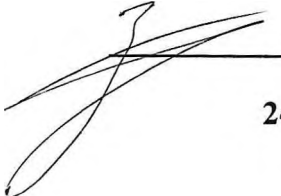


**Государственное автономное учреждение  
социального обслуживания Свердловской области  
«Березовский психоневрологический интернат»**

**УТВЕРЖДАЮ  
Директор ГАУ «БПНИ»**



**Г.Н.Губанков**

**24 июня 2020 г.**

**РУКОВОДСТВО  
ПО СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА (СМК)  
УЧРЕЖДЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ  
МЕЖДУНАРОДНОГО СТАНДАРТА ISO 9001:2015**

**ДИР СМК-01-2018**

Екатеринбург  
2020 г.

## Оглавление

1. Сведения об областной системе социального обслуживания населения.	4
2. Сведения об Учреждении.	5
0.3. Информация о Руководстве.	5-6
0. Область применения.	6-7
1. Нормативные ссылки.	7-8
2. Термины и определения.	8
3. Среда организации.	9
3.1. Понимание организации и ее среды.	9-10
3.2. Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон.	10
3.3. Определение области применения системы менеджмента качества.	10-11
3.4. Система менеджмента качества и ее процессы.	11-12
4. Лидерство.	12
4.1. Лидерство и приверженность.	12
4.1.1. Общие положения.	12
4.1.2. Ориентация на потребителей.	12
4.2. Политика.	13
4.2.1. Разработка политики в области качества.	13
4.2.2. Доведение политики в области качества.	13
4.3. Функции, ответственность и полномочия организации.	13-14
5. Планирование.	14
5.1. Действия в отношении рисков и возможностей.	14-17
5.2. Цели в области качества и планирование их достижения.	17-19
5.3. Планирование изменений.	19-20
6. Средства обеспечения.	20
6.1. Ресурсы.	20
6.1.1. Общие положения.	20
6.1.2. Человеческие ресурсы.	20 - 21
6.1.3. Инфраструктура.	21-23
6.1.4. Среда для функционирования процессов.	23
6.1.5. Ресурсы для мониторинга и измерения.	24 - 25
6.1.6. Знания организации.	25 - 26
6.2. Компетентность.	26 - 27
6.3. Осведомленность.	27
6.4. Обмен информацией.	27
6.5. Документированная информация.	28
6.5.1. Общие положения.	28
6.5.2. Создание и актуализация.	28 -29
6.5.3. Управление документированной информацией.	29 - 30
7. Деятельность на стадиях жизненного цикла продукции и услуг.	30
7.1. Планирование и управление деятельностью на стадиях жизненного цикла продукции и услуг.	30-31
7.2. Требования к продукции и услугам.	31

7.2.3. Анализ требований к продукции и услугам.	33
7.2.4. Изменения требований к продукции и услугам.	34
7.3. Проектирование и разработка продукции и услуг.	34
7.3.1. Общие положения.	34-35
7.3.2. Планирование проектирования и разработки.	35
7.3.3. Входные данные для проектирования и разработки.	35
7.3.4. Средства управления проектирования и разработкой.	35
7.3.5. Выходные данные проектирования и разработки.	35
7.3.6. Изменения проектирования и разработки.	36
7.4. Управление процессами, продукцией и услугами, поставляемыми внешними поставщиками.	36
7.4.1. Общие положения.	36-37
7.4.2. Тип и степень управления.	37
7.4.3. Информация, предоставляемая внешними поставщиками.	37-38
7.5. Производство продукции и предоставление услуг.	38
7.5.1. Управление производством продукции и предоставлением услуг.	38-39
7.5.2. Идентификация и прослеживаемость.	39
7.5.3. Собственность потребителей или внешних поставщиков.	39
7.5.4. Сохранение.	40
7.5.5. Деятельность после поставки.	40
7.5.6. Управление изменениями.	40
7.6. Выпуск продукции и услуг.	41
7.7. Управление несоответствующими результатами процессов.	41-43
8. Оценка результатов деятельности.	43
8.1. Мониторинг, измерение, анализ и оценка.	43
8.1.1. Общие положения.	43
8.1.2. Удовлетворенность потребителей.	43 - 44
8.1.3. Анализ и оценка.	44-45
8.2. Внутренние аудиты.	45
9.3 Анализ со стороны руководства.	45
9.3.1. Общие положения.	45-46
9.3.2. Входные данные анализа со стороны руководства.	46 - 47
9.3.3. Выходные данные анализа со стороны руководства.	47
9. Улучшение.	47
9.1. Общие положения.	47
9.2. Несоответствия и корректирующие действия.	47 - 48
9.3. Постоянное улучшение.	48
Приложение 1 - Типовая Процессная модель СМК Министерства и Учреждений.	49
Приложение 2 - Организационная структура Учреждения	50
Лист согласования.	51
Лист регистрации изменений.	52
Лист рассылки и ознакомления.	53

## **0.1. Сведения об областной системе социального обслуживания.**

Уполномоченным исполнительным органом государственной власти в сфере социального обслуживания Свердловской области является Министерство социальной политики Свердловской области (далее - Министерство).

Министерство осуществляет деятельность в сфере социального обслуживания непосредственно и через территориальные подведомственные государственные учреждения социального обслуживания.

В соответствии с федеральным законом от 28 декабря 2013 г. Ы442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» информационными системами в сфере социального обслуживания осуществляется сбор, хранение, обработка и предоставление информации о поставщиках социальных услуг (реестр поставщиков социальных услуг) и о получателях социальных услуг (реестр получателей социальных услуг) на основании данных, предоставляемых поставщиками социальных услуг.

