УТВЕРЖДАЮ
Директор ГБУ СО ЯО
Красноперекопского
психоневрологического
интерната

_____ М.В.Филиппова
«01» 06 2021 г.

РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ

государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Ярославской области Красноперекопский психоневрологический интернат

I. Общие сведения о руководстве по качеству

Настоящее Руководство по качеству разработано в соответствии с положениями Федеральных законов Российской Федерации и постановлениями Правительства Российской Федерации, а также положениями действующих национальных стандартов в сфере социального обслуживания населения, в частности, стандартом «Социальное обслуживание населения. Система обеспечения качества учреждений социального обслуживания ГОСТ Р 52497-2020», утвержденный Приказом Ростехрегулирования от 11.08.2020 № 495-ст.

Под системой обеспечения качества в учреждении понимается 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 др.), гарантирующей осуществление административного руководства качеством услуг.

Система обеспечения качества учреждения создана для достижения и поддержания уровня качества услуг, соответствующего предъявляемым к нему требованиям.

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

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

репутации учреждения как надежного и ответственного поставщика социальных услуг.

Ключевыми целями учреждения в области качества является создание условий для своевременного удовлетворения потребностей получателей социальных услуг в необходимых социальных услугах, системное и непрерывное повышение качества социальных услуг и эффективности (результативности) их предоставления, повышение уровня удовлетворенности получателей социальных услуг обслуживанием и профилактика предупреждения жалоб получателей социальных услуг, развитие инновационного потенциала учреждения, обеспечение репутации учреждения как надежного и ответственного поставщика социальных услуг.

Достижение данных целей обеспечивается решением следующих задач:

1. Разработка и внедрение методик и технологий повышения качества и эффективности социальных услуг; внедрение новых форм, форматов предоставления социальных услуг.
2. Реализация клиентоориентированного индивидуального и дифференцированного подходов к предоставлению социальных услуг с учетом критериев индивидуальной нуждаемости получателей социальных.
3. Обеспечение информационной открытости учреждения.
4. Создание благоприятных и комфортных условий жизнедеятельности получателей социальных услуг, а также условий для самореализации, реабилитации и абилитации, достаточно независимого и автономного функционирования пожилых людей и инвалидов, проживающих в учреждении.
5. Повышение уровня компетентности и профессионализма персонала (профессиональной, социально-психологической), эффективности их деятельности, качества работы, предоставляемых социальных услуг.
6. Эффективное управление внутренними ресурсами учреждения и привлечение внешних ресурсов.
7. Повышение уровня материально-технической оснащенности учреждения, обеспечение ее соответствия действующим стандартам; обеспечение условий предоставления и содержания социальных услуг, соответствующим действующим стандартам.
8. Обеспечение доступности учреждения и предоставляемых услуг.
9. Совершенствование процедур внутреннего контроля за качеством предоставляемых услуг, своевременное проведение корректирующих и предупреждающих мероприятий как неотъемлемых частей системы менеджмента качества.

10. Осуществление эффективного контроля за техническими, организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых услуг.

11. Предотвращение или устранение любых несоответствий качества услуг предъявляемым к ним требованиям.

12. Обеспечение стабильного уровня качества социальных услуг.

Функционирование системы обеспечения качества учреждения базируется на следующих основных принципах:

- приоритетность требований (запросов) получателя социальных услуг по обеспечению качества услуг, то есть обеспечение 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 услугам, порядку и правилам их предоставления;
- обеспеченность учреждения соответствующими людскими, материально-техническими и другими ресурсами (базовой и оперативной информацией, технической документацией, техническими средствами, 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, влияющих на обеспечение их качества;
- личная ответственность руководства учреждения за качество предоставляемых услуг, разработку, внедрение и контроль эффективности системы обеспечения качества, за определение политики в области качества, организацию и общее руководство деятельностью по обеспечению качества;
- обеспечение личной ответственности каждого исполнителя за качество;
- документальное оформление правил и методов обеспечения качества услуг;
- обеспечение понимания всеми сотрудниками учреждения требований системы обеспечения качества, предъявляемых к политике в области качества.

Руководство по качеству включает в себя общее описание системы обеспечения качества в учреждении, разъясняет политику учреждения в области качества, отражает организационную структуру системы обеспечения качества, задачи и функции подразделений и служб учреждения в области качества, содержит сведения о комплекте документов всех уровней, составляющих нормативно-методическую базу системы обеспечения качества, устанавливают порядок внедрения, функционирования и контроля системы обеспечения качества.

II. Общие сведения об учреждении

Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Ярославской области Красноперекопский психоневрологический интернат, является стационарным учреждением социального обслуживания, создано в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 12 января 1996 года №7-ФЗ «О некоммерческих организациях», Федеральным законом от 28 декабря 2013 года №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», решением Ярославского областного исполнительного комитета от 20 апреля 1984 года №249.

Тип – бюджетное учреждение.

Официальное наименование учреждения:

Официальное полное наименование Учреждения - Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Ярославской области Красноперекопский психоневрологический интернат.

Официальное сокращенное наименование Учреждения – ГБУ СО ЯО Красноперекопский психоневрологический интернат.

Учредитель Учреждения – Департамент труда и социальной поддержки населения Ярославской области.

Имущество Учреждения является собственностью Ярославской области и закрепляется за ним на праве оперативного управления Правительством области или Департаментом в соответствии с установленной компетенцией. Функции и полномочия собственника имущества Учреждения осуществляет департамент имущественных и земельных отношений Ярославской области.

Учреждение является юридическим лицом; имеет самостоятельный баланс, лицевые счета, открытые для учета операций с собственными средствами учреждения, средствами во временном распоряжении и субсидиями из областного бюджета на финансовое обеспечение выполнения государственного задания, с субсидиями на иные цели и бюджетными инвестициями, печать, штампы, бланки со своим наименованием.

Учреждение возглавляет директор, назначаемый и освобождаемый от должности учредителем (департаментом труда и социальной поддержки населения Ярославской области по согласованию с департаментом по управлению государственным имуществом Администрации Ярославской области.

Юридический адрес Учреждения: 150002, г.Ярославль, Парковый проезд, дом 7.

Руководитель учреждения: директор Филиппова Марина Владимировна.

Ответственный за деятельность учреждения по менеджменту качества и председатель Совета по менеджменту качества: заместитель директора по

организационно-методической работе. Ответственность за политику учреждения в области качества несет директор учреждения.

Учреждение осуществляет свою деятельность в соответствии с предметом и целями деятельности, определенными действующим законодательством Российской Федерации, Ярославской области, Уставом Учреждения.

Предметом деятельности учреждения является выполнение работ (оказание услуг) в целях обеспечения реализации полномочий Учредителя в сфере стационарного социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в соответствии с действующим законодательством.

Основными целями деятельности Учреждения являются: предоставление гражданам, признанным нуждающимися в социальном обслуживании в стационарной форме социального обслуживания, социальных услуг при постоянном, временном (на срок, определенный индивидуальной программой предоставления социальных услуг) или 5-дневном (в неделю) круглосуточном проживании в учреждении.

Учреждение предоставляет государственную услугу «Предоставление социального обслуживания в стационарной форме, включая оказание социально-бытовых услуг, социально-медицинских услуг, социально-педагогических услуг, социально-трудовых услуг, социально-правовых услуг, срочных услуг, услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности».

Учреждение осуществляет следующие виды деятельности:

- предоставление социальных услуг (социально-бытовых услуг, социально-медицинских услуг, социально-педагогических услуг, социально-трудовых услуг, социально-правовых услуг, срочных услуг, услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности);
- осуществление функций опекунов и попечителей в отношении граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в опеке и попечительстве;
- медицинская деятельность в соответствии с имеющейся лицензией;
- образовательная деятельность в рамках имеющейся лицензии.

III. Политика в области качества

Политика в области качества учреждения устанавливает основные цели, задачи и принципы деятельности учреждения в области качества, документально оформленные и принятые к обязательному выполнению в учреждении; 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 руководитель учреждения, его заместители, руководители структурных подразделений учреждения.

Политика учреждения в области качества охватывает все его направления деятельности, отвечает потребностям и запросам получателей социальных услуг, способствует улучшению социальных и экономических показателей деятельности учреждения. Политика в области качества содержит обязательство руководства учреждения осуществлять постоянное улучшение качества обслуживания клиентов.

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

Реализация политики учреждения в области качества обеспечена необходимыми ресурсами (кадровыми, материально-техническими, информационными и др.). Для выполнения принятой учреждением политики в области качества перед подразделениями и службами учреждения ставятся задачи на конкретные плановые периоды, которые при необходимости своевременно уточняются и корректируются руководством учреждения.

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

Руководитель учреждения обеспечивает разъяснение и доведение этой политики до сведения всего персонала учреждения.

Порядок и способы (методы) реализации целей, задач и принципов деятельности учреждения в области качества предусматривает ежегодное составление и реализацию планов учреждения в области качества, а также планов деятельности структурных подразделений учреждения, специалистов учреждения, планов работы по основным направлениям деятельности учреждения.

Планирование работы учреждения осуществляется на основе приказов, распоряжений и иных документов учредителя и иных вышестоящих ведомств, регламентирующих деятельность Учреждения, результатов проведения независимой оценки качества предоставляемых услуг, результатов мониторинга качества и доступности предоставляемых услуг, результатов проведения оценки доступности учреждения и предоставляемых услуг. Кроме того, при планировании деятельности учреждения учитываются внедренные и реализуемые проекты, программы и технологии.

Стратегические цели, кратко- и среднесрочные цели учреждения в области качества формулируются на уровне учреждения в целом (план работы учреждения на год, план реализации в учреждении политики в области качества, план работы комиссии по внутреннему контролю, план работы

попечительского совета, стратегия развития учреждения), на уровне структурных подразделений (планы работы отделений, план работы специализированного образовательного подразделения), на уровне сотрудников (планы работы заместителей директора, психолога, специалиста по социальной работе, инструктора по трудовой терапии, мастера производственного обучения, воспитателя, педагога дополнительного образования и т.д.), на уровне реализуемых проектов (план по милиотерапии, социально-трудовой реабилитации). Данные документы утверждаются директором, ход и результаты выполнения планов отражаются в отчетах. Кроме того, учреждение участвует в реализации планов вышестоящих структур: департамента труда и социальной поддержки населения ЯО, департамента образования ЯО, министерства труда РФ, министерства образования и науки РФ («дорожные карты»); стратегий действий в интересах пожилых людей, молодежи, развития образования. Ежемесячно, ежеквартально, ежегодно (в зависимости от плана) осуществляется контроль за выполнением планируемых мероприятий, достижения заявленных результатов, внесение корректировок при необходимости. В разрабатываемых планах предусмотрены ответственные лица, которые отчитываются за их своевременное качественное выполнение. Общий контроль исполнения планов в учреждении осуществляет руководитель (директор).

