступном для всех категорий обслуживаемых граждан.

**3.3.3.** В учреждении созданы все необходимые условия для пребывания в нем клиентов, обслуживающего персонала, а также предоставления социальных услуг. Помещения обеспечены средствами коммунально-бытового обслуживания, оснащены телефонной связью и системой кондиционирования в соответствии с их назначением.

**3.3.4.** По размерам и состоянию помещения отвечают основным требованиям санитарно-гигиенических норм и правил, безопасности труда и защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг.

**3.4.** Укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация.

**3.4.1.** Учреждение укомплектовано специалистами в соответствии со штатным расписанием.

**3.4.2.** Обязанности, права и ответственность специалистов четко распределены и изложены в их должностных инструкциях, методиках и других документах, регламентирующих их деятельность.

**3.4.3.** Специалисты учреждения подобраны в соответствии с образованием, квалификацией, профессиональной подготовкой, обладают знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на них обязанностей.

**3.4.4.** Специалисты учреждения постоянно повышают свою квалификацию учебной на курсах переподготовки и повышения квалификации или иными способами.

**3.4.5.** Специалисты учреждения проходят своевременную аттестацию в соответствии с требованиями Положения об аттестации специалистов.

**3.4.6.** В учреждении проводятся мероприятия, направленные на 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 в соответствии с Этическим кодексом работника социальной службы.

**3.4.7.** В учреждении утвержден План мероприятий по подготовке персонала, в соответствии с которым проводятся мероприятия, направленные на обучение, повышение квалификации, аттестацию, стажировку персонала, выполняющего работы, непосредственно влияющие на качество услуг.

Мероприятиями по подготовке персонала *не реже одного раза в 5 лет* охватываются все сотрудники учреждения, непосредственно влияющие на качество услуг, включая руководящий состав всех уровней.

**3.4.8.** В учреждении в соответствии с требованиями Положения об обеспечении прав клиента на конфиденциальность принимаются меры по недопущению разглашения сотрудниками учреждения сведений личного характера о клиентах, ибо эти сведения составляют служебную тайну и за их разглашение виновные несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**3.4.9.** В учреждении предусмотрено материальное и моральное поощрение его сотрудников в соответствии с Положением о премировании и Положением о Доске почета.

**3.5.** Специальное и табельное техническое оснащение учреждения.

**3.5.1.** Учреждение оснащено специальным и табельным оборудованием, аппаратурой и приборами, отвечающими требованиям соответствующих стандартов, технических условий, других нормативных документов и обеспечивающими надлежащее качество предоставляемых услуг.

**3.5.2.** Оборудование, приборы и аппаратура используются строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию, содержатся в технически исправном состоянии, которое систематически проверяется.

**3.5.3.** Неисправное оборудование, приборы и аппаратура, дающие при работе сомнительные результаты, своевременно снимаются с эксплуатации, заменяются или ремонтируются (если они подлежат ремонту).

**3.5.4.** В учреждении имеется Журнал учета состояния специального и табельного оборудования, в котором *ежегодно* отмечается техническое

состояние имеющихся в учреждении оборудования, приборы и аппаратура, а также планируемые в их отношении мероприятия, направленные на исполнение пунктов 3.5.2 и 3.5.3 настоящего Руководства.

**3.6. Состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления услуг клиентам.**

**3.6.1. Основные требования к информации:**

а) учреждение доводит до граждан свое наименование и местонахождение любым способом, предусмотренным законодательством Российской Федерации, предоставляет по требованию клиентов необходимую и достоверную информацию о выполняемых услугах, позволяющую им сделать компетентный выбор;

б) состав информации об услугах соответствует Закону Российской Федерации «О защите прав потребителей»;

в) информация, предоставляемая клиенту, является достоверной и полной. Если предоставление недостоверной или недостаточно полной информации об услуге повлекло причинение вреда жизни, здоровью или имуществу клиента учреждения (вследствие производственных, рецептурных и иных недостатков услуги), он вправе предъявить учреждению требования о возмещении причиненного вреда.