Описание социальных услуг содержат требования к объему, срокам и условиям предоставления социальных услуг, включенных в Перечень социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг области, утвержденный Законом Свердловской области от 03 декабря 2014 года № 108-03 «О социальном обслуживании граждан в Свердловской области».

В соответствии с федеральным законом от 28 декабря 2013 г. Ы442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» социальные услуги в учреждениях социального обслуживания Свердловской области могут предоставляться получателям в форме социального обслуживания на дому, в стационарной или полустационарной форме.

Социальное обслуживание в Свердловской области осуществляется, в соответствии со стандартами социальных услуг утвержденными Приказом Министерства социальной политики Свердловской области от 1 1.08.2015 г. № 482 «Об утверждении стандартов социальных услуг в новой редакции».

Порядок предоставления социальных услуг в сфере социального обслуживания Свердловской области определен Постановлением Правительства Свердловской области от 18.12.2014 N 1149-ПП «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщикам социальных услуг в Свердловской области и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Свердловской области»

## **0.2. Сведения об Учреждении.**

Государственное автономное учреждение социального обслуживания «Березовский ПНИ» является унитарной некоммерческой организацией и создано для предоставления социальных услуг в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти Свердловской области (государственных органов Свердловской области) в сфере социального обслуживания.

Учреждение создано на основании Постановления Правительства Свердловской области

Учреждение входит в государственную систему социального обслуживания в Свердловской области.

Учредителем и собственниками имущества Учреждения является Свердловской область. Функции и полномочия Учредителя, правовое регулирование, организацию социального обслуживания и координацию деятельности Учреждения осуществляет Министерство социальной политики Свердловской области в пределах своих полномочий.

Место нахождения Министерства: 620144, г. Екатеринбург, ул. Большакова, д. 105.

В своей деятельности Учреждение руководствуется законодательством Российской Федерации, законодательством Свердловской области, Уставом Учреждения, коллективным договором, положениями об отделениях, должностными инструкциями другими локальными нормативными актами.

Получателям социальных услуг с учетом их индивидуальных потребностей в Учреждении предоставляются следующие виды социальных услуг:

1) Социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;

2) Социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья;

3) Социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия;

4) Социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов, организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей;

5) Социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией;

6) Социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг;

7) Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов;

8) Срочные социальные услуги.

### **0.3. Информация о Руководстве системы менеджмента качества.**

Настоящее руководство основывается на принципах менеджмента качества, описанных в международном стандарте ISO 9000:2015.

Принципы менеджмента качества:

- ориентация на потребителей;
- лидерство;
- вовлечение сотрудников;
- процессный подход;
- улучшение;
- принятие решений, основанных на свидетельствах;

— менеджмент взаимоотношений.

Применение системы менеджмента качества является стратегическим решением для Учреждения, которое может помочь улучшить результаты его деятельности.

Потенциальными преимуществами для учреждений от применения системы менеджмента качества, основанной на стандарте ISO 9001:2015, являются:

а) способность стабильно предоставлять социальные услуги, которые удовлетворяют требованиям получателей и применимым законодательным и нормативным правовым требованиям;

б) создание возможностей для повышения удовлетворенности получателей социальных услуг;

с) направление усилий на работу с рисками и возможностями, связанные со средой и целями учреждения.

В настоящем руководстве применен процессный подход, который включает цикл "Планируй - Делай - Проверяй - Действуй" (PDCA), и риск-ориентированное мышление.

Процессный подход позволяет Учреждению планировать свои процессы и их взаимодействие, обеспечивать процессы необходимыми ресурсами, осуществлять управление ими, определять и реализовывать возможности для улучшения.

Риск-ориентированное мышление позволяет Учреждению определять факторы, влияющие на отклонение от запланированных результатов, а также своевременно реагировать на возможные риски, максимально использовать возможности.

## **0. Область применения.**

Руководство по системе менеджмента качества (далее - Руководство по СМК) представляет собой описание системы менеджмента качества (СМК) Учреждения и является основным документом по функционированию, поддержанию в рабочем состоянии и развитию этой системы. Функционирующая в Учреждении система менеджмента качества соответствует требованиям международного стандарта ISO 9001:2015.

Руководство по СМК дает общее представление о структуре СМК и действующей документации Учреждения.

Положения, описанные в настоящем Руководстве СМК и других документах СМК, направлены на обеспечение соответствия деятельности Учреждения Политике в области качества и Целям в области качества, утвержденным Министерством, удовлетворение требований получателей социальных услуг, соответствие законодательным и нормативным требованиям.

СМК Учреждения входит в областную систему менеджмента качества Министерства социальной политики Свердловской области и подведомственных учреждений в сфере социального обслуживания Свердловской области.

СМК учреждения распространяется на предоставление государственных социальных услуг в сфере социального обслуживания в Свердловской области.

В рамках областной СМК Министерство социальной политики Свердловской области осуществляет деятельность по централизованному управлению и контролю СМК подведомственных учреждений социального обслуживания в Свердловской области.