Планирование и контроль реализации планов осуществляется в отношении основных факторов, влияющих на качество социальных услуг, в частности:

- Документация – своевременная разработка и актуализация документов, организация документооборота, ведение документации специалистами и руководителями структурных подразделений.

- Условия предоставления услуг:

• соблюдение требований государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов – планы комиссий, обеспечивающих внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности;

• охрана труда – планы работы и деятельность комиссии по охране труда, проведение специальной оценки условий труда, деятельность рабочей группы по внедрению проф.стандартов, проведение предварительных и периодических медицинских осмотров работников, инструктажи работников и т.д.;

• безопасные условия проживания и предоставления социальных услуг – организация мероприятий, разработка планов по обеспечению комплексной безопасности (организация охраны объекта (территория, здания) техническими средствами, организация физической охраны объекта, меры по обеспечению безопасности и антитеррористической защищенности объекта);

• соблюдение требований и правил пожарной безопасности – организация деятельности пожарно-технической комиссии, инструктажи работников и получателей социальных услуг, проведение плановых и внеплановых учений.

- Кадровое обеспечение (укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация) – планы учреждения по повышению квалификации, переподготовке и аттестации работников, разработка и реализация планов по внутрифирменному обучению работников и т.д.;

- Материально-техническое обеспечение учреждения (наличие специального и технического оснащения) – планы финансово-хозяйственной деятельности, гос.закупок, деятельность комиссии по приемке товаров, работ, услуг, деятельность комиссии по проверке зданий и сооружений и т.д.;

- Информационная открытость учреждения, доступность информации об учреждении – закрепление ответственных лиц за регулярное и своевременное обновление информации на сайте и стендах учреждения, размещение необходимых документов.

- Соответствие предоставляемых социальных услуг действующим стандартам – деятельность профильных комиссий (в рамках обеспечения внутреннего контроля качества).

- Организация медицинской деятельности - качество и безопасность медицинской деятельности, соответствие медицинской помощи действующим стандартам, обеспечение эпидемиологической безопасности; ведение медицинской и иной документации, обеспечивающей качество и безопасность медицинской деятельности, качество предоставления социально-медицинских услуг; совершенствование организации оказания медицинской помощи деятельность соответствующих комиссий, разработка и реализация их планов работы.

- Организация образовательной деятельности и предоставление образовательных услуг – планы работы специализированного структурного подразделения.

- Обеспечение доступности учреждения и услуг – обследование и паспортизация объекта и услуг, разработка и реализация планов по повышению доступности объекта и услуг, инструктаж работников.

Планы (программы) в отношении повышения качества услуг и улучшения процессов, улучшения инфраструктуры и производственной среды, развития персонала и охраны туда (описать, привести примеры, периодичность):

• Планы повышения качества услуг и улучшения процессов отражены в плане реализации в учреждении политики в области качества, плане мероприятий по улучшению качества работы по результатам независимой оценки качества и доступности предоставляемых услуг, план комиссии по

внутреннему контролю, план реализации инновационных социальных технологий (в частности, милиотерапия), план мероприятий по противодействию коррупции, планы работы структурных подразделений и комиссий, планы работы специалистов, планы закупок и аукционных процедур. Все указанные планы составляются ежегодно на основе анализа текущей ситуации и данных проводимых мониторингов, с учетом пожеланий клиентов и ресурсов учреждения.

• Планы улучшения инфраструктуры и производственной среды отражены в планах повышения доступности учреждения и предоставляемых услуг в рамках программы «Доступная среда», планах благоустройства территории, планах улучшения материально-технического оснащения учреждения (помимо плана на год, составляется перспективный план на 3 года), планах проведения ремонтных работ (помимо плана на год, планы составляются по необходимости – в случае аварийной ситуации). Все указанные планы составляются ежегодно на основе анализа текущей ситуации и данных проводимых мониторингов, с учетом пожеланий клиентов и ресурсов учреждения.

• Планы развития персонала и охраны труда отражены в плане внутрифирменного обучения персонала, плане повышения квалификации сотрудников учреждения, плане внедрения в учреждении профессиональных стандартов, плане подготовки медицинского персонала к прохождению аттестации, плане аттестации рабочих мест, планах работы комиссии по охране труда, предупреждению дорожно-транспортных происшествий и технике безопасности. Все указанные планы составляется ежегодно.

Контроль руководством обеспечения выполнения планов и достижения целей осуществляется посредством организации и проведения регулярных рабочих совещаний, результаты которых оформляются в протоколах, актах внутреннего контроля, управленческих решениях, корректирующих и предупреждающих действиях.

Руководители структурных подразделений (заведующие отделениями) осуществляют ежедневные обходы для контроля за обеспечением качества предоставляемых услуг.

Заместитель директора на ежедневных планерках осуществляет общий контроль за реализацией плана хозяйственной деятельности, закупок, деятельностью сотрудников по предоставлению услуг клиентам.

Заведующий социально-медицинским отделением ежедневно проводит планерки с заведующими отделениями, старшими медицинскими сестрами, врачами и другими медицинскими работниками для контроля за выполнением плановым мероприятий и качества предоставления медицинских услуг,

осуществления медицинской деятельности в соответствии с имеющейся лицензией и предъявляемыми требованиями.

Результаты контроля фиксируются в рабочих документах руководителей и ответственных лиц, являются основанием для разработки краткосрочных, среднесрочных и перспективных планов работы как отдельных специалистов, так и структурных подразделений, учреждения в целом.

Система менеджмента качества учреждения основана на процессном подходе, что обеспечивает непрерывное управление всеми процессами, направленными на качественное предоставление социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам, проживающим в психоневрологическом интернате (таблица 1, Приложение 2,3).

Таблица 1

№ п/п	Процесс	Подпроцессы
1.	Основной процесс административного управления	административный контроль
		управление качеством (планирование, измерение, анализ)
		управление развитием Учреждения (проектирование, стратегическое прогнозирование, программирование, планирование)
		обеспечение ресурсами
		измерение, анализ и улучшение
		нормативно-правовое и организационное регулирование
2.	Основной процесс предоставления социальных услуг	предоставление социально-медицинских услуг
		предоставление социально-бытовых услуг
		предоставление социально-психологических услуг
		предоставление социально-педагогических услуг
		предоставление социально-правовых услуг
		предоставление услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг
		предоставление срочных услуг
		предоставление социально-трудовых услуг
3.	Поддерживающий процесс развитие кадровых ресурсов	повышение профессионального мастерства сотрудников Учреждения
		аттестация сотрудников на заявленные квалификационные категории
		развитие опытно-экспериментальной и инновационной деятельности
		профилактика профессионального эмоционального выгорания
4.	Поддерживающий	финансово-хозяйственное обеспечение

	процесс материально-технического обеспечения	материально-техническое обеспечение зданий и сооружений
		материально-техническое обеспечение социальной реабилитации
5.	Поддерживающий процесс документального обеспечения	обеспечение нормативно-правовой документацией
		обеспечение планирующей и учетно-отчетной документацией
		программно-методическое обеспечение
6.	Поддерживающий процесс информационного обеспечения	информирование общественности
		информирование клиентов
		информирование сотрудников
7.	Поддерживающий процесс обеспечения комплексной безопасности	обеспечение пожарной безопасности
		обеспечение безопасности от угрозы терроризма и экстремизма
		обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности
		охрана труда и соблюдение техники безопасности
		обеспечение безопасности персональных данных клиентов и сотрудников Учреждения

IV. Корпоративная стратегия (направления и цели деятельности государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Ярославской области Красноперекопский психоневрологический интернат в области качества)

Ключевыми целями деятельности учреждения является стабильное повышение качества жизни пожилых людей и инвалидов, создание для них благоприятной терапевтической среды, адекватной их возрасту, состоянию здоровья и индивидуальных особенностям; создание условий для своевременного удовлетворения потребностей получателей социальных услуг в необходимых социальных услугах; системное и непрерывное повышение качества социальных услуг и эффективности (результативности) их предоставления.

Исходя из этого, основными направлениями деятельности учреждения по совершенствованию качества предоставляемых социальных услуг являются:

- Разработка и внедрение методик и технологий повышения качества и эффективности социальных услуг; внедрение новых форм, форматов предоставления социальных услуг.

- Реализация клиентоориентированного индивидуального и дифференцированного подходов к предоставлению социальных услуг с учетом критериев индивидуальной нуждаемости получателей социальных.
- Обеспечение информационной открытости учреждения.
- Создание благоприятных и комфортных условий жизнедеятельности получателей социальных услуг, а также условий для самореализации, реабилитации и абилитации, достаточно независимого и автономного функционирования пожилых людей и инвалидов, проживающих в учреждении.
- Повышение уровня компетентности и профессионализма персонала (профессиональной, социально-психологической), эффективности их деятельности, качества работы, предоставляемых социальных услуг.
- Эффективное управление внутренними ресурсами учреждения и привлечение внешних ресурсов.
- Повышение уровня материально-технической оснащенности учреждения, обеспечение ее соответствия действующим стандартам; обеспечение условий предоставления и содержания социальных услуг, соответствующим действующим стандартам.
- Обеспечение доступности учреждения и предоставляемых услуг.
- Совершенствование процедур внутреннего контроля за качеством предоставляемых услуг, своевременное проведение корректирующих и предупреждающих мероприятий как неотъемлемых частей системы менеджмента качества.
- Создание необходимых условий для своевременного и в полном объеме удовлетворения потребностей получателей социальных услуг в социальных услугах и помощи.
- Осуществление эффективного контроля за техническими, организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых учреждением услуг.
- Соблюдение положений нормативных документов, регламентирующих требований к социальным услугам, порядку и правилам их предоставления.
- Осуществление мероприятий по медико-социальной реабилитации инвалидов с целью восстановления или компенсации утраченных или нарушенных способностей к бытовой, социальной и трудовой деятельности;
- Обеспечение доступного трудового обучения инвалидов в соответствии с медицинскими показаниями, их медико-психологическая реабилитация и социально-бытовая адаптация, формирование и развитие социального опыта;
- Организация оздоровительных и профилактических мероприятий с учетом возраста и состояния здоровья проживающих, позволяющая развивать их способности в максимально возможных пределах;

• Организация досуга проживающих, проведение совместно с органами социальной защиты населения и учреждениями культуры культурно-массовых и спортивных мероприятий;

• Совершенствование деятельности отделения социальной адаптации и развитие положительного опыта по вовлечению его воспитанников в активную трудовую деятельность организаций города.

Корпоративная культура и этика

В учреждении основными документами, регламентирующими корпоративную культуру и этику, являются:

• кодекс этики социального работника и социального педагога, утвержденный в 2014 г.;

• кодекс этики и служебного поведения работников органов управления социальной защиты населения и учреждений социального обслуживания, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 декабря 2013 г. №792;

• кодекс этики и служебного поведения работников государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Ярославской области Красноперекопского психоневрологического интерната;

• этический кодекс российской врача, Утвержден 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, ноябрь 1994;

• этический кодекс медицинской сестры России;

• этический кодекс педагогических работников.