**3.6.2. Информирование осуществляется в соответствии с разработанным в учреждении Положением об информировании клиентов, заинтересованных лиц и организаций.**

## **4. Организация работы по качеству**

**4.1. Документальное оформление системы качества.**

**4.1.1. Система качества оформляется в виде комплекта документов (руководств, положений, инструкций, методик и тому подобное), в которых устанавливаются требования к системе качества учреждения в целом и к ее составным частям.**

**4.1.2. Документация системы качества составлена и внедрена таким образом, что все услуги, которые предоставляет учреждение, постоянно соответствовали установленным требованиям.**

**4.1.3. Документация системы качества является составной частью всей документации учреждения и соответствует всем необходимым требованиям.**

**4.2. Полномочия и ответственность персонала.**

**4.2.1. Ответственность за политику в области качества несет руководитель учреждения, который в соответствии с этим:**

несет ответственность за разработку и реализацию политики в области качества;

обеспечивает разъяснение и доведение политики качества до всего персонала учреждения;

определяет полномочия, ответственность и порядок взаимодействия всего персонала учреждения, осуществляющего руководство, исполнение услуг и контроль деятельности, влияющей на качество услуг;

анализирует результативность системы качества, принимает соответствующие управленческие решения, обеспечивающие выполнение поставленных задач, а, при необходимости, совершенствование этой системы

**4.2.2.** Ответственность за надлежащее исполнение требований СК несет ответственный за систему качества, который назначается руководителем учреждения и независимо от других возложенных на него обязанностей:

- обеспечивает разработку системы качества, ее внедрение и поддержание в рабочем состоянии;
- обеспечивает разработку, внедрение и поддержание в рабочем состоянии процессов, требуемых системой качества;
- формирует Задачи политики в области качества и План повышения качества на основе предложений, поступающих от специалистов, осуществляющих текущий контроль качества, и осуществляет контроль за реализацией прописанных в них мероприятий;
- анализирует ежеквартальные и годовые аналитические отчеты, представляемые специалистами, ответственными за осуществление текущего контроля; представляет сводные аналитические отчеты руководителю учреждения;
- разрабатывает программу внутреннего аудита и необходимую документацию, контролирует ход реализации этой программы, проводит анализ результатов ее проведения;
- обеспечивает ежегодный анализ Политики учреждения в области качества и, в случае необходимости, ее пересмотр.

**4.2.3.** С целью организации деятельности по решению проблем, связанных с качеством предоставляемых услуг, назначаются ответственные за осуществление текущего контроля за качеством предоставляемых услуг.

Ответственные за осуществление текущего контроля за качеством предоставляемых услуг назначаются руководителем учреждения и независимо от других возложенных на них обязанностей:

- обеспечивают выполнение требований нормативных правовых документов, регламентирующих предоставление контролируемых ими услуги/направлений;
- разрабатывают инструкции, методики, технологии и пр., предназначенные для регламентирования процесса предоставления услуг, определения методов их предоставления и контроля, а также для совершенствования работы учреждения;
- проводят ежеквартальный и ежегодный анализ закрепленных за ними услуг и предоставляют его в письменной форме специалисту, ответственному за систему качества в учреждении;
- участвуют в проведении внутренних проверок исполнения требований к услугам, предоставляемым в учреждений;

- проводят исследование степени удовлетворенности клиентов качеством контролируемых ими услуг/направлений;
- проводят самоконтроль персонала по оценке качества контролируемых ими услуг/направлений;
- систематически вносят предложения (на основе проведенного анализа) в ежеквартальный план повышения качества в соответствии с контролируруемыми услугами/направлениями;
- несут ответственность за реализацию соответствующих мероприятий плана повышения качества;
- вносят предложения по повышению результативности функционирования системы качества;
- осуществляют контроль и оценку качества деятельности других специалистов, ответственных за осуществление текущего контроля (согласно п.4.4 настоящего Руководства);
- участвуют в других мероприятиях, направленных на обеспечение необходимого уровня качества услуг.

#### 4.2.4. Персонал учреждения, непосредственно предоставляющий услуги клиентам, независимо от других возложенных на него обязанностей:

- знаком с политикой учреждения в области качества и участвует в ее реализации;
- обеспечивает стабильность уровня качества услуг, повышает качество и эффективность (результативность) их предоставления, гарантированное удовлетворение законных запросов и потребностей клиентов;
- соблюдает положения нормативных документов, регламентирующих требования к порядку и условиям предоставления услуг, в соответствии с возложенными должностными обязанностями;
- своевременно осуществляет корректирующие действия, направленные на устранение недостатков, выявленных в процессе предоставления услуг, в соответствии с возложенными должностными обязанностями;
- осуществляет самоконтроль предоставления услуг как составляющей части процесса контроля.