## **1. Нормативные ссылки.**

## **1.1. Внешние нормативные документы.**

1.1.1. Федеральный закон от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

1.1.2. Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

1.1.3. Закон Свердловской области от 03.12.2014 г. № 108-03 «О социальном обслуживании граждан в Свердловской области»;

1.1.4. Постановление Правительства Свердловской области от 26.02.2013 г. № 226-ПП План мероприятий («дорожная карта») «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания Свердловской области (2013-2018) годы»;

1.1.5. Постановление Правительства Свердловской области от 18.12.2014 г. № 1149-ПП «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщикам социальных услуг в Свердловской области и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Свердловской области»;

1.1.6. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28.03.2014 г. № 159н «Об утверждении формы заявления о предоставлении социальных услуг»;

1.1.7. Приказ Министерства социальной политики Свердловской области от 1 1.08.2015 г. № 482 «Об утверждении стандартов социальных услуг»;

1.1.8. Приказ Министерства социальной политики Свердловской области от 31.12.2014 г. № 783 «Об утверждении формы договора о предоставлении социальных услуг и формы акта о предоставлении социальных услуг»;

1.1.9. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 10.11.2014 г. № 874Н «О примерной форме договора о предоставлении социальных услуг, а также о форме индивидуальной программы предоставления социальных услуг»;

1.1.10. Приказ Минтруда России от 08.12.2014 г. № 995н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания»;

1.1.11. ISO 9000:2015 «Системы менеджмента качества - Основные положения и словарь»;

2.1.13. ISO 9001:2015 «Системы менеджмента качества - Требования»;

2.1.14. СанПиН 2.1.2.3358-16 «Санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму работы организаций социального обслуживания».

## **1.2. Внутренние нормативные документы.**

2.2.1 Политика в области качества;

2.2.2 Цели и целевые показатели в области качества и социальной ответственности;

2.2.3 «Руководство по системе менеджмента качества (СМК) Учреждения в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2015»;

2.2.4 «Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»;

2.2.5 Методические рекомендации «Анализ СМК со стороны руководства»;

2.2.6 Методические рекомендации «Работа с заинтересованными сторонами СМК и СМ СО»;

2.2.7 Методические рекомендации «Управление несоответствиями и корректирующими действиями в СМК и СМ СО»;

2.2.8 Методические рекомендации «Действия в отношении рисков и возможностей СМК и СМ СО»;

2.2.9 Методические рекомендации «Внедрение, поддержание и постоянное улучшение СМК и СМ СО. Подготовка к сертификационному (ресертификационному) аудиту и прохождение сертификационного (ресертификационного) аудита СМК и СМ СО»;

2.2.10 Методические рекомендации «Отчет по СМК и СМ СО по документу IAF Учреждения для Министерства»;

2.2.11 Методические рекомендации «Управление документированной информацией по СМК и СМ СО»

2.2.12 Устав Учреждения;

2.2.13 Номенклатура дел Учреждения;

2.2.14 Коллективный договор.

## 2. Термины и определения.

В настоящем Руководстве по СМК применяются термины и определения в соответствии с международным стандартом ISO 9000:2015 «Системы менеджмента качества - Основные положения и словарь» и Законом Свердловской области от 28.12.2013 г. №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Сокращения, используемые в Руководстве по качеству представлены в **Таблице 1**.

**Таблица 1.** Сокращения и их полное наименование.

№ п/п	Сокращение	Полное наименование
1	ISO 9000	Международный стандарт ISO 9000:2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»
2	ISO 9001	Международный стандарт ISO 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования»
3	СМК	Система менеджмента качества
4	ДИ	Документированная информация
5	мсп СО	Министерство социальной политики Свердловской области
6	ИРК и СО	Представитель руководства по качеству и социальной ответственности
7	ИС СОН	Информационная система «Социальное обслуживание населения»
8	План ФХД	План финансово-хозяйственной деятельности
9	СИ	Средства измерения
10	ВО	Вспомогательное оборудование
11	НД	Нормативная документация



### **3. Среда учреждения.**

#### **3.1. Понимание учреждения и его среды.**

В Учреждении определены внешние и внутренние факторы, которые могут положительно или отрицательно повлиять на достижение запланированных результатов. При рассмотрении факторов учитываются законодательные требования, экономическая среда, социальная обстановка, а также факторы, связанные с ценностями, культурой, знаниями и результатами работы учреждения.

К внешним факторам, способным повлиять на Учреждение относятся:

- взаимодействие с заинтересованными сторонами (на основании соглашений, договоров, совместных планов работы и т.д.);
- изменение законодательных требований и нормативно-правовых актов (Федеральные Законы, постановления Правительства, приказы, письма и т.д.);
- экономические факторы (инфляция, занятость населения и пр.);
- политические (стабильность в обществе, отношение административных органов к социальным учреждениям и др.);
- демографическая обстановка;
- финансовое обеспечение учреждения;
- контроль проверяющих и надзорных органов;
- конкурентная среда (коммерческие и некоммерческие организации, оказывающие социальные услуги);
- природно-экологические и климатические;

К внутренним факторам, оказывающим влияние на Учреждение относятся:

- ресурсы (материальные, финансовые, человеческие, временные и т.д.);
- материально-техническая база (уровень оснащенности, состояние оборудования инженерных сетей);
- \* персонал (компетентность, укомплектованность штата, квалификация и т.д.);
- инфраструктура учреждения (здания, сооружения, подсобные помещения, транспорт, связь);
- \* организационные (ценностные ориентации руководства, корпоративная культура).

Учреждение осуществляет мониторинг и анализ информации о внешних и внутренних факторах в текущем режиме в рамках планирования деятельности Учреждения, в том числе при планировании изменений. Результаты анализа являются частью входных данных оценки рисков для деятельности учреждения, определения возможностей для улучшения.

Ответственным за определение внешних и внутренних факторов, способных повлиять на деятельность учреждения и его СМК, их анализ и мониторинг является Директор учреждения и ПРК и СО.