Основные принципы:

1.Исполнять должностные обязанности добросовестно и на высоком профессиональном уровне в целях обеспечения качества предоставляемых услуг.

2. Исходить из того, что признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина определяют основной смысл и содержание деятельности работника учреждения социального обслуживания;

3. Не оказывать предпочтения каким-либо профессиональным или социальным группам и учреждениям, противодействовать и не подчиняться не отвечающим интересам клиентов влиянию отдельных должностных лиц и административному давлению;

4. Соблюдать социальную справедливость и равноправно распределять социальные ресурсы с целью расширения возможностей их предоставления нуждающимся в поддержке клиентам, в первую очередь несовершеннолетним, а также другим лицам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;

5. Обеспечивать безопасность оказываемых социальных услуг для жизни и здоровья клиентов;

6. Уважать права клиентов, гарантировать им непосредственное участие в процессе принятия решений на основе предоставления полной информации, касающейся конкретного клиента в конкретной ситуации;

7. Соблюдать конфиденциальность информации о клиенте социальной службы, касающейся условий его жизнедеятельности, личных качеств и проблем, принимать меры для обеспечения нераспространения полученных сведений доверительного характера;

8. Нести личную ответственность за результаты своей деятельности;

9. В служебном поведении работника органа управления социальной защиты населения и учреждения социального обслуживания недопустимы:

а) любого вида высказывания и действия дискриминационного характера по признакам пола, возраста, расы, национальности, языка, гражданства, социального, имущественного или семейного положения, политических или религиозных предпочтений;

б) грубости, пренебрежительный тон, заносчивость, предвзятые замечания, предъявление неправомерных, незаслуженных обвинений;

в) угрозы, оскорбительные выражения или реплики, действия, препятствующие нормальному общению или провоцирующие противоправное поведение;

г) курение в служебных помещениях, при посещении клиентов на дому, во время служебных совещаний, бесед, иного служебного общения с гражданами.

V. Организационная структура системы обеспечения качества

Организационная структура системы обеспечения качества представлена в виде схемы с изображением всех структурных подразделений, непосредственно участвующих в предоставлении услуг или обеспечивающие их предоставление (Приложение 2).

В состав Учреждения входят структурные подразделения, отвечающие его предмету, целям и видам деятельности. Учреждение имеет следующие структурные подразделения: административно-управленческая и хозяйственная служба, социально-медицинское отделение, общее отделение, отделение милосердия, реабилитационное отделение, специализированное структурное образовательное подразделение, аптека готовых лекарственных форм, пищеблок, прачечная. Кроме того, под руководством заместителя директора по организационно-методической работе функционирует организационно-методическая служба (отдел, подразделение), включающее в себя методистов.

В организационную структуру учреждения входят также:

- попечительский совет, основными задачами которого являются содействие в решении текущих и перспективных задач развития и эффективного функционирования учреждения, улучшения качества его работы; содействие в привлечении финансовых и материальных средств для обеспечения деятельности интерната; содействие в совершенствовании материально-технической базы учреждения; содействие в повышении качества предоставляемых социальных услуг; содействие в повышении квалификации и уровня профессиональной компетентности сотрудников учреждения; содействие в повышении информационной открытости интерната; содействие в решении иных вопросов, связанных с повышением эффективности деятельности учреждения; проведение независимой оценки качества предоставляемых социальных услуг.
- медико-социально-психолого-педагогическая комиссия, предназначенная для осуществления контроля за реализацией мероприятий по социальной реабилитации получателей социальных услуг, разработке индивидуальных программ предоставления социальных услуг получателей социальных услуг учреждения, определения перспектив дальнейшего жизнеустройства получателей социальных услуг учреждения, разработке мероприятий по социализации получателей социальных услуг и контролю за их реализацией в целях подготовки получателей социальных услуг к жизни вне стационарной организации социального обслуживания, а также в целях содействия полноценному участию получателя социальных услуг в жизни общества, в удовлетворении своих жизненных потребностей.

В учреждении функционируют профильные комиссии, советы, рабочие группы, обеспечивающие решение необходимых целей и задач, обеспечения соответствия деятельности учреждения, предоставляемых услуг действующим требованиям и стандартам (врачебная комиссия, оценочная комиссия, бракеражная комиссия, опекунский совет, рабочая группа по внедрению проф.стандартов и т.д.).

Основными органами, обеспечивающими контроль за реализацией системы качества в учреждении, являются Совет по качеству и комиссия по внутреннему контролю.

Наименование коллегиального органа при высшем руководстве	**Периодичность заседаний**	**Сфера компетенций**
Совет по качеству	1 раз в квартал	Выполнение стандартов системы менеджмента качества, организация аудитов и анализ результатов

Комиссия по внутреннему контролю	1 раз в квартал	Качество и доступность предоставляемых услуг, соответствие действующим стандартам; обеспечение комплексной безопасности в учреждении; разработка корректирующих и предупреждающих мероприятий и действий
Медико-социально-психолого-педагогическая комиссия	1 раз в квартал	Подбор кандидатов в реабилитационное отделение из числа инвалидов, обеспечение профессиональной реабилитации клиентов, контроль за подготовкой инвалидов к самостоятельному проживанию вне учреждения
Оценочная комиссия	1 раз в месяц	Проведение оценки эффективности деятельности работников по установленным показателям и критериям их оценки, распределение выплат стимулирующего характера
Опекунский совет	1 раз в месяц	Защита имущественных прав и интересов клиентов, решения по персональным делам клиентов; социальная защита недееспособных клиентов
Комиссия по осуществлению закупок конкурентными способами определения поставщика для обеспечения нужд учреждения	Согласно графика закупок, проведения аукционов	Проведение аукционов, закупочных процедур в соответствии с нормами действующего законодательства
Комиссия по охране труда	1 раз в квартал	Охрана труда
Комиссия по социальному страхованию	1 раз в месяц	Социальное страхование работников учреждения, исполнение и распределение социально-трудовых выплат
Санитарно-противоэпидемическая комиссия	1 раз в месяц	Соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в учреждении в соответствии с требованиями СанПиНа; предупреждение внутрибольничных инфекций
Врачебная	1 раз в месяц	Организация предоставления меди-

комиссия		цинских услуг клиентам; контроль качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий; оценка обоснованности и эффективности медикаментозного лечения.
Бракеражная комиссия	ежедневно	Соблюдение технологии приготовления пищи, организация питания клиентов
Комиссия по экологическому контролю	1 раз в квартал	Соблюдение Федерального закона от 10.01.2002 г. №7 «Об охране окружающей среды»
Пожарно-техническая комиссия	1 раз в месяц	Мероприятия по предупреждению пожаров, противопожарная безопасность
Комиссия по информационной безопасности	1 раз в квартал	Защита информации, персональных данных
Аттестационная комиссия	1 раз в год	Аттестация работников
Тарификационная комиссия	1 раз в год	Тарификация работников
Комиссия по противодействию коррупции	2 раза в год	Профилактика коррупционных факторов
Приемочная комиссия	В соответствии с планом поставок товаров, услуг, работ	Установление соответствия поставленных товаров, работ, услуг условиям и требованиям заключенных государственных контрактов; подтверждение факта исполнения обязательств поставщиком

Специальные совещания по качеству, культуре производства проводятся в следующих формах и форматах:

- Заседания Совета по качеству с участием руководителей структурных подразделений, представителей администрации;
- Заседания комиссии по внутреннему контролю качества с участием руководителей структурных подразделений, представителей администрации;
- Совещания, проводимые руководителем учреждения по результатам независимой оценки качества и доступности предоставляемых услуг с руководителями структурных подразделений, заместителями;
- Совещания, проводимые директором с заместителями, посвященные соответствию предоставляемых услуг стандартам, а осуществляемой деятельности действующим нормативно-правовым актам.

- Заседания оценочной комиссии с участием заведующих отделениями и старших медицинских сестер, руководителей иных структурных подразделений, юрисконсульта, бухгалтера, специалиста по кадрам и заместителей директора.
- Ежедневные рабочие совещания, проводимые руководителями структурных подразделений со своими непосредственными подчиненными, с целью своевременного оперативного осуществления корректирующих и предупреждающих действий.
- Совещания, проводимые заместителем директора по организационно-методической работе с участием специалистов по социальной работе, психологов, воспитателей, педагогов дополнительного образования.
- Ежедневные рабочие совещания, проводимые заместителем директора с заведующими хозяйством, социальными работниками, инструкторами по трудовой терапии, водителями, сотрудниками, занимающимися закупочными процедурами и снабжением.
- Ежедневные совещания заведующего социально-медицинскими отделением с заведующими отделениями, старшими медицинскими сестрами, врачами.
- Ежедневные совещания старшего воспитателя с воспитателями, педагогами дополнительного образования, мастерами производственного обучения по вопросам качества предоставления социально-трудовых и социально-педагогических услуг, а также услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг.
- Ежедневные рабочие совещания заведующего хозяйством с рабочими.

VI. Нормативно-методическая база системы обеспечения качества в учреждении (нормативные правовые акты федерального и регионального уровней)

Нормативные правовые акты федерального и регионального уровней, составляющие нормативно-методическую базу системы обеспечения качества в учреждении:

1.Федеральные нормативные правовые акты:

- Федеральный закон от 28.12.13 № 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации";
- Федеральный закон от 24.11.95 № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации";
- Федеральный закон от 02.07.92 № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании";

- Федеральный закон от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;
- Федеральный закон РФ от 21.07.2014 г. № 256 – ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования»;
- Федеральный закон от 1 декабря 2014 года № 419-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов";
- Федеральный закон Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 "О защите прав потребителей";
- Федеральный закон Российской Федерации от 24.04.2008 № 48-ФЗ "Об опеке и попечительстве";
- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;
- Федеральный закон Российской Федерации № 52–ФЗ от 30 марта 1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- Федеральный закон Российской Федерации № 157-ФЗ от 17.09.1998 г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;
- Федеральный закон Российской Федерации №38-ФЗ от 30.03.1995 г. «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании»;
- Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральный закон от 30 декабря 2020 г. № 519-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О персональных данных»;
- Конвенция о правах инвалидов (принята Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года № 60/106, ратифицирована ФЗ от 03.05.2012 № 46-ФЗ);
- Указ Президента РФ от 29 января 2000 г. № 115 "О мерах по улучшению условий проживания престарелых и инвалидов в государственных и муниципальных стационарных учреждениях социального обслуживания населения";
- Постановление Правительства Российской Федерации от 17.11.2010 № 927 "Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в

отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан";

