

РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ

Территориального центра социального обслуживания населения (ТЦСОН)
Государственного бюджетного учреждения Республики Коми
«Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной
защиты населения Усть-Цилемского района»

с. Усть-Цильма
2017 г.

Содержание:

Раздел 1. Общее описание системы качества учреждения.....	с. 3
Раздел 2. Политика учреждения в области качества	с. 4
Раздел 3. Организационная структура системы качества	с. 5
Раздел 4. Параметры стандартов качества предоставляемых социальных услуг учреждением.....	с. 6
Раздел 5. Виды, формы и методы контроля.....	с. 7
Раздел 6. Организация работы по качеству	с. 9
Раздел 7. Ответственность за политику в области качества	с. 10

Руководство по качеству

1. Общее описание системы качества учреждения

1.1. Руководство по качеству является основным документом системы качества Государственного бюджетного учреждения Республики Коми «Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения Усть-Цилемского района» (далее – Учреждение). В нем изложено общее описание системы качества применительно к Учреждению, разъясняется политика Учреждения в области качества, отражены организационная структура системы качества, задачи и функции структурных подразделений Учреждения в области качества, приведены сведения о комплекте документов всех уровней, составляющих нормативно-методическую базу системы качества, установлен 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. Система качества учреждения создана для достижения и поддержания уровня качества услуг, соответствующего предъявляемым нормативными документами 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. Систему качества оформляют в виде комплекта документов (руководств, положений, инструкций, методик и тому подобное), в которых устанавливают требования к системе качества Центра в целом и к ее составным частям. Документация системы качества должна отвечать требованиям, указанным в настоящем руководстве по качеству.

1.7. Основным документом системы качества Центра является данное руководство по качеству. В нем излагается общее описание системы качества, разъясняется политика учреждения в области качества, отражается организационная структура системы качества, задачи и функции структурных подразделений и служб учреждения в области качества, приводятся сведения о комплекте документов всех уровней, составляющих нормативно-методическую базу системы качества, устанавливается порядок внедрения, функционирования и контроля системы качества.

1.8. Руководство по качеству разработано в соответствии с требованиями Национальных стандартов Российской Федерации:

- ГОСТ Р 52142-2013. Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения.
- 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 52143-2013 Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг.

- ГОСТ Р 50691-94. Модель обеспечения качества услуг.
- 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 53058-2008 Социальное обслуживание населения. Социальные услуги гражданам пожилого возраста.
- ГОСТ Р 53059-2008 Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам.
- ГОСТ Р 53060-2008 Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания.
- ГОСТ Р 53061-2008 Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг детям.
- ГОСТ Р 53062-2008 Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг женщинам.
- ГОСТ Р 53063-2008 Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг семье.
- ГОСТ Р 53347-2009 Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг гражданам пожилого возраста.
- ГОСТ Р 533-2009 Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг инвалидам.
- ГОСТ Р 53555-2009. Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг лицам без определенного места жительства и занятий.

1.9. Настоящее Руководство действует с момента подписания документа до замены новым, утверждается директором учреждения.

2. Политика учреждения в области качества

Политика Центра в области качества представляет собой механизм, с помощью которого сотрудники Центра осуществляют комплекс мер по обеспечению качества предоставляемых социальных услуг, его последовательного повышения, а также осуществляют административное руководство и контроль качеством услуг. Политика в области качества включает в себя основные цели, задачи и принципы деятельности ТЦСОН в области качества, документально оформленные и принятые к обязательному выполнению в учреждении.

2.1.1. Цели политики учреждения в области качества:

- обеспечение постоянного удовлетворения клиентов предоставляемыми услугами;
- повышение качества услуг и эффективности (результативности) их предоставления.

2.1.2. Основными задачами, на решение которых направлена политика 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;
- удовлетворение существующих и перспективных потребностей всех заинтересованных сторон: клиентов – в качественном социальном обслуживании, общества – в формировании и реализации эффективной социальной политики, государства – в реализации принципов социального государства и развития институтов гражданского общества.

2.1.3. Политика учреждения в области качества базируется на следующих основных принципах:

- приоритетности требований (запросов) клиента по обеспечению качества услуг, то есть обеспечения уверенности в том, что эти требования (запросы) 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, влияющую на обеспечение их 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.

3. Организационная структура системы качества

Структурно-функциональная модель системы контроля качества Учреждения – трехуровневая, что способствует соблюдению принципа предупреждения проблем качества услуг, профилактике возможных нарушений в области качества предоставления услуг, в случае нестандартной или конфликтной ситуации, изучению и выработке плана по улучшению качества оказания услуг.

1 уровень «Плановый контроль».

Система плановых проверок, осуществляется Комиссией, состав которой утверждается приказом директора. Целью деятельности комиссии является контроль реализации политики учреждения в области качества оказания социальных услуг. Плановая проверка может использовать многофункциональный подход: фронтальный, тематический, систематический, взаимопроверки (сравнительный). Работа Комиссии осуществляется согласно плану работы Учреждения в области контроля качества.

2 уровень «Внеплановый контроль».