Руководство учреждения регулярно контролирует такие вопросы как:

- потребности населения в социальных услугах;
- способность учреждения удовлетворять потребности населения в предоставлении социальных услуг;
- положение учреждения в сравнении с другими учреждениями того же типа;
- изменение в законодательной, экономической, социальной сферах;
- ресурсные возможности учреждения;

- эффективность и результативность деятельности учреждения.

### **3.2. Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон.**

В Учреждении определены:

- а) заинтересованные стороны;
- б) требования этих заинтересованных сторон.

К таким заинтересованным сторонам были отнесены:

- получатели социальных услуг;
- учредитель: Министерство социальной политики Свердловской области;
- сотрудники;
- поставщики продукции, услуг, партнеры;
- конкуренты;
- контролирующие и надзорные органы;
- общественность и социальные организации;
- наблюдательный совет;
- попечительский совет;
- окружающая среда.

Ответственный по взаимодействию с каждой из выявленных заинтересованных сторон назначается приказом директора.

Учреждение осуществляет периодический мониторинг и анализ информации о заинтересованных сторонах в соответствии с Методическими рекомендациями «Работа с заинтересованными сторонами по СМК и СМ СО».

#### **Подтверждающие документы:**

*межведомственные соглашения;*

- *договоры, соглашения о взаимодействии;*
- *внутренние приказы директора Учреждения о возложении ответственности;*
- *протокол наблюдательного совета;*
- *протокол попечительского совета;*
- *положение о закупке товаров, работ, услуг;*
- *должностные инструкции;*
- *план мероприятий.*

### **3.3. Определение области применения системы менеджмента качества.**

Область СМК Учреждения распространяется на предоставление государственных социальных услуг в сфере социального обслуживания Свердловской области.

Система менеджмента качества Учреждения не содержит исключений из требований международного стандарта ISO 9001:2015.

Область применения СМК Учреждения доступна, разработана, актуализируется и применяется как документированная информация. Область применения указывает на охватываемые виды услуг.

В рамках областной системы менеджмента качества, Министерство социальной политики Свердловской области осуществляет деятельность по централизованному управлению и контролю СМК подведомственных организаций социального обслуживания в Свердловской области.

Актуализация области применения производится в процессе проведения анализа со стороны руководства, либо чаще, в случае изменения применимого законодательства, стандартов или иной нормативной документации.

**Подтверждающие документы:**

- *Руководство по СМК;*
- *сертификат соответствия требованиям ISO 9001:2015;*
- *документированная информация «область применения СМК».*

#### **4.4, Система менеджмента качества и ее процессы.**

. 4.4.1. В Учреждении разработана, документирована, внедрена и поддерживается в рабочем состоянии СМК, включая необходимые процессы и их взаимодействие, постоянно улучшается ее результативность в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2015.

СМК Учреждения направлена на обеспечение качества предоставления услуг в сфере социального обслуживания и повышение удовлетворенности получателей социальных услуг.

Последовательность и взаимодействие видов деятельности и процессов СМК показаны в **Процессной модели областной системы менеджмента качества Министерства социальной политики Свердловской области и подведомственных учреждений** в сфере социального обслуживания Свердловской области по международному стандарту ISO 9001:2015, которая находится в **Приложении 1**.

В Процессной модели предоставления социальных услуг определены:

- входы и выходы процессов;
- последовательность и взаимодействие процессов;
- ответственные лица;
- необходимые ресурсы для обеспечения процесса;
- показатели результативности процессов;
- измеряемые параметры процесса;
- критерии и методы функционирования процесса и другое.

Для достижения запланированных результатов и постоянного улучшения процессов проводится анализ рисков и возможностей.

Анализ процессов может проводиться как его участниками, так и руководством учреждения. Целью анализа процессов является выявление причин, по которым результаты процессов могут не соответствовать установленным требованиям.

Мероприятия по улучшению функционирования СМК формируются по результатам мониторинга, измерения и анализа процессов в ходе проведения внутренних аудитов.

СМК является составной частью системы управления Учреждения и функционирует одновременно с системой менеджмента социальной ответственности и со всеми остальными видами деятельности, влияющими на качество оказываемых услуг, и взаимодействует с ними.

**Подтверждающие документы:**

- *процессная модель областной СМК по стандарту ISO 9001:2015 Министерства социальной политики и подведомственных учреждений Свердловской области;*

#### **4.4.2. Учреждение в необходимом объеме:**

- а) Поддерживает в рабочем состоянии документированную информацию для обеспечения функционирования процессов;
- б) Сохраняет документированную информацию для подтверждения того, что эти процессы осуществляются так как это было запланировано.

### **4. Лидерство.**

#### **5.1 Лидерство и приверженность.**

##### **5.1.1. Общие положения.**

Высшее руководство демонстрирует свое лидерство и приверженность в отношении СМК посредством назначения ответственных за СМК, обеспечения необходимыми ресурсами, вовлечения всех сотрудников Учреждения, включая руководителей, донесение важности участия в СМК до всех сотрудников, соблюдения Политики в области качества и достижения целей и запланированных результатов в области качества, принятия ответственности за результативность СМК.

Ответственность, полномочия и обязательства сотрудников, задействованных в СМК, определены в приказах, в должностных инструкциях, распоряжениях.