- Постановление Правительства Российской Федерации от 24 ноября 2014 года № 1236 «Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 24 ноября 2014 года № 1239 «Об утверждении Правил размещения и обновления информации о поставщике социальных услуг на официальном сайте поставщика социальных услуг в информационно телекоммуникационной сети «Интернет»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2014 года № 1521 «Об утверждении перечня национальных стандартов и сводов правил, в результате применения которых на обязательной основе обеспечивается соблюдение требований Федерального закона «Технический регламент о безопасности зданий и сооружений»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);
- Постановлением Правительства от 29.06.2021 г. № 1048 «Об утверждении положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности»;
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. №785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 552н от 13.08.2014 года «Об утверждении рекомендуемых норм питания при предоставлении социальных услуг в стационарной форме»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.11.2014 года № 886н «Об утверждении Порядка размещения на официальном сайте поставщика социальных услуг в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и обновления информации об этом поставщике (в том числе содержания)»;
- Приказ Минтруда России № 505н от 30 июля 2014 г. «Об утверждении рекомендуемых нормативов обеспечения мягким инвентарем получателей социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания»;
- Приказ Минтруда России № 552н от 13 августа 2014 г. «Об утверждении рекомендуемых норм питания получателей социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания»;

- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 940н от 24.11.2014 года «Об утверждении правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №157н от 20.03.2020 «О внесении изменений в Правила организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений, утвержденных приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 24.11.2014 года 940н»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №861 от 21.12.2017 «Об утверждении методических рекомендаций по организации социального обслуживания граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи»;
- Приказ Минтруда России от 24.11.2014 № 935н «Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.09.2008 № 513н «Об утверждении Положения о врачебной комиссии медицинской организации»;
- Приказ Минтруда России от 10.11.2014 № 874н «О примерной форме договора о предоставлении социальных услуг, а также о форме индивидуальной программы предоставления социальных услуг»;
- Приказ Минтруда России № 425н от 30 июля 2014 г. «Об утверждении примерного положения о попечительском совете организации социального обслуживания»;
- Приказ Минтруда России от 30.07.2015 № 527н «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере труда, занятости и социальной защиты населения, а также оказания им при этом необходимой помощи»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской федерации от 20.06.2012 № 12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и

обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий»;

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.03.2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»;
- Приказ Министерства здравоохранения РФ №345н, Министерства труда РФ №372н от 31.05.2019 г. «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ № 988н, Министерства здравоохранения Р №1420н от 31.12.2020 г. «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры»;
- Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.12.2020 № 44 «Об утверждении СанПиН 2.1.3678-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг";
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. № 3 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 2.1.3684-21 "Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений,

организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий";

- Руководство по соблюдению обязательных требований в сфере социального обслуживания, утвержденное Федеральной службой по труду и занятости, 2019 г.;
- Иные федеральные нормативные акты.

2. Национальные стандарты социального обслуживания населения Российской Федерации.

3.Санитарные правила и нормативы:

- СанПиН 2.3/2.43590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания населения», утвержденные постановлением главного санитарного врача РФ от 27.10.20 № 32;
- Санитарные правила 1.1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий», утвержденные постановлением главного санитарного врача РФ от 13.07.2001 г. №18;
- Санитарные правила 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней», утвержденные постановлением главного санитарного врача РФ от 4.06.2008 г. №34;
- Санитарно-эпидемиологические правила 3.5.1378-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности», утвержденные постановлением главного санитарного врача РФ от 09.06.2003 г. №131;
- Иные действующие санитарные правила и нормативы.

4. Региональные нормативно-правовые акты:

- Закон Ярославской области от 19.12.2008 № 65-з «Социальный кодекс Ярославской области»;
- Постановление Правительства области от 18.12.2014 № 1335-п «О порядке предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг и признании утратившим силу постановления Администрации области от 04.04.2005 № 46-а»;
- Постановление Администрации области от 26.12.2005 № 215-а «О нормативах и нормах обеспечения в организациях социального обслуживания Ярославской области»;
- Постановление Правительства области от 28.09.2017 N 730-п «Об утверждении Порядка предоставления социально-медицинской услуги сиделок»;

• Постановление Правительства области от 29.01.2019 № 26-п «О внесении изменений в постановление Администрации области от 26.12.2005 № 215-а»;

• Приказ департамента труда и социальной поддержки населения Ярославской области от 26.07.2016 года № 68-16 «Об утверждении базовых требований к качеству предоставления государственных услуг и признании утратившими силу отдельных приказов департамента труда и социальной поддержки населения Ярославской области»;

• Приказ департамента труда и социальной поддержки населения Ярославской области от 15.07.2016 года № 65-16 «Об утверждении Порядка обеспечения доступности для инвалидов объектов и услуг, предоставляемых органами и учреждениями в сфере труда, социальной защиты населения и социального обслуживания Ярославской области».

5. Иные федеральные и региональные нормативные правовые акты в сфере здравоохранения и образования, социальной сферы, в области качества регламентирующие деятельность учреждения по обеспечению качества услуг.

Кроме того, систему обеспечения качества регламентируют локальные акты учреждения: приказы и распоряжения директора, положения, порядки, правила, инструкции, стандарты системы менеджмента качества, разработанные в учреждении. В том числе:

• Положение об Учреждении;

• Положение об отделениях учреждения (общем, милосердии, реабилитационном, отделении социальной адаптации, социально-медицинском);

• Положение о специализированном структурном образовательном подразделении;

• Положение об организационно-методической отделе;

• Положение о системе внутреннего контроля;

• Положение о комиссии по внутреннему контролю;

• Порядок проведения внутреннего контроля качества социальных услуг, предоставляемых учреждением;

• Порядок ознакомления получателей социальных услуг с медицинской документацией, отражающей информацию о состоянии здоровья получателя социальных услуг;

• Положение о попечительском совете;

• Положение об опекунском совете;

• Положение о медико-социально-психолого-педагогической комиссии;

• Положение о санитарно-противоэпидемической комиссии;

• Положение о медицинской части;

- Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности;
- Положение мониторинга качества оказания социальных услуг;
- Порядок приема получателей социальных услуг;
- Правила посещения родственниками, знакомыми граждан, проживающих в Учреждении;
- Положение о врачебной комиссии;
- Положение о порядке организации и использования труда добровольцев;
- Положение о порядке организации социального сопровождения получателей социальных услуг;
- Положение об организации сопровождаемого проживания;
- Порядок организации сопровождаемого проживания в учреждении;
- Положение о порядке межведомственного взаимодействия и социального сопровождения получателей социальных услуг;
- Положение о порядке учета, сохранности, списания, а также приема на хранение личного имущества (ценностей) получателей социальных услуг;
- Порядок подачи жалобы или отзыва по вопросам качества оказания социальных услуг;
- Положение о реализации технологий (милиотерапия, социально-трудовая реабилитация, аудио-визуальные программы);
- Положение о порядке использования доходов от ведения предпринимательской и иной приносящей доход деятельности;
- Положение о единой комиссии по осуществлению закупок конкурентными способами определения поставщика для обеспечения нужд учреждения;
- Положение о закупке товаров, работ, услуг для нужд учреждения;
- Положение о добровольной пожарной дружине в учреждении.

VII. Документальное оформление системы обеспечения качества

В состав документации учреждения, обеспечивающей систему качества, входят:

- Устав (положение) учреждения, включающий в себя сведения о предназначении учреждения, порядке его формирования, содержании, реорганизации, сведения об основных задачах его деятельности, категориях обслуживаемых лиц, порядке и условиях зачисления на обслуживание, о структурных подразделениях и их основных задачах, иные сведения;

- положения о структурных подразделениях учреждения, содержащие сведения о категориях граждан, обслуживаемых тем или иным подразделением, стоящих перед ним задачах, сроках и условиях обслуживания граждан,

сведения о дополнительных документах, необходимых для зачисления на обслуживание в данное подразделение, сведения о количестве сотрудников подразделения, их основных обязанностях и т.д.;

- руководства, служебные инструкции, правила, методики технологий, предназначенные для регламентирования процесса предоставления услуг, определения методов (способов) их предоставления и контроля, а также для совершенствования работы учреждения;

- документация на оборудование, приборы и аппаратуру, способствующая обеспечению их нормальной и безопасной эксплуатации, обслуживания и поддержания в работоспособном состоянии;

- национальные стандарты, составляющие нормативную основу практической работы учреждения в области предоставляемых клиентам социальных услуг;

- специальный комплект документов, представляющий собой документальное оформление системы обеспечения качества учреждения.

Указанные документы составляют основу документации системы качества учреждения. При необходимости в документы вносятся коррективы с целью приведения их содержания в соответствие с требованиями, предъявляемыми к ним как к части документации системы обеспечения качества.

Система обеспечения качества оформлена в виде комплекта документов (руководств, положений, инструкций, методик и т.д.), в которых устанавливают требования к системе обеспечения качества учреждения в целом и к ее составным частям.

Основным документом системы обеспечения качества учреждения является руководство по качеству. В нем изложено общее описание системы обеспечения качества применительно к конкретному учреждению, разъясняется политика учреждения в области качества, отражена организационная структура системы обеспечения качества, задачи и функции подразделений и служб учреждения в области качества, приведены сведения о комплекте документов всех уровней, составляющих нормативно-методическую базу системы обеспечения качества, прописаны порядок внедрения, функционирования и контроля системы обеспечения качества.

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

Цели политики в области качества отражают следующие вопросы:

- 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;

- прочие вопросы, отражающие специфику деятельности учреждения.

Содержание основных задач и принципов деятельности учреждения в области качества приведено в пунктах документа.

Помимо Политика в области качества деятельность учреждения строится в соответствии со следующими специально разработанными и утвержденными стандартами:

- СМК: управление документацией;
- СМК: управление записями;
- СМК: ответственность руководства;
- СМК: внутренние аудиты;
- СМК: корректирующие и предупреждающие действия;
- СМК: инструментальное обеспечение мониторинга качества при оказании социальных услуг в условиях стационарного учреждения социального обслуживания;
- СМК: мониторинг качества оказания социальных услуг;
- СМК: повышение качества услуг в области социального обслуживания населения с применением системы KPI;
- Положение о рационализаторской деятельности в учреждении.

VIII. Материально-техническое обеспечение системы качества учреждения

Материально-техническое обеспечение системы качества включает в себя условия размещения учреждения, условия предоставления услуг, оснащенность специальным и табельным оборудованием, аппаратурой и приборами, отвечающих требованиям соответствующих стандартов, техническим условиям, других нормативных документов и обеспечивающих надлежащее качество предоставляемых услуг.

Условия размещения учреждения, обеспечивающие его эффективную работу, включают следующие:

- учреждение и его структурные подразделения размещены в специально предназначенных зданиях или помещениях, доступных для всех категорий обслуживаемых граждан, в том числе для инвалидов и других маломобильных групп населения. Помещения обеспечены всеми средствами коммунально-бытового обслуживания, телефонной связью и Интернетом;

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

(повышенных температуры воздуха, влажности воздуха, запыленности, загазованности, шума, вибрации и т.д.);

- площадь, занимаемая учреждением, обеспечивает нормальное размещение персонала, клиентов и предоставление им услуг.