### 4.3. Анализ функционирования системы качества руководством учреждения.

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

#### 4.3.2. Анализ осуществляется в ходе:

- ежеквартального изучения материалов, представляемых специалистом, ответственным за систему качества, включающих оценку разработки и реализации Плана повышения качества за отчетный период и исполнение других документов системы качества;
- проведения ежегодного совещания по итогам функционирования системы качества в учреждении.

**4.3.3.** Результаты подобных анализов используют для подтверждения достижения требуемого качества и эффективности функционирования системы.

**4.4.** Контроль и оценка качества услуг.

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

- а) полнота и своевременность предоставления услуги;
- б) результативность (эффективность) предоставления услуги.

**4.4.2.** 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 (в соответствии с Положением о проведении внутренних проверок);
- проведение исследования степени удовлетворенности клиентов качеством предоставляемых услуг (в соответствии с Положением о проведении исследования степени удовлетворенности клиентов качеством предоставляемых услуг);
- анализ обращений клиентов (в соответствии с Порядком рассмотрения обращений клиентов);
- самоконтроль персонала, предоставляющего услуги (в соответствии с Положением о проведении самоконтроля персонала);
- сравнение оценок клиентов и исполнителей услуг (персонала, предоставляющего услуги) с целью определения, насколько деятельность исполнителей услуг отвечает потребностям и запросам клиентов.

**4.4.3.** В ходе контроля и оценки качества услуг учреждение обеспечивает приоритет клиентов в оценке качества услуг.

Утверждено  
приказом директора  
ГБУСО «Минераловодский ЦСОН»  
от 09.01.2015г. № 7

# РУКОВОДСТВО ПО ОРГАНИЗАЦИИ КОНТРОЛЯ ПО КАЧЕСТВУ

## 1. Общие положения

1.1. Система качества ГБУСО «Минераловодский ЦСОН» разрабатывается согласно требованиям, установленным ГОСТ Р 52497- 2005 «Социальное обслуживание населения. Система качества учреждений социального обслуживания».

1.2. Под системой качества ГБУСО «Минераловодский ЦСОН» понимают совокупность 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.

1.3. Система качества ГБУСО «Минераловодский ЦСОН» создаётся для достижения и поддержания уровня качества услуг, соответствующего предъявляемым к нему требованиям.

1.4. Система качества ГБУСО «Минераловодский ЦСОН» является неотъемлемой частью общей системы управления деятельностью учреждения по предоставлению социальных услуг.

1.5. Система качества ГБУСО «Минераловодский ЦСОН» 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 Центра как надежного и порядочного исполнителя услуг.

1.6. Для эффективной работы системы качества ГБУСО «Минераловодский ЦСОН» при оценке качества услуги используются следующие критерии:

а) полнота предоставления услуги в соответствии с требованиями документов и её своевременность;

б) результативность (эффективность) предоставления услуги:

-материальная (степень решения материальных или финансовых проблем клиента), оцениваемая непосредственным контролем результатов выполнения услуги;

-нематериальная (степень улучшения психоэмоционального, физического состояния клиента, решения его правовых, бытовых и других проблем в результате взаимодействия с исполнителем услуги), оцениваемая косвенным методом, в том числе путём проведения социальных опросов, при этом обеспечивается приоритет клиента в оценке качества услуги.

## 2. Нормативно- методическая база, регламентирующая качество оказываемых клиентам социальных услуг:

ФЗ РФ от 10.12.1995 г. №195 «Об основах социального обслуживания населения в РФ» ( в редакции ФЗ от 22.08.04 №122 - ФЗ);

ФЗ РФ от 22.08.1995 г. №122 «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (в редакции ФЗ от 22.08.04 № 122 - ФЗ);

ФЗ РФ от 24.11.1995 г. «О социальной защите инвалидов в РФ» (в редакции ФЗ от 22.08.04 № 122 - ФЗ, в редакции ФЗ от 31.12.05 №199 - ФЗ);

ГОСТ Р 52142 - 2003 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг»;

ГОСТ Р 52143 - 2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»;

ГОСТ Р 52496 - 2005 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг»;

Устав Центра, Положение об отделении, должностные инструкции сотрудников Центра;

График документооборота, номенклатура дел Центра:

План работы по организации качества обслуживания пожилых граждан и инвалидов;

График контроля качества обслуживания пожилых граждан и инвалидов;

Анализ качества оказываемых услуг населению требованиям национальных стандартов.