##### **Подтверждающие документы:**

- Приказы Министерства и Учреждений, в т.ч. «О внедрении и применении СМК в связи с переходом на новую версию стандарта ISO 9001:2015»:
  - Политика в области качества
  - Цели и целевые показатели
  - должностные инструкции:
    - планы работы;
    - протоколы оперативных совещаний;

##### **5.1.2. Ориентация на получателей социальных услуг.**

Руководство Учреждения постоянно ориентировано на повышение качества и удовлетворенности требований получателей социальных услуг, считая это важнейшей стратегической целью. Требования получателя социальных услуг определены в заявлениях, договоре, индивидуальной программе получателя социальных услуг с учетом возможных рисков. При изменении требований получателя социальных услуг производится корректировка индивидуальной программы.

Получателями социальных услуг, предоставляемых Учреждением, являются граждане, признанные нуждающимися в социальном обслуживании.

##### **Подтверждающие документы:**

- заявление;
- договор;
- индивидуальные программы предоставления социальных услуг (ИППСУ):

#### **5.2. Политика.**

### **5.2.1. Разработка политики в области качества.**

Политику в области качества определяет Министерство и распространяет ее на подведомственные учреждения. Учреждения выполняют положения Политики в области качества.

Политика в области качества анализируется, при необходимости актуализируется МСП СО и доводится до сведения Высшего руководства Учреждения.

#### **Подтверждающие документы:**

- *Политика в области качества;*
- *лист ознакомления сотрудников Учреждения с Политикой в области качества.*

### **5.2.2. Доведение политики в области качества.**

Политика в области качества размещается на информационном стенде и на официальном сайте Учреждения.

Все сотрудники Учреждения знакомятся с Политикой в области качества под роспись в листе ознакомления.

Доведение Политики до сотрудников осуществляется:

- при приеме на работу;
- на оперативных совещаниях;
- путем размещения оформленной Политики в виде декларации на стенде и сайте Учреждения.

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

#### **Подтверждающие документы:**

- *Политика в области качества;*
- *лист ознакомления с Политикой в области качества;*
- \* *протоколы совещаний, связанных с Политикой в области качества.*

### **5.3. Функции, ответственность и полномочия в организации.**

Ответственность и полномочия изложены в трудовых договорах, должностных инструкциях, положениях о подразделениях, приказах директора, документах СМК и доведены до сведения сотрудников.

В Учреждении разработана и утверждена организационная структура, которая охватывает все направления деятельности и показывает подчиненность сотрудников. Организационная структура Учреждения представлена в виде схемы в **Приложении 2**.

Ответственный за систему менеджмента качества, внутренние аудиторы, а также ответственные по качеству в подразделениях назначены приказом директора Учреждения.

#### **Подтверждающие документы:**

- *должностные инструкции;*
- *приказ о назначении ПРК и СО в Учреждении и возложении на него обязанностей;*
- *приказы по распределению ответственности и полномочий;*
- *журнал (листы) ознакомления.*

## **5. Планирование.**

### **5.1. Действия в отношении рисков и возможностей.**

Управление рисками - это систематический процесс для общей оценки, анализа, контроля, снижения или исключения риска на всех этапах жизненного цикла услуги.

Результативное управление рисками гарантирует, что качество услуги в процессе жизненного цикла остаются стабильными, процессы СМК функционируют в соответствии с принятыми планами и программами, отклонения находятся под управлением, а все возможности для улучшения анализируются и включаются в текущее планирование.

Управление рисками обеспечивает:

- потребителю услуг - услугу в соответствии с установленными требованиями;
- совершенствование процедуры принятия решений в случае выявления несоответствий и/или отклонений от установленных требований в процессе оказания услуги.

**6.1.1. При планировании рисков в СМК Учреждение учитывает факторы (см. 4.1), требования (см. 4.2) и определяет риски и возможности, подлежащие рассмотрению для:**

- а) обеспечения уверенности в том, что СМК может достичь своих намеченных результатов;
- б) увеличения их желаемого влияния;
- с) предотвращения или уменьшения их нежелательного влияния;
- д) достижения улучшения.

Порядок идентификации, анализа и оценки рисков, минимизации рисков и их причин для предупреждения их повторного возникновения подробно описан в Методических рекомендациях для Учреждения «Выполнение требований п.6.1 стандартов ISO 9001:2015 и IQNet SR 10:2015 «Действия в отношении рисков и возможностей».

#### **Подтверждающие документы:**

*Методические рекомендации «Управление рисками и возможностями»;*

- *протокол оценки существующих рисков;*
- *план мероприятий по снижению вероятности риска и минимизации возможных негативных последствий.*

### **6.1.2. Учреждение планирует:**

- а) действия по рассмотрению выявленных рисков и возможностей;
- б) то, каким образом:
  - 1) интегрирует и внедряет эти действия в процессы СМК (см. 4.4);
  - 2) оценивает результативность этих действий.

Результативное управление рисками гарантирует, что качество услуги в процессе жизненного цикла останется стабильным, процессы СМК функционируют в соответствии с принятыми планами программами, отклонения находятся под управлением, а все возможности для улучшения анализируются и включаются в текущее планирование.

В Учреждение разработан документ Методические рекомендации «Управление рисками и возможностями», в котором спланировано рассмотрение возможных рисков Учреждения, способных помешать предоставлению социальных услуг согласно требованиям стандарта предоставления социальных услуг.