Для качественного предоставления услуг учреждение оснащено специальным и табельным оборудованием, аппаратурой и приборами, отвечающими требованиям соответствующих стандартов, технических условий, других нормативных документов и обеспечивающими надлежащее качество предоставляемых услуг.

В рамках реализации системы качества в учреждении осуществляются мероприятия, направленные на:

- использование оборудования, приборов и аппаратуры строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию, содержание в технически исправном состоянии, которое систематически проверятся;

- неисправное оборудование, приборы и аппаратура, дающие при работе сомнительные результаты, своевременно снимаются с эксплуатации, заменяются или ремонтируются (если они подлежат ремонту), а пригодность отремонтированных подтверждается их проверкой.

IX. Кадровое обеспечение системы качества учреждения

Укомплектованность учреждения специалистами и их квалификации являются одним из важнейших факторов, влияющих на качество услуг.

К факторам, рассматриваемым в рамках системы обеспечения качества, относятся:

- полная укомплектованность учреждения необходимыми специалистами в соответствии со штатным расписанием;

- подбор специалистов с соответствующим образованием, квалификацией, профессиональной подготовкой, обладающих знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на них обязанностей;

- постоянное повышение их квалификации путем обучения на курсах переподготовки и повышения квалификации или иными способами;

- четкое распределение обязанностей специалистов, изложенных в должностных инструкциях, методиках и других документах, регламентирующих их обязанности, права и ответственность;

- обязательная аттестация специалистов в установленном порядке;

- ответственности и необходимости руководствоваться в своей работе с клиентами принципами гуманности, справедливости, объективности и доброжелательности, учитывая их физическое и психическое состояние;

- принятие мер к недопущению разглашения сотрудниками учреждения сведений личного характера о клиентах, так как эти сведения составляют

служебную тайну и за их разглашение виновные несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Отбор персонала в учреждении осуществляется на основе комплексного подхода и в соответствии с требованиями профессиональных стандартов. Директор учреждения, его заместители, главный бухгалтер назначаются учредителем учреждения – департаментом труда и социальной поддержки населения Ярославской области. Специалисты и основные работники отбираются из числа кандидатов, предлагаемых службой занятости, или проявивших собственную инициативу в поиске места работы. Отбор среднего и младшего медицинского персонала находится в сфере компетенции старшей медицинской сестры социально-медицинского отделения.

Первичное собеседование на соответствие кандидата предъявляемым к работнику, занимаемому соответствующую должность, проводит специалист по кадрам. Затем кандидаты проходят первичный медицинский осмотр. При отсутствии противопоказаний и несоответствий еще одно собеседование проводит руководитель соответствующего структурного подразделения, который не только определяет насколько профессиональные, деловые и личностные качества претендента соответствуют требованиям организации, будут способствовать достижению стратегических целей, корпоративной стратегии, но и принимает решения о ротации кадров при необходимости. Порядок проведения и оформления данных процедур отражены в блоке поддерживающих процессов «Управление персоналом».

В учреждении организована система обучения, включающая в себя:

• Внутрифирменное обучение персонала. Направления обучения персонала учреждения, тематика семинаров и круглых столов обусловлены актуальностью информационно-разъяснительной работы по реализации Федерального закона № 442-ФЗ от 28.12.2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», выполнения положений Конвенции о правах инвалидов и Федерального закона от 1.12.14 № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов», наличием статуса инновационно-экспериментального учреждения, реализуемыми инновационными социальными технологиями. При определении тематики занятий, целевых категорий работников применялся дифференцированный подход, отражающий необходимость наличия знаний, умений, навыков сотрудников в зависимости от их вовлеченности в процесс предоставления социальных услуг клиентам (пожилым людям и инвалидам).

Обязательным для всех категорий сотрудников являются следующие темы: правила профессиональной этики и деонтологии, обеспечение доступности учреждения и предоставляемых услуг, нормативно-правовые акты,

регламентирующие деятельно по социальному обслуживанию инвалидов и граждан пожилого возраста, стандарты предоставления социальных услуг, качество и доступность предоставляемых услуг.

- Аттестация медицинских работников с присвоение категории. По результатам аттестации сотрудника выдается сертификат, подтверждающий право на ведение деятельности по специальности.
- Аттестация педагогических работников с присвоением категории.
- Обучение, инструктаж персонала по вопросам техники безопасности и охраны труда в соответствии с нормативно-правовыми документами.
- Обучение электрика, предполагающее аттестацию на соответствующую группу по электробезопасности.
- Обучение персонала об условиях предоставления услуг инвалидам в рамках исполнения норм Федерального закона от 1 декабря 2014 года № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов».
- Обучение сотрудников в рамках проведения информационно-разъяснительной работы по реализации Федерального закона № 442-ФЗ от 28.12.2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
- Повышение квалификации сотрудников с получением удостоверений по итогам успешной освоении программ (повышение квалификации сотрудников осуществляется в соответствии с утвержденным директором учреждения перспективным планом на 5 лет).

В учреждении внедрена система стимулирования и мотивирования персонала включающая продвижение по службе, награждение грамотами, устное поощрение руководителя, премирование по итогам работы, материальная помощь, надбавки. В трудовом договоре сотрудников указано, что за добросовестное, высокопрофессиональное исполнение трудовых обязанностей, продолжительную и образцовую работу и иные успехи в труде применяются следующие меры поощрения: объявление благодарности; выплата премии; награждение ценным подарком; награждение почетной грамотой; представление к званию лучшего по профессии; другие виды поощрений Работников, определенные коллективным договором. Данные виды поощрения объявляются приказом по учреждению, доводятся до сведения коллектива.

Среди форм нематериального вознаграждения можно выделить следующие: возможность работать на новом оборудовании, возможность руководить другими, благоприятные условия работы, реализация себя в задачах, профессиональное обучение, карьерный рост, включение в кадровый резерв управления, письменная/устная благодарность руководства, выдвижение

от коллектива на премию, грамоту, выплату Губернатора, грамоту Департамента, конкурсы профессионального мастерства. Система премирования, применяемая в учреждении, отражена в положении о премировании (квартальном и ежемесячном). Перечень видов выплат стимулирующего характера (премии) установлено в соответствии с постановлением Правительства области от 09.07.2008 № 341-П «Об оплате труда работников государственных учреждений социальной защиты населения Ярославской области и о признании утратившим силу постановления Администрации области от 19.12.2006 № 312-А» (ред. от 02.03.2011). К выплатам стимулирующего характера (премии) относятся: премия за высокие результаты работы; премия за достижение коллективных результатов труда; премия за выполнение особо важных и срочных работ. Вид премии и ее размер определяются приказом руководителя, который издаётся на основании решения оценочной комиссии.

В учреждении внедрен эффективный контракт, разработаны показатели эффективности деятельности сотрудников в целях повышения материальной заинтересованности работников учреждения в выполнении объёмных показателей деятельности учреждений и их структурных подразделений, личного участия в обеспечении качественного и своевременного предоставления социальных услуг. Премирование работников по итогам работы за месяц, квартал производится с учётом выполнения качественных и количественных показателей, входящих в систему оценки деятельности работников учреждений. Работники премируются за выполнение показателей эффективности деятельности, характеризующих успешность их собственной работы или в составе коллектива, в зависимости от установленных баллов.

При выстраивании в учреждении системы стимулирования персонала учитывался тот факт, что в основе эффективности работы сотрудников организации, качественного выполнения ими своих должностных обязанностей лежат потребности сотрудников, которые удовлетворяются в процессе профессиональной деятельности, работе в конкретном учреждении, а также мотивы членов трудового коллектива (стремление достичь мастерства; стремление к решению интересных задач; стремление в работе не тратить лишнюю энергию; стремление приносить пользу; стремление рассматривать работу с точки зрения ее необходимости для других; зарплата; выгодные условия труда и т.д.).

X. Информационное обеспечение системы качества учреждения

Полное и достоверное предоставление информации, прежде всего клиентам, является составной частью системы обеспечения качества учреждения, так как без правильно организованного информационного

процесса невозможно обеспечить качество предоставляемых услуг, соответствующее запросам и нуждам клиентов.

Состояние информации об учреждении и правилах предоставления им услуг соответствовать требованиям.

В документации системы обеспечения качества учреждений изложение информации должно отвечать следующим требованиям:

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

б) состав информации об услугах включает в себя:

- перечень основных услуг, предоставляемых учреждением,
- характеристику каждой услуги, область ее предоставления и затраты времени на ее предоставление,
- взаимосвязь между качеством услуги, условиями ее предоставления и стоимостью (при необходимости),
- возможность получения оценки качества услуги со стороны клиента,
- установление взаимосвязи между предложенной услугой и реальными потребностями клиента,
- правила и условия эффективного и безопасного использования услуг,
- гарантийные обязательства учреждения - исполнителя услуг;

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

Внедренное информационное сопровождение деятельности учреждения заключается в оптимизации работы интерната, организации освещения его деятельности на основе прозрачности. Это работа со СМИ, партнерскими и общественными организациями, информационно-просветительская деятельность в интересах получателей социальных услуг, включение клиентов в активную социальную жизнь. Технология информационного сопровождения в учреждении реализована следующими мероприятиями: создан сайт учреждения, который постоянно обновляется; используются стенды, аудио и видео аппаратура, техника для информирования лиц с ограниченными возможностями; клиенты учреждения обучаются пользованию современными информационными технологиями, в том числе, интернет, Skype, сотовая связь, планшеты и т.д.

В учреждении в информационную систему внесены поправки и в настоящее время в ней можно выделить следующие виды коммуникации:

- Устные коммуникации: в учреждении работает Совет по качеству, врачебная комиссия, медико-социально-психолого-педагогическая комиссии, ежедневно проводятся плановые совещания руководителей структурных подразделений с персоналом; регулярно ведется прием получателей социальных услуг, проводятся индивидуальные и коллективные консультации.
- Визуальные коммуникации: оформление стенда «Получателям социальных услуг», «ГБУ СО ЯО КПНИ», оформление и распространение методических пособий, буклетов, брошюр, журнал учета потребностей клиентов.
- Сетевые коммуникации: на сайте учреждения выложены документы по СМК, организована обратная связь, ведется группа и страница в соц.сетях.

Информационные потоки в Учреждении являются управляемыми. Элементы системы управления информационными ресурсами представлены в таблице.