### **3. Политика ГБУСО «Минераловодский ЦСОН» в области качества**

3.1. Политика Центра представляет собой основные цели, задачи и принципы деятельности учреждения в области качества, документально оформленные и принятые к обязательному выполнению. Работа Центра в области качества услуг направлена на полное удовлетворение нужд клиентов, непрерывное повышение качества услуг и эффективность социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

3.2. Цели политики 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.

3.3.Основные задачи деятельности Центра 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.

#### 3.4. Основные принципы деятельности Центра в области качества:

- приоритетность требований (запросов) клиента по обеспечению качества услуг, то есть обеспечения уверенности в том, что эти требования (запросы) будут полностью реализованы при предоставлении услуг;
- предупреждение проблем качества услуг, то есть 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 Центра 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.);
- четкое распределение полномочий и ответственности персонала за его деятельность по предоставлению услуг, влияющую на обеспечение их качества;
- личная ответственность руководителя Центра 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;
- документальное оформление правил и методов обеспечения качества услуг;
- обеспечение понимания всеми сотрудниками Центра требований системы качества к политике в области качества.

3.5. Ответственность за политику в области качества несет директор Центра. Он обеспечивает разъяснение и доведение политики до всего персонала Центра, четко определяет полномочия, ответственность и порядок взаимодействия всего персонала учреждения, осуществляющего

руководство, исполнение услуг и контроль деятельности, влияющей на качество услуг.

3.6. В формировании политики в области качества принимают участие заместитель директора и заведующие отделениями.

3.7. Политика Центра в области качества охватывает все направления его деятельности, соответствует потребностям и запросам клиентов, способствует постоянному улучшению качества обслуживания клиентов и улучшению социальных и экономических показателей Центра.

3.8. Политика Центра в области качества внедряется во всех отделениях Центрах и регулярно подвергается анализу на предмет ее актуальности и пригодности.

3.9. Реализация политики Центра в области качества обеспечивается необходимыми ресурсами (кадровыми, материально-техническими, информационными и другими).

Для выполнения политики Центра в области качества перед отделениями ставятся задачи на конкретные плановые периоды и при необходимости своевременно уточняются и корректируются руководством Центра.

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

#### **4. Организационная структура ГБУСО «Минераловодский ЦСОН»**

4.1. Директор Центра осуществляет общее руководство системой качества, утверждает планы работы по качеству отделений, план мероприятий по подготовке (обучению, повышению квалификации, аттестации) персонала, выполняющего работы, непосредственно влияющие на качество услуг, графики проведения контроля качества предоставляемых услуг.

4.2. Заместитель директора осуществляет контроль за выполнением утвержденных планов работы по качеству, плана мероприятий по подготовке персонала, соблюдением графиков контроля качества предоставляемых услуг. Осуществляет 1 раз в месяц выборочные проверки контроля качества услуг на соответствие требований нормативной документации, с выходом на дом к клиентам, находящихся на обслуживании в отделениях социального и социально-медицинского обслуживания на дому.

4.3. «Внутренняя система контроля» отделений осуществляется ступенчато - заместитель директора, заведующий отделением, мониторинг специалистов по социальной работе.

Удовлетворенность качеством обслуживания определяется двумя критериями:

-удовлетворенностью клиента и оценкой качества обслуживания, производимой заведующим отделением. Контроль качества обслуживания выполняется согласно графику, результаты контроля заносятся в журнал.

**4.4. Цель внутренней системы контроля:**

- регулярная оценка эффективности системы качества и её соответствие установленным требованиям, а также получение информации, необходимой для обеспечения эффективного функционирования этой системы.

#### **4.5. Задачи внутренней системы контроля:**

- контроль и анализ соответствия оказываемых услуг населению требованиям национальных стандартов;
- составление отчёта о результатах проверки качества оказываемых услуг;
- разработка плана мероприятий по устранению выявленных недостатков при предоставлении услуг;
- контроль за выполнением намеченных мероприятий по устранению выявленных недостатков.

4.6. Плановые проверки внутренней системы контроля проводятся 2 раза в год. В случае ухудшения показателей качества услуг, предоставляемых отделениями Центра, проводится оперативная проверка качества оказываемых услуг.

### **5. Контроль и оценка качества услуг**

5.1. Для проверки эффективности работы внутренней системы контроля в Центре создаётся комиссия по качеству, состоящая из сотрудников Центра в количестве 3 человек. Периодичность осуществляемых комиссией проверок 1 раз в год.