## **5.2. Цели в области качества и планирование их достижения.**

**5.2.1.** Министерство социальной политики Свердловской области разработало, утвердило «Цели и целевые показатели в области качества и социальной ответственности» и распространило их на учреждения. В соответствии с Планом мероприятий по Приказу Министерства социальной политики Свердловской области от 13.12.2013 № 847 «О проведении независимой оценки качества работы учреждений социального обслуживания населения Свердловской области», целью областной СМК Министерства и подведомственных учреждений является обеспечение доступности, повышение эффективности и качества предоставления населению услуг в сфере социального обслуживания с учетом ожиданий и интересов всех заинтересованных сторон.

Руководство Министерства социальной политики Свердловской области в соответствии с мероприятиями по проведению независимой оценки качества работы учреждений социального обслуживания Свердловской области планирует следующие цели в области качества:

- повышение степени открытости и доступности информации об организации социального обслуживания;
- повышение комфортности условий предоставления социальных услуг и доступности их получения;
- \* снижение времени ожидания предоставления социальной услуги;
- повышение уровня доброжелательности, вежливости, компетентности сотрудников учреждений социального обслуживания;
- повышение удовлетворенности качеством оказания услуг.

Порядок проведения независимой оценки качества работы определен Приказом Министерства социальной политики Свердловской области от 13.12.2013 № 847 «О проведении независимой оценки качества работы учреждений социального обслуживания населения Свердловской области» в методических рекомендациях по проведению независимой оценки качества работы учреждений социального обслуживания Свердловской области (Приложение № 2 Приказа Министерства от 13.12.2013 № 847).

Целевые показатели определены Планом мероприятий («дорожная карта») по формированию независимой оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания, который является приложением к Приказу Министерства социальной политики Свердловской области от 19.08.2015 г. № 494.

Цели и целевые показатели в области качества и социальной ответственности обязательно отражаются в годовых планах работ Учреждения и его структурных подразделений. Доведение целей в области качества до сотрудников происходит через ПРК и СО, заместителей директора и заведующих структурных подразделений.

### **Подтверждающие документы:**

- *Цели и целевые показатели в области качества и социальной ответственности;*
- *отчеты о деятельности учреждения;*
- *оперативные планы работ структурных подразделений;*

**5.2.2.** Для осуществления оперативного контроля за реализацией Плана мероприятий («дорожная карта») «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения (2013-2018 годы)», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и достижения установленных контрольных показателей, Министерством социальной политики Свердловской области разработана система представления отчетности учреждениями социального обслуживания - Учреждение ежеквартально, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, представляют информацию о выполнении плана мероприятий «Дорожная карта» и достижения установленных контрольных показателей «дорожной карты» в отдел Министерства социальной политики Свердловской области, осуществляющий курирование данного направления деятельности.

№	Наименование ключевого показателя эффективности деятельности
1	Выполнение государственного задания на оказание социальных услуг (выполнение работ), выполнение показателей объема услуг, установленных условиями конкурсного отбора негосударственных организаций
2	Отсутствие обоснованных жалоб на качество оказания социальных услуг
3	Обеспечение информационной открытости организации
4	Соблюдение целевого соотношения средней заработной платы основного и вспомогательного персонала организации
5	Количество работников организации, прошедших повышение квалификации и (или) профессиональную переподготовку
6	Своевременность и качество предоставления бюджетной, бухгалтерской, финансовой, статистической отчетности, выполнения заданий, поручений (оперативных и внеплановых) Министерства социальной политики Свердловской области
7	Отсутствие просроченной дебиторской и кредиторской задолженности
8	Доведение среднемесячной заработной платы отдельных категорий работников до установленных соотношений среднемесячной заработной платы отдельных категорий работников до установленных соотношений среднемесячной заработной платы в Свердловской области в соответствии с Программой поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) организациях на 2012-2018 годы
9	Соблюдение предельной доли оплаты труда работников административноуправленческого персонала в фонде оплаты труда организации
10	Доля закупок, проведенных конкурентными способами, в общем объеме закупок товаров, работ, услуг

При планировании действий по достижению целей в области качества учреждение определяет:



- а) что должно быть сделано;
- б) какие потребуются ресурсы;
- с) кто будет нести ответственность;
- д) когда эти действия будут завершены;
- е) каким образом будут оцениваться результаты.

Процесс планирования, поддержания и улучшения СМК реализуется посредством составления плана развития СМК, который разрабатывается ежегодно. Ответственность за формирование плана несет ПРК. План формируется на основе протокола анализа СМК со стороны руководства, результатов внутренних аудитов, предложений структурных подразделений Учреждения, а также планов развития областной СМК Министерства • социальной политики Свердловской области и подведомственных учреждений социального обслуживания.

План утверждается директором Учреждения, оформляется в виде документа «План развития СМК». планирование осуществляется с учетом рисков. Контроль за выполнением плана осуществляет ПРК на основании отчетов исполнителей и документов, подтверждающих выполнение работ.

**Подтверждающие документы:**

- *план развития СМК на текущий год;*
- *Политика в области качества;*
- *Цели и целевые показатели в области качества и социальной ответственности.*

### **5.3. Планирование изменений.**

Там, где Учреждение определяет необходимость изменений в СМК, эти изменения осуществляются на плановой основе (см.4.4).

Учреждение рассматривает:

- а) цель вносимого изменения и возможные последствия его внесения;
- б) доступность ресурсов;
- с) распределение или перераспределение обязанностей, ответственности и полномочий.

Все возможные изменения в СМК предварительно проходят анализ руководством Учреждения с привлечением руководителей подразделений, которых это изменение касается, после чего изменения включаются в планы работ и внедряются.