Вид информации	Форма обмена	Ответственные
Политика в области качества и результаты ее реализации	Собрания трудового коллектива, наглядная информация (информационный стенд СМК), интернет-сайт	Руководитель Учреждения, руководители структурных подразделений
Цели в области качества и результаты их реализации	Собрания трудового коллектива, наглядная информация (информационный стенд СМК), интернет-сайт, годовой план работы Учреждения, структурных подразделений	Руководитель Учреждения, заместители директора, руководители структурных подразделений
Функционирование и совершенствование СМК	Совещания при директоре, собрания трудового коллектива, организационно-распорядительная документация, наглядная информация, сайт учреждения	Представитель руководства по СМК, руководители структурных подразделений
Информация о предупреждающих действиях	Совещания при руководителе Учреждения или его заместителях, совещание руководства по СМК, собрания трудового коллектива, индивидуальное собеседование с сотрудниками, организационно-распорядительная документация, информация на стенде СМК и интернет-сайте, инструкции,	Представитель руководства по СМК, заместители директора, руководители структурных подразделений

	правила, порядки, рекомендации	
Информация о выявленных несоответствиях качества установленным требованиям	Совещания при руководителе Учреждения или его заместителях, совещание при представителе руководства по СМК, собрания трудового коллектива, индивидуальные собеседование с сотрудниками, организационно-распорядительная документация, информация на стенде СМК и интернет-сайте, отчеты внутренних аудитов, справки, акты, докладные и служебные записки	Вышестоящие руководящие и надзорные органы, представитель руководства по СМК, заместители директора, руководители структурных подразделений, руководитель комиссии по внутреннему аудиту, члены Попечительского совета
Программа внутренних аудитов и мониторинговых исследований, план мониторинговых исследований и план внутренних аудитов, акты по результатам аудитов	Годовой план внутренних аудитов, совещания, отчеты о результатах внутреннего аудита, интернет-сайт учреждения	Представитель руководства по СМК, заместители директора, руководители структурных подразделений, члены комиссии по внутреннему аудиту
Информация о результатах функционирования основных и поддерживающих процессов СМК	Статистические и аналитические отчеты, сайт Учреждения	Руководители процессов
Информация о функционировании отдельных процедур	Статистические и аналитические отчеты, сайт Учреждения	Ответственные исполнители

В качестве критериев оценки результативности внутреннего обмена информацией выделяются:

- уровень информированности сотрудников по всем вопросам деятельности Учреждения;

- отсутствие несоответствий в деятельности персонала из-за недостаточности или неполноты информации;

- количество выявленных фактов несвоевременного доведения информации;

- количество фактов распространения и использования недостоверной или устаревшей информации.

Мониторинг результативности процедуры внутреннего информирования осуществляют руководители структурных подразделений и представители Совета по качеству методами опроса сотрудников, проведения экспертных проверок и оценок, собеседования, анализа причин выявленных несоответствий.

Обратная связь о качестве услуг собирается во время занятий с клиентами, посредством опросов и анкет, в интернет пространстве (сайт и социальные сети), книга отзывов и предложений, непосредственное общение представителей администрации с клиентами во время личных приемов.

XI. Система менеджмента качества учреждения.

В учреждении в рамках внедрения системы менеджмента качества реализованы следующие мероприятия:

- Внедрен цикл Деминга, связанный с проектированием, производством, сбытом продукции, анализом и вытекающими из его результатов изменениями для повышения уровня качества - цикл PDCA «планирование - выполнение – проверка - корректирующее воздействие».
- Разработаны направления деятельности по управлению качеством:

1. Ориентация на постоянное совершенствование процессов и результатов труда во всех подразделениях.
2. Ориентация на контроль качества процессов, а не качества продукции.
3. Ориентация на предотвращение возможности допущения дефектов.
4. Тщательное исследование и анализ возникающих проблем по принципу восходящего потока, т. е. от последующей операции к предыдущей.
5. Закрепление зон ответственности за сотрудником с четким определением необходимого результата и показателей результата.
6. Активное использование человеческого фактора, развитие личной и профессиональной эффективности сотрудников.

- Адаптированы для специфики учреждения ресурсный и процессный подходы, предполагающий учет, контроль, оптимизацию, безопасность.
- Адаптирована для учреждения и внедрена модель самообучающейся организации.

• Разработаны показатели качества и эффективности деятельности сотрудников учреждения, внедрены в процедуру премирования.

• Разработаны мероприятия по обеспечению информационной открытости учреждения и доступности предоставляемых услуг как показателя независимой оценки качества деятельности.

• Разработаны и внедрены принципы развития административного ресурса.

• В Учреждении функционирует система управления основными элементами, которой являются: распределение полномочий, ответственности и обязанностей между структурными подразделениями и сотрудниками; нормирование деятельности и установление требований к качеству; мониторинг, измерение и анализ результатов деятельности; внутренний контроль; принятие управленческих решений; прогнозирование, программирование и планирование стратегий развития.

• Функционирует система экологического менеджмента, система менеджмента охраны труда и профессиональной безопасности

• Разработаны и внедрены стандарты: руководство по качеству; шесть обязательных процедур системы качества (управление документацией; управление записями о качестве; управление несоответствующей продукцией; проведение внутренних аудитов; проведение корректирующих мероприятий; проведение предупреждающих мероприятий, постоянное совершенствование качества); записи по качеству; карты процессов; положения о структурных подразделениях; процедура мониторинга качества при оказании социальных услуг в условиях стационарного учреждения социального обслуживания.

X. Организация работы по качеству услуг в системе обеспечения качества

1.Полномочия и ответственность персонала.

1.1.В системе обеспечения качества учреждения четко определены полномочия, ответственность и взаимодействие всего персонала учреждения, осуществляющего руководство работой, предоставление услуг и контроль деятельности, влияющей на качество услуг.

1.2.В учреждении назначено ответственное лицо (представитель руководства – заместитель директора по организационно-методической работе) из числа руководителей учреждения, которое независимо от других возложенных на него обязанностей отвечает за надлежащее выполнение требований, установленных настоящим стандартом, и иметь полномочия:

- для обеспечения разработки системы обеспечения качества, ее внедрения и поддержания в рабочем состоянии;

- предоставления отчетов руководителю учреждения о функционировании системы обеспечения качества с целью ее анализа и использования полученных результатов как основы для дальнейшего совершенствования.

Подразделения и службы учреждения, персонал из числа лиц, отвечающих за реализацию Политики в области качества, выполняют следующие задачи, функции и ответственность в области качества:

1. Директор учреждения, функции деятельности: общее руководство учреждением; председательство в опекунском совете; распоряжение кредитами; прием и увольнение персонала; определяет политику учреждения в области качества, обеспечивает ее выполнение на всех этапах, осуществляет контроль и анализ эффективности системы; устанавливает обязанности и полномочия заместителей и руководителей структурных подразделений.

2. Заместитель директора по общим вопросам, функции: руководство работой административно-хозяйственной службой, организация и контроль работы хозяйственной части учреждения; охрана труда; пожарная безопасность; транспорт; строительство и ремонт; обустройство территории и контроль за зданиями и сооружениями; деятельность по ведению, оформлению и контролю выполнения договоров, снабжения хозяйственными материалами и обеспечению транспортом, организация работы складского хозяйства учреждения.

3. Заместитель директора по организационно-методической работе, функции: организационно-методическое сопровождение основных направлений деятельности учреждения; разработка, внедрение и сопровождение социальных технологий; организация взаимодействия с внешними структурами, организациями и учреждениями по вопросам обеспечения социального партнерства.

4. Главный бухгалтер, функции: организация учета хозяйственно-финансовой деятельности; подготовка и принятие рабочего плана счетов, форм первичных учетных документов, применяемых для оформления хозяйственных операций; формирование бухгалтерской информации о деятельности учреждения, его имущественном положении, доходах и расходах; организация учета имущества, обязательств и хозяйственных операций, поступающих основных средств, товарно-материальных ценностей и денежных средств, своевременное отражение на счетах бухгалтерского учета операций, связанных с их движением, использованием смет расходов, результатов хозяйственно-финансовой деятельности учреждения.

5. Заведующий социально-медицинским отделением, функции: организация и обеспечение предоставления социальных услуг получателям социальных услуг учреждения в рамках выполнения индивидуальных программ предоставления социальных услуг; предоставление социально-медицинских услуг получателям социальных услуг учреждения; обеспечение реализации

индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов из числа получателей социальных услуг учреждения; руководство медицинской частью учреждения, организация работы и осуществление контроля за осуществлением и организацией медицинской деятельности в учреждении; обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности.

6. Старшая медицинская сестра, функции: оказание социально-медицинских услуг получателям социальных услуг учреждения, участие в предоставлении социально-бытовых услуг; организация деятельности отделения учреждения, участие в его управлении.

7. Специалист по кадрам, функции: организационное и документационное обеспечение работы с персоналом, деятельности учреждения; организация работы по обеспечению подбора, расстановки и оптимального использования кадров; разработка планов обучения персонала.

8. Заведующий прачечной, функции - участие в предоставлении социально-бытовых услуг клиентам, руководство прачечной учреждения.

9. Руководители структурных подразделений, функции – организация выполнения работ по зонам своей компетенции.

Обязанности, ответственность и взаимодействие руководителей и всего персонала по вопросам качества услуг и процессов определены в руководстве по качеству, установлены в Уставе учреждения, положениях о структурных подразделениях, должностных инструкциях сотрудников. Директор учреждения определяет политику в области качества, обеспечивает ее выполнение и контроль, устанавливает обязанности и полномочия заместителей и руководителей структурных подразделений. Заместитель директора подчиняется директору и отвечает за хозяйственную деятельность. Заместитель директора по организационно-методической работе подчиняется директору и отвечает за инновационную деятельность и ее методическое сопровождение. Заведующий социально-медицинским отделением подчиняется директору учреждения и руководит медицинской службой учреждения, обеспечивает соблюдение правил санитарно-гигиенического режима в учреждении. Руководители структурных подразделений организуют выполнение планов и программ в соответствии со стандартами и нормативными требованиями, нормативно-правовыми актами.

1.3. В учреждении установлен порядок разработки (или корректировки, при необходимости), рассмотрения, утверждения и ведения всех документов, относящихся к системе обеспечения качества, а также порядок их предоставления.

2. Внутренние проверки системы качества.

2.1. В системе обеспечения качества учреждения разработан и постоянно актуализируются положение о внутреннем контроле и порядок проведения

внутреннего контроля качества (порядок проведения внутренних проверок функционирования системы обеспечения качества). Внутренние проверки системы обеспечения качества учреждения проводят с целью регулярной оценки ее эффективности и соответствия установленным требованиям, а также для получения информации, необходимой для эффективного функционирования этой системы.

Задачи внутреннего контроля:

- достижение и поддержание высокого уровня качества услуг, соответствующего требованиям государственных и национальных стандартов, иных нормативных правовых актов;
- осуществление эффективного контроля за техническими, организационными, кадровыми факторами, влияющими на качество предоставляемых социальных услуг;
- стабильное повышение качества жизни пожилых людей и инвалидов, создание для них благоприятной терапевтической среды, адекватной их возрасту, состоянию здоровья и индивидуальным особенностям.