Внеплановые проверки осуществляются Комиссией по указанию директора при наличии претензий, жалоб со стороны клиентов Учреждения либо при возникновении нестандартной или конфликтной ситуации. Внеплановая проверка направлена на изучение ситуации и выработку плана по улучшению работы Учреждения.

3 уровень «Самоконтроль».

Система самоконтроля заключается в ежедневном систематическом контроле качества предоставляемых услуг внутри каждого структурного подразделения.

4. Параметры стандартов качества предоставляемых социальных услуг учреждением

Проверка качества предоставляемых социальных услуг в учреждении осуществляется по следующим основным параметрам:

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

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

- нормативно-правовые документы (законы РФ, постановления и распоряжения Правительства РФ; нормативно-правовые акты Республики Коми; нормативно-правовые акты Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Коми), приказы директора учреждения;
- устав учреждения;
- положения о структурных подразделениях учреждения, содержащие основные направления деятельности с указанием перечня предоставляемых социальных услуг и кратким изложением их содержания;
- должностные инструкции специалистов учреждения, устанавливающие права, обязанности, ответственность за оказываемые ими социальные услуги;
- руководства, служебные инструкции, правила, методики технологий, предназначенные для регламентирования процесса предоставления услуг, а также для совершенствования работы структурных подразделений;
- национальные стандарты социального обслуживания населения в Российской Федерации, составляющие нормативную основу практической работы отделений в области предоставляемых клиентам социальных услуг (ГОСТы);
- прочая документация по номенклатуре учреждения.

4.2. Условия размещения учреждения, обеспечивающие его эффективную работу:

- учреждение и его структурные подразделения размещены в специально предназначенных зданиях, доступных для всех категорий граждан, в том числе для инвалидов и других маломобильных групп населения;
- помещения обеспечены всеми средствами коммунально-бытового обслуживания и оснащены телефонной связью;
- по размерам и состоянию помещения отвечают требованиям санитарно-гигиенических норм и правил, безопасности труда и защищают от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенная температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, шум, вибрация и т.д.);
- площадь, занимаемая учреждением, позволяет нормальное размещение персонала, клиентов и предоставление им услуг.

4.3. Укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация:

4.3.1. Учреждение укомплектовано специалистами в соответствии со штатным расписанием.

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

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

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

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

4.3.6. 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 Кодексом этики и служебного поведения работников органов управления социальной защиты населения и учреждений социального обслуживания.

4.3.7. В учреждении в соответствии с ежегодным Планом мероприятий по подготовке персонала проводятся мероприятия, направленные на обучение, повышение квалификации, аттестацию, стажировку персонала, выполняющего работы, непосредственно влияющие на качество услуг.

4.3.8. В учреждении предусмотрено материальное и моральное поощрение сотрудников в соответствии с Положением об оплате труда.

4.4. Состояние информации об учреждении.

4.4.1. 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.

5. Виды, формы и методы контроля

5.1. **Вид контроля** - это совокупность форм контроля, проводимых с определенной целью. Особенности видов контроля определяются спецификой их объектов и стоящих задач, а также средствами, используемыми для контроля.

Возможные виды контроля Учреждения.

По субъекту контроля выделяют: государственный, ведомственный и вневедомственный контроль. По отношению к требованиям законодательства контроль может носить обязательный или инициативный характер.

В Учреждении может иметь место как внешний контроль, осуществляемый представителями органов государственной власти, местной власти, ведомств, независимыми экспертами, общественностью, так и внутренний контроль, включающий контроль руководителя, взаимный контроль специалистов, работающих в Учреждении, самоконтроль.

По времени проведения различаются: предварительный, текущий и итоговый контроль.

Предварительный контроль осуществляется до начала работы и дает возможность оценить существующие организационные, кадровые, методические ресурсы, степень их готовности к предстоящей деятельности.

Текущий контроль проводится непосредственно в ходе деятельности, направлен на анализ эффективности отдельных этапов, аспектов, степени реализации конкретных задач, оценку действий подразделений и работников. Текущий контроль призван оценивать текущую деятельность. В его основе лежат нормативные показатели. Текущий контроль может, в свою очередь, включать контроль оперативный и контроль систематический, повторяющийся через определенные промежутки времени.

Итоговый контроль дает информацию о достигнутых результатах, позволяет выявить положительные и отрицательные стороны деятельности, определить пути его дальнейшего развития и совершенствования.

Тематический контроль проводится в течение всего года с целью углубленного изучения и получения информации о состоянии определенного элемента объекта управления.

Фронтальный контроль проводится с целью одновременной всесторонней проверки объекта управления в целом (уровень социально-реабилитационной работы; степень развитости материально-технической базы учреждения; кадровое обеспечение; организация и управление и т.д.) или отдельного структурного отделения подразделения.

5.2. **Форма контроля** - это способ организации контроля. При способе организации контроля по проверяемым объектам в учреждениях возможно применение следующих форм контроля: персональный; обобщающий; обзорный.

5.3. Формы контроля находят свое практическое применение через методы контроля.