**Подтверждающие документы:**

- *план развития СМК;*
- *протоколы совещаний;*
- *приказы по учреждению в связи с вводимыми изменениями;*
- *изменение действующих положений, инструкций и тд.*

### **6. Средства обеспечения.**

#### **6.1. Ресурсы.**

### 6.1.1. Общие положения.

Высшее руководство Учреждения определяет и обеспечивает необходимые ресурсы для качественного предоставления социальных услуг. •

К ресурсам относятся:

- квалифицированный персонал для управления, выполнения работ и проверки качества, в том числе обученный персонал для проведения внутренних аудитов;
- финансовые ресурсы;
- инфраструктура, включающая здания, коммуникации по подводу электроэнергии, тепла, воды и т.п.;
- оргтехника и программное обеспечение;
  - связь;
- производственная среда для безопасной и плодотворной работы сотрудников;
- автотранспорт учреждения.

Ответственными за эффективное использование имеющихся ресурсов и координацию работ подразделений Учреждения в этом направлении являются Директор и его заместитель по административно-хозяйственной части.

**Подтверждающие документы:**

- *план финансово-хозяйственной деятельности Учреждения.*
- *планы по закупочной деятельности.*

### 6.1.2. Человеческие ресурсы.

МСП СО устанавливает норматив штатной численности Учреждения. Оценка и отбор специалистов проводятся после собеседования со специалистом по кадрам, руководителями подразделений и/или директором Учреждения (заместителем). Министерство социальной политики Свердловской области вносит предложение о кандидатуре директора Учреждения на рассмотрение Правительства Свердловской области. Назначает и освобождает от должности директора Учреждения Правительство Свердловской области.

В Учреждении четко распределены обязанности специалистов, изложенные в должностных инструкциях, методиках и других документах, регламентирующих их обязанности, права и ответственность.

Сведения регулярно актуализируются и используются при назначении сотрудников на должность и определении его обязанностей.

**Подтверждающие документы:**

- *приказы по учреждению о назначении ответственных лиц за деятельность по направлениям;*
- *организационная структура учреждения;*
  - *должностные инструкции;*
- *штатное расписание;*
- *личные дела сотрудников;*
- *положения о структурных подразделениях.*

### 6.1.3. Инфраструктура.

В Учреждении определена и поддерживается в рабочем состоянии инфраструктура, к которой относятся:

- здания и сооружения;
- транспорт;
- оборудование и средства измерения;
- мебель;
- средства связи (компьютерные сети, телекоммуникации, линии связи и т.д.)
- компьютерная техника и программное обеспечение.

Подробная информация об инфраструктуре представлена в информационной карте (паспорте) Учреждения.

Общее руководство по управлению инфраструктурой осуществляет заместитель директора по административно-хозяйственной части.

#### *Здания и сооружения*

Учреждение и его структурные подразделения размещены в специально предназначенных зданиях, доступных для всех категорий обслуживаемых граждан. Помещения обеспечены всеми средствами коммунально-бытового обслуживания и оснащены телефонной связью.

Здания и помещения, обеспеченность техническим оборудованием и инвентарем, отвечают требованиям санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, правилам пожарной безопасности, антитеррористической безопасности, охраны труда и защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых социальных услуг (повышенные температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, загазованность, шум, вибрация и т.д.), в соответствии с требованиями законов, нормативов и правил.

#### *Транспорт*

Ответственность за подготовку к работе и эксплуатацию транспортных средств несут механик, водитель и заведующий административно-хозяйственным отделением

#### *Оборудование и средства измерения*

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

В Учреждении предусмотрено, что:

- оборудование, приборы и аппаратура используются строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию, содержатся в технически исправном состоянии, которое систематически проверяется и поверяется на основании графика поверки;

- 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 и поверкой;

- все используемое в Учреждении оборудование имеет соответствующие сертификаты.

Организацию технического обслуживания оборудования, аппаратуры, средств измерений и приборов осуществляет заместитель директора по административнохозяйственной части Сагитов Ф.М. проведение технического обслуживания

осуществляют организации, имеющие соответствующий документ, дающий право на осуществление данного вида деятельности.

#### *Средства связи*

В учреждении используются следующие средства внутренней и внешней связи: телефон, факс, электронная почта, защищенный канал связи VipNet, информационная система «Социальное обслуживание населения» (ИС СОН) и другие информационные системы.

Ответственность за организацию работ по эксплуатации средств связи, оргтехники возлагается на заместителя директора

#### *Компьютерная техника и программное обеспечение*

Учреждение оснащено компьютерной и оргтехникой в достаточном количестве. Имеющаяся техника обеспечивает выполнение всех видов деятельности, необходимых Учреждению для его работы. Ответственность за поддержание в надлежащем состоянии компьютерной и оргтехники и программного обеспечения возлагается на оператора ЭВМ

Состав инфраструктуры и потребность в ней периодически пересматривается и вносятся изменения по мере изменения внешней и внутренней среды учреждения.

#### **Подтверждающие документы:**

- оборотная ведомость основных средств;
- соглашения/договоры об аренде зданий и помещений;
- карточки учета основных средств;
- журналы, карты и т.д., свидетельствующие о поддержании инфраструктуры в рабочем состоянии (Журналы осмотра зданий, регистрации тех. обслуживания и ремонта оборудования, охранно-пожарной сигнализации и т.д.); ■
- паспорта доступности объектов;
- план мероприятий по сбережению энергоресурсов;
- план мероприятий по подготовке к отопительному сезону;
- план ремонтных работ;
- результаты специальной оценки условий труда
- план финансово-хозяйственной деятельности;
- план закупок;
- план модернизации рабочих мест и другое.

#### **6.1.4. Среда для функционирования процессов.**

Среда для функционирования процессов в Учреждении определяется рядом человеческих и производственных факторов, воздействующих на здоровье получателей услуг и работников, и включает в себя:

■ оснащение рабочих мест необходимым оборудованием и их проверка на соответствие требованиям охраны труда, пожарной безопасности, санитарногигиеническим требованиям;

■ проведение вводного и повторного инструктажа на рабочем месте, периодическая и внеочередная проверка знаний персонала требований охраны труда, противопожарной и электробезопасности, антитеррористической безопасности;

■ проведение периодических профилактических медицинских осмотров работников;

■ создание и поддержание здорового морально-психологического климата, соблюдение кодекса этики и служебного поведения работников органов управления социальной защиты населения и учреждений социального обслуживания, организация

мероприятий, направленных на профилактику профессионального «выгорания» работников;

- наличие коллективного договора и разработанной системы оплаты труда;
- наличие правил внутреннего трудового распорядка;
- рациональная организация рабочих мест.

Требования по охране труда изложены во внешней нормативной и законодательной документации, а также во внутренних локальных документах.

Ответственность возложена на специалиста по охране труда

В Учреждении периодически проводится аттестация рабочих мест/специальная оценка условий труда. Ответственность за организацию и проведение специальной оценки условий труда рабочих мест возложена на директора Учреждения.

#### **Подтверждающие документы:**

- *коллективный договор, положение о стимулирующих выплатах;*
- *лист ознакомления с кодексом этики и служебного поведения;*
- *правила внутреннего трудового распорядка;*
- *план работы специалиста по охране труда, заключительные акты периодических медицинских осмотров, номенклатура средств защиты;*
- *план мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний;*
- *программа производственного контроля (контроль факторов производственной среды), результаты производственного контроля (акты, заключения);*
- *результаты специальной оценки условий труда (аттестация рабочих мест).*

### **6.1.5. Ресурсы для мониторинга и измерения.**

#### **6.1.5.1. Общие требования.**

В Учреждении используются средства мониторинга и измерения. Средства измерения, используемые для предоставления ряда социальных услуг (например: тонометры и термометры при оказании социально-медицинских услуг, весовое оборудование, термометры при оказании услуги питания, в том числе хранения продуктов и другое). Для всех применяемых средств измерения обеспечена требуемая точность и надежность, в соответствии с их назначением.

Учреждение обеспечивает:

- а) пригодность СИ для конкретного типа предпринимаемых действий по мониторингу и измерению;
- б) поддержание их хранения и пригодности для предусмотренных целей.

Разработан перечень всех используемых средств измерений, вспомогательного оборудования. Составлен график поверки и калибровки СИ. Каждое СИ сопровождается учетной карточкой, содержащей информацию о текущем статусе поверки/калибровки и ответственном лице за данное СИ.

Учреждение регистрирует и сохраняет данные о выполненных мероприятиях по поддержанию пригодности и работоспособности ресурсов. Документированная информация о результатах поверки/калибровки поддерживается в рабочем состоянии, регистрируется и сохраняется.

Все СИ защищены от регулировок для предотвращения получения недействительных результатов. Условия эксплуатации и хранения средств измерения и

вспомогательного оборудования обеспечивают их сохранность и защиту от повреждения и ухудшения состояния в ходе обращения и хранения.

Поверка и калибровка используемых в Учреждении СИ осуществляется сторонними организациями, которые имеют право на осуществление данной деятельности.

Ответственность за управление оборудованием в Учреждении несет заместитель директора

**Подтверждающие документы:**

- *измерений, подлежащих поверке;*
- *график поверки приборов;*
- *договор на метрологическое обеспечение;*
- *свидетельства о поверке (акт поверки, пломба и другое);*
- *эксплуатационные документы.*

**6.1.5.2. Прослеживаемость измерения.**

Для гарантии правильной эксплуатации средств измерения и получения точных результатов Учреждение:

■ устанавливает способ идентификации (маркировки) поверенных и откалиброванных приборов (по возможности маркировка может наноситься прямо на корпус для удобства различия поверенного и неповеренного оборудования);

\* устанавливает способы защиты приборов от нежелательных регулировок, правила хранения и эксплуатации (содержится в инструкции по эксплуатации);

■ проводит обучение (подготовку) персонала по правилам обращения с приборами;

■ определяет порядок действий в случае обнаружения измерений, выполненных непригодными приборами.

Учреждение определяет правомочность предыдущих результатов измерения в тех случаях, когда было обнаружено, что измерительное оборудование непригодно для применения по его прямому назначению и при необходимости предпринять соответствующее действие.

Документированная информация о результатах поверки (калибровки) поддерживается в рабочем состоянии, регистрируется и сохраняется.

Ответственность за управление оборудованием в Учреждении несет заместитель директора

**Подтверждающие документы:**

- \* *приказ о назначении ответственного лица за поверку приборов;*
- *эксплуатационные документы, подтверждающие исправность средств индикации.*

**6.1.6. Знания учреждения.**

Знания учреждения - это знания, специфичные для учреждения, полученные в основном из опыта. Знания - это информация, которая используется и которой обмениваются для достижения целей учреждения.

Основой знаний учреждения являются:

а) внутренние источники (например, интеллектуальная собственность; знания, полученные из опыта; выводы, извлеченные из удачного или неудачного опыта; сбор и

обмен недокументированными знаниями и опытом; результаты улучшений процессов, и услуг, документы, инструкции, методики, стандарты по