2.2. Ответственным лицом за организацию и проведение проверки системы обеспечения качества учреждения является представитель руководства, ответственный за систему обеспечения качества.

2.3. Деятельность по внутреннему контролю в учреждении осуществляется комиссией, которая формируется в соответствии с положением о комиссии по внутреннему контролю приказом директора.

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

2.5. Эффективность системы обеспечения качества учреждения определяют по результатам ее оценок, получаемых при проверках.

2.6. В процессе проверки системы обеспечения качества учреждения осуществляют:

- контроль соответствия системы обеспечения качества требованиям настоящего стандарта и документации на нее;
- анализ и оценку состояния функционирования системы обеспечения 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 обеспечения качества.

2.6. В основе системы внутреннего контроля лежат следующие принципы:

- законность – соблюдение специалистами, осуществляющими контроль, требований законодательства, нормативных правовых актов, определяющих их полномочия;
- ответственность и объективность предоставления специалистами, осуществляющими контроль, данных;
- системность и комплексность – регулярность проведения контрольных мероприятий.

2.7. Проверки системы качества учреждений могут быть плановыми и оперативными. Периодичность плановых проверок устанавливается в зависимости от результатов анализа качества услуг. Оперативную проверку системы обеспечения качества или отдельных ее составных частей проводят в случае резкого ухудшения показателей, характеризующих конечные результаты работы по обеспечению качества услуг, предоставляемых каким-либо подразделением или учреждением в целом, в случае оценки эффективности корректирующих действий, а также при значительных изменениях организации работ и технологий предоставления услуг, которые могут отрицательно повлиять на их качество.

2.8. Формы контроля по направленности. Личностно-профессиональный контроль – изучение и анализ выполнения должностных инструкций, качества оказания социальных услуг, уровня знаний современных технологий социального обслуживания, повышения профессиональной квалификации сотрудниками учреждения. Тематический контроль проводится по отдельным проблемам деятельности учреждения и направлен на изучение фактической ситуации по конкретному вопросу, а также внедрение инновационных технологий. Комплексный контроль проводится с целью получения полной информации о жизнедеятельности учреждения.

2.9.Формы контроля по времени проведения. Предварительный контроль осуществляется до начала выполнения работы и дает возможность оценить существующую нормативно-правовую базу учреждения, необходимость ее обновления, имеющуюся организационные, кадровые, методические ресурсы, наличие объемных показателей и нагрузки на сотрудников, должностных инструкций, степень их готовности к дальнейшей деятельности в целях предупреждения проблем. Текущий контроль проводится непосредственно в ходе деятельности, направлен на анализ эффективности отдельных этапов, степени реализации конкретных задач, оценку действий структурных подразделений учреждения и конкретного сотрудника. В его основе лежат нормативные показатели. Текущий контроль может включать контроль оперативный и систематический. Итоговый контроль дает информацию о достигнутых результатах, позволяет выявить положительные и отрицательные

стороны деятельности, определить пути его дальнейшего развития и совершенствования. Итоговый контроль заключается в оформлении результатов контроля на основании анализа докладных, объяснительных, справок по результатам внешних проверок.

2.10. Формы контроля по субъекту. Самоконтроль, который обязывает и мотивирует сотрудников учреждения, предусматривает самостоятельное изучение материалов. Взаимоконтроль, осуществляющийся путем проведения взаимопроверок однопрофильных отделений по различным вопросам. Административный контроль. Участие получателей социальных услуг в оценке качества социальных услуг и социального обслуживания. Мониторинг, предусматривающий сбор, системный учет, обработку и анализ информации по организации и результатам социального обслуживания.

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

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

3. Подготовка кадров

3.1. В учреждении разработан, документально оформлен и утвержден план мероприятий по подготовке (обучению, повышению квалификации, аттестации, стажировке и т.д.) персонала, выполняющего работы, непосредственно влияющие на качество услуг.

3.2 Системой подготовки персонала охвачены все сотрудники учреждения, непосредственно влияющие на качество услуг, включая руководящий состав всех уровней.

3.3. При разработке и реализации планов мероприятий по подготовке кадров учитываются требования, касающиеся порядка работы со специалистами учреждения.

4. Анализ функционирования системы качества руководством учреждения.

4.1. Руководство периодически анализирует систему обеспечения качества с целью оценки степени ее соответствия предъявляемым к ней требованиям и эффективности (не менее 1 раза в год).

4.2. Анализ проводится по выделенным критериям и показателям качества деятельности учреждения и предоставляемых услуг и включает оценку результатов внутренних проверок, проводимых непосредственно руководством или представителем руководства, ответственным за функционирование системы обеспечения качества учреждения.

4.3. Ежегодно составляется отчет о выполнении годового плана в области качества, содержащий информацию об эффективности функционирования системы управления качеством в учреждении.

5. Контроль и оценка качества услуг.

5.1. При контроле и оценке качества предоставляемых учреждением 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 получателей социальных услуг в оценке качества услуг;
- проводит в учреждении регулярную оценку степени удовлетворенности получателей социальных услуг предоставляемыми учреждением услугами путем проведения социологических опросов (мониторинг).

Мониторинг качества социальных услуг заключается в проверке полноты, своевременности предоставления этих услуг, а также их результативности (материальной, определяющей степень решения материальных или финансовых проблем граждан, или нематериальной, определяющей степень улучшение физического, морально-психологического гражданина, решения его бытовых, правовых и других проблем в результате взаимодействия с исполнителем услуги).

5.2 Сравнение оценок получателей социальных услуг и исполнителей услуг проводится с целью оценки совместимости двух мер их качества, проведения (при необходимости) корректирующих действий и определения степени соответствия деятельности исполнителей услуг отвечает потребностям и запросам получателей социальных услуг.

5.3. Оценка качества услуг, предоставляемых учреждением осуществляется в ходе следующих мероприятий: независимая оценка качества предоставляемых услуг (1 раз в 3 года оператором, выигравшим соответствующий конкурс на проведение процедуры), мониторинг качества и доступности предоставляемых услуг (проводимый Учредителем ежегодно), мониторинг удовлетворенности услугами (проводимый учреждением ежегодно), мониторинг удовлетворенности инвалидов реабилитационными услугами учреждения (проводимый учредителем ежеквартально).

6.Контроль качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемой в учреждении.

6.1. Контроль осуществления медицинской деятельности в учреждении включает в себя проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, контроль за соответствием медицинской помощи действующим стандартам, совершенствование организации оказания медицинской помощи получателям социальных услуг, обеспечение эпидемиологической безопасности в интернате, контроль за ведением медицинской и иной документации, обеспечивающей качество и безопасность медицинской деятельности, качество предоставления социально-медицинских услуг в соответствии в действующими требованиями.

6.2. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

6.2.1. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

6.2.2. Задачами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются:

- контроль за соблюдением реализации прав получателей социальных услуг на получение медицинской помощи в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи;
- совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;
- обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;
- оценка качества оказания конкретных медицинских услуг, в том числе диагностики, лечения, профилактики, реабилитации; лекарственного обеспечения;
- оценка правильности оформления медицинской документации;
- оценка состояния и использования и использования кадровых и материально-технических ресурсов;
- выявление дефектов в организации лечебно-диагностического процесса, факторов, повлекших за собой снижение качества оказания медицинской помощи и устранение причин их возникновения;
- предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи;

- выбор оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов в организации и оказании медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов организации, в том числе кадровых и материально-технических средств, принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности;

- предупреждение, выявление и устранение нарушений требований безопасности в условиях труда, применению и эксплуатации медицинского оборудования, медицинских изделий и их утилизации (уничтожению).

6.2.3.Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности включает в себя следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности путём проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

- сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности и их анализ;

- учёт нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (факторов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлёкших причинение вреда жизни и здоровью клиентов и (или) медицинских работников);

- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

- анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, непредвиденных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и здоровью человека при применении лекарственных препаратов;

- анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью получателей социальных услуг и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий;

- оценку соблюдения порядков оказания и стандартов медицинской помощи, использование клинических рекомендаций (протоколов лечения), своевременность, эффективность и безопасность медицинской помощи (оптимальность выбора медицинских технологий с учётом минимального риска их применения, принятие адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, соблюдение правил хранения и применения лекарственных препаратов, расходных материалов);

- обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в соответствии с санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами;

- проверка средств измерений медицинского назначения, которые входят в Перечень измерений, относящихся к сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, выполняемых при осуществлении деятельности в области здравоохранения и обязательных метрологических требований к ним, в том числе, показателей точности измерений, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.02.2014 №81н.

6.2.4.Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляет комиссия по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, состоящая из медицинских работников учреждения.

6.2.5. В рамках комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности функционирует комиссия по эпидемиологической безопасности, состоящая их старших медицинских сестер отделений.

6.2.6. В рамках комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности для обеспечения лекарственной безопасности и безопасности обращения медицинских изделий организована рабочая группа (подкомиссия), состоящая из заведующего социально-медицинским отделением, заведующей аптекой, старшей медицинской сестры социально-медицинского отделения.

6.2.7.Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждённым руководителем учреждения, не реже 1 раза в квартал.

6.2.8.Целевые (внеплановые) проверки проводятся:

- при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности;

- при поступлении жалоб получателей социальных услуг или их родственников по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также жалоб по иным вопросам, содержащих информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью получателей социальных услуг;

- во всех случаях летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

6.2.9.По результатам плановых и внеплановых проверок составляется отчет, включающий выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению медицинской деятельности.

6.2.10. Один раз в полугодие, а также в конце года формируется сводный отчет, содержащий информацию о качестве и безопасности медицинской деятельности.

6.2.11. На основе результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности разрабатываются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности медицинского обслуживания, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи, усиление контроля за реализацией принятых управленческих решений в области качества и безопасности медицинской деятельности.

6.3.Контроль за ведением медицинской и иной документации, обеспечивающей качество и безопасность медицинской деятельности, качество предоставления социально-медицинских услуг осуществляют заведующий социально-медицинским отделением и старшая медицинская сестра социально-медицинского отделения. Контрольные мероприятия осуществляются в соответствии с утвержденным графиком.

6.4. Ответственным за осуществлением медицинской деятельности в учреждении является заведующий социально-медицинским отделением.

XI. Непрерывное улучшение качества

Непрерывное улучшение является одной из постоянных целей учреждения, что в свою очередь требует:

- формирования потребности у каждого работника предприятия в постоянном улучшении продукции, процессов и системы в целом;
- разработки концепций постоянного улучшения «маленькими шагами и прорывами»;
- периодической оценки процесса выявления возможности дальнейшего улучшения;
- постоянного повышения эффективности всех составляющих процесса;
- знания каждым работником методов и средств постоянного улучшения;
- определения критериев и целей улучшений.

Прежде чем улучшать процесс, его необходимо стабилизировать, решить постоянно возникающие проблемы. Проблема – отклонение от стандарта, решение проблемы – приведение чего-либо (показателя, ситуации, расположения предметов) к стандарту.

Совершенствование – это улучшение стандарта, поиск и извлечение неких скрытых возможностей, их проверка и отражение в новом, обновлённом стандарте. Решая одни только проблемы и концентрируясь только на них, невозможно добиться выдающихся результатов, необходимо постоянно совершенствоваться.

Общее совершенствование деятельности учреждения складывается из мелких улучшений, осуществляемых на рабочих местах, составляющих общую массу улучшений подразделений, условий, услуг и т. п.



Таким образом, непрерывное совершенствование своей работы и своего рабочего места ведёт к улучшениям на уровне учреждения в целом.

В непрерывно совершенствующемся учреждении наблюдается наличие объединённого общими целями и убеждениями в необходимости совершенствования большинства.

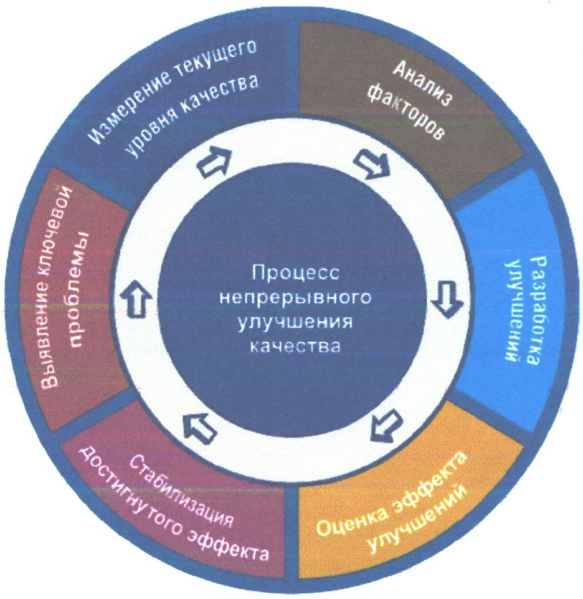
С целью осуществления эффективного контроля функционирования системы качества руководителем учреждения назначены ответственные за осуществление текущего контроля факторов, влияющих на качество социальных услуг, которые:

- проводят анализ закреплённых за ними факторов и предоставляют его в письменной форме специалисту, ответственному за систему качества в учреждении;

- вносят предложения в план повышения качества в соответствии с контролируемым фактором;

- своевременно осуществляют корректирующие действия, направленные на устранение недостатков;

- участвуют в других мероприятиях, направленных на обеспечение необходимого уровня качества услуг.



Для реализации процесса постоянного совершенствования качества услуг и деятельности учреждения в целом соблюдается последовательность действий: выявить ключевые проблемы, измерить текущий уровень качества услуг и эффективности деятельности учреждения, провести анализ факторов среды учреждения, разработать улучшения, провести оценку эффекта улучшений, отследить стабилизацию достигнутого эффекта.

С целью организации деятельности по решению проблем, связанных с качеством предоставляемых услуг, руководителем учреждения назначены ответственные за осуществление контроля качества предоставляемых услуг, которые:

- осуществляют контроль и оценку качества услуг;
- участвуют в других мероприятиях, направленных на обеспечение необходимого уровня качества услуг.

Сотрудники учреждения, непосредственно предоставляющие услуги получателям услуг:

- участвуют в реализации политики учреждения в области качества;
- обеспечивают стабильный уровень качества услуг, повышают качество и эффективность (результативность) их предоставления, гарантированное удовлетворение законных запросов и потребностей получателей услуг;
- соблюдают положения нормативных документов, регламентирующих требования к порядку и условиям предоставления услуг;
- осуществляют самоконтроль предоставления услуг как составляющей части процесса контроля.

Приложение 1

ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Ярославской области Красноперекопского психоневрологического интерната

Разработана на основе Национального стандарта РФ ГОСТ Р 52497-2020 «Социальное облуживание населения. Система обеспечения качества учреждений социального обслуживания».

Ключевыми целями учреждения в области качества является создание условий для своевременного удовлетворения потребностей получателей социальных услуг в необходимых социальных услугах, системное и непрерывное повышение качества социальных услуг и эффективности (результативности) их предоставления, повышение уровня удовлетворенности получателей социальных услуг обслуживанием и профилактика предупреждения жалоб получателей социальных услуг, развитие инновационного потенциала учреждения, обеспечение репутации учреждения как надежного и ответственного поставщика социальных услуг.

Достижение данных целей обеспечивается решением следующих задач:

1. Разработка и внедрение методик и технологий повышения качества и эффективности социальных услуг; внедрение новых форм, форматов предоставления социальных услуг.
2. Реализация клиентоориентированного индивидуального и дифференцированного подходов к предоставлению социальных услуг с учетом критериев индивидуальной нуждаемости получателей социальных.
3. Обеспечение информационной открытости учреждения.
4. Создание благоприятных и комфортных условий жизнедеятельности получателей социальных услуг, а также условий для самореализации, реабилитации и абилитации, достаточно независимого и автономного функционирования пожилых людей и инвалидов, проживающих в учреждении.
5. Повышение уровня компетентности и профессионализма персонала (профессиональной, социально-психологической), эффективности их деятельности, качества работы, предоставляемых социальных услуг.
6. Эффективное управление внутренними ресурсами учреждения и привлечение внешних ресурсов.
7. Повышение уровня материально-технической оснащенности учреждения, обеспечение ее соответствия действующим стандартам;

обеспечение условий предоставления и содержания социальных услуг, соответствующим действующим стандартам.

8. Обеспечение доступности учреждения и предоставляемых услуг.

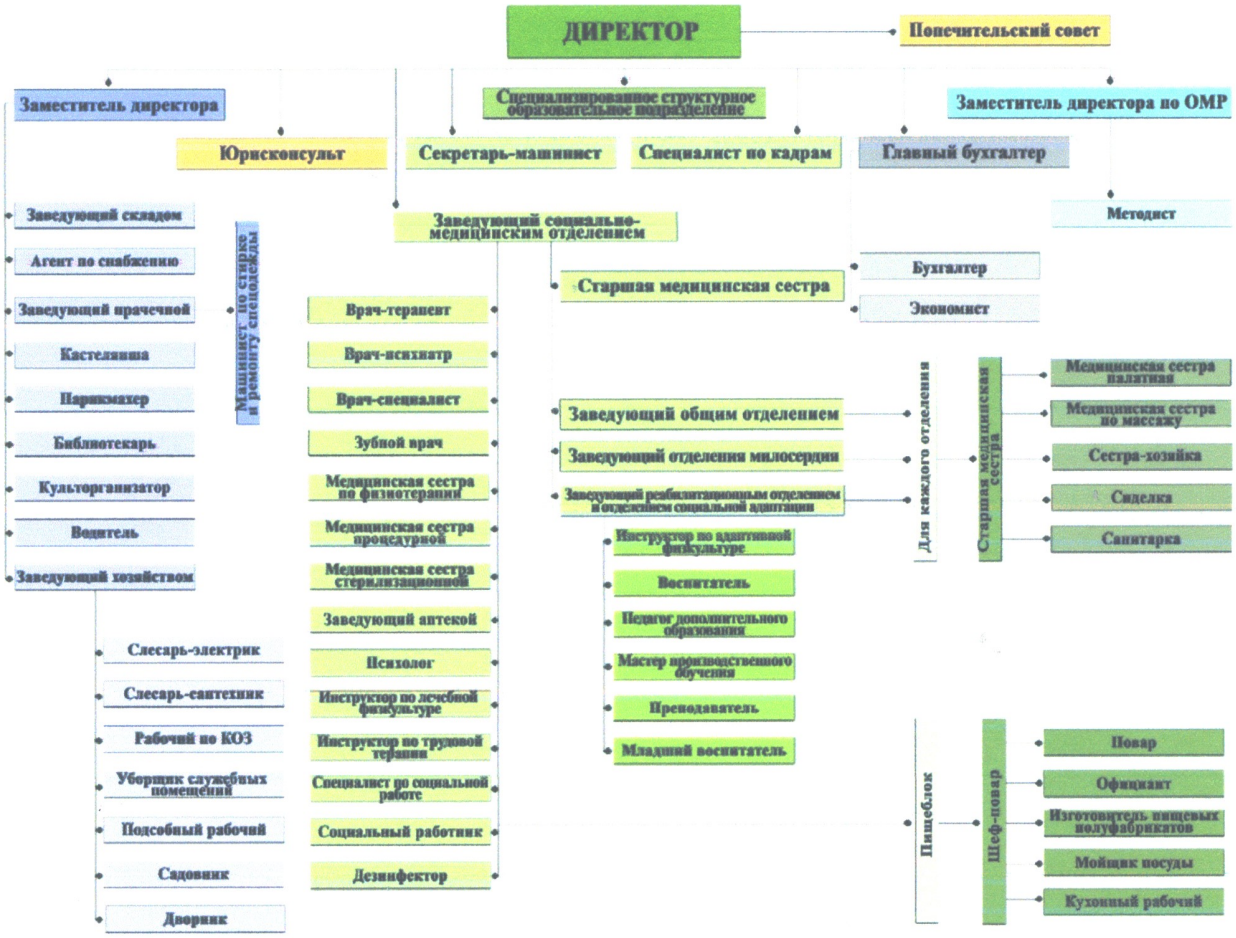
9. Совершенствование процедур внутреннего контроля за качеством предоставляемых услуг, своевременное проведение корректирующих и предупреждающих мероприятий как неотъемлемых частей системы менеджмента качества.

Функционирование системы обеспечения качества услуг в учреждении базируется на следующих принципах:

- Приоритетность требований получателей социальных услуг по обеспечению качества услуг.
- Предупреждение проблем качества социальных услуг.
- Соблюдение положений нормативных документов, регламентирующих требований к социальным услугам, порядку и правилам их предоставления.
- Обеспеченность учреждения соответствующими человеческими, материально-техническими и другими ресурсами.
- Четкое распределение полномочий и ответственности персонала за его деятельность по предоставлению услуг, влияющих на обеспечение их качества.
- Личная ответственность руководства учреждения за качество предоставляемых услуг, разработку, внедрение и контроль эффективности системы обеспечения качества, за определение политики в области качества, организацию и общее руководство деятельностью по обеспечению качества.
- Обеспечение личной ответственности каждого исполнителя за качество.
- Документальное оформление правил и методов обеспечения качества услуг.
- Обеспечение понимания всеми сотрудниками учреждения требований системы обеспечения качества, предъявляемых к политике в области качества.

Приложение 2

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ГБУ СО ЯО КРАСНОПЕРЕКОПСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ



Приложение 3

Карта процессов СМК ГБУ СО ЯО Красноперекопского психоневрологического интерната