Метод контроля - это способ практического осуществления контроля для достижения поставленной цели. Наиболее эффективными методами контроля для изучения состояния деятельности являются:

- наблюдение (внимательно следя за чем-либо, изучать, исследовать);
- анализ (разбор занятий, консультаций и т.п. с выявлением причин, определение тенденции развития);
- беседа (деловой разговор на какую-либо тему с участием слушателей в обмене мнениями);
- изучение документации (тщательное обследование с целью ознакомления, выяснения чего-либо).
- анкетирование (способ исследования путем опроса);
- хронометраж (измерение затрат рабочего времени на выполнение повторяющихся операций);
- мониторинг уровня социализации.

Структура процессов контроля в Учреждении



5.4. Все виды контроля завершаются выработкой предложений по коррекции выявленных в ходе него недостатков. Эти предложения должны быть направлены на повышение эффективности деятельности Учреждения.

6. Организация работы по качеству

6.1. Внутренние проверки системы качества.

6.1.1. В системе качества учреждения разработан и поддерживается в рабочем состоянии порядок проведения внутренних проверок качества. Внутренние проверки системы качества учреждения проводятся с целью регулярной оценки ее эффективности и соответствия установленным требованиям, а также для получения информации, необходимой для обеспечения эффективного функционирования этой системы.

6.1.2. Эффективность системы качества определяется по результатам ее оценок, получаемых при проверках.

6.2. Анализ функционирования системы качества.

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

6.2.2. Анализ осуществляется в ходе:

- регулярного изучения материалов, представляемых специалистом, ответственным за систему качества, включающих разработку и реализацию плана повышения качества за отчетный период и исполнение других документов системы качества;

- проведения ежегодного совещания по итогам функционирования системы качества в учреждении.

6.2.3. Результаты данных анализов используются для подтверждения достижения требуемого качества и эффективности функционирования системы.

6.3. Контроль и оценка качества услуг.

6.3.1. Контроль за качеством услуг – это «совокупность операций, включающая проведение измерений, испытаний, оценки одной или нескольких характеристик услуги (обслуживания) и сравнения полученных результатов с установленными требованиями».

6.3.2. Основными критериями контроля и оценки качества услуги являются:

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

6.3.3. Основные формы осуществления контроля и оценки качества услуг:

- проведение внутренних проверок системы качества с целью проверки и идентификации услуг на соответствие нормативным документам, регламентирующим их предоставление;

- проведение исследования степени удовлетворённости клиентов качеством предоставляемых услуг;

- анализ обращений клиентов;

- самоконтроль сотрудников, предоставляющих услуги;

- сравнение оценок клиентов и исполнителей услуг с целью определения, насколько деятельность исполнителей услуг отвечает потребностям и запросам клиентов.

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

7. Ответственность за политику в области качества

7.1. Ответственность за политику в области качества несет руководитель Учреждения.

Он обеспечивает разъяснение и доведение этой политики до всего персонала Учреждения, четко определяет полномочия, ответственность и порядок взаимодействия всего персонала Учреждения, осуществляющего руководство, исполнение услуг и контроль деятельности, влияющей на качество услуг.

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

Политика Учреждения в области качества должна соответствовать потребностям и запросам клиентов, способствовать улучшению социальных и экономических показателей Учреждения.

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

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

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

7.2. Полномочия и ответственность персонала

7.2.1. Директор учреждения осуществляет руководство по реализации системы качества в Учреждении по следующим направлениям:

- осуществляет разработку политики и целей в области качества;
- организует работу по разработке документов системы качества;
- распределяет ответственность полномочий в системе качества;
- организует информационную работу;
- осуществляет руководство ресурсами: кадровыми, материально-техническими, информационными;
- назначает ответственных за функционирование системы качества Учреждения.

7.2.2. Заместитель директора учреждения - заведующий ТЦСОН отвечает за функционирование системы качества:

- проводит планирование мероприятий в области качества курируемых направлений;
- формулирует задачи перед курируемыми структурными подразделениями на конкретные плановые периоды, своевременно уточняя их и корректируя;
- осуществляет систематический контроль оказания услуг клиентам Учреждения;
- своевременно реагирует на поступившие жалобы и претензии со стороны клиентов Учреждения;
- обеспечивает доступность информации о деятельности Учреждения, предоставляемых услугах;
- проводит внутренние проверки системы качества и оформляют результаты внутренних проверок в виде отчета (аналитической справки, акта и др.) о состоянии системы качества;
- осуществляет анализ и оценку функционирования системы качества Учреждения;
- вырабатывает мероприятия по улучшению и корректировке действий, направленных на устранение недостатков и совершенствование системы качества.

7.2.3. Ответственными за функционирование системы качества в структурных Учреждения подразделениях являются заведующие отделениями:

- участвуют в планировании качества;
- контролируют качество услуг, предоставляемых специалистами и социальными работниками;
- организуют работу по повышению качества оказываемых услуг.

7.2.4. Специалисты, социальные работники Учреждения:

- качественно оказывают социальные услуги клиентам Учреждения, в соответствии с утвержденными Регламентами;
- участвуют в само- и взаимоконтроле качества услуг;
- осуществляют действия по систематическому повышению качества оказываемых услуг (участвуя в работе семинаров, тренингов, курсов повышения квалификации, занимаясь самообразованием и др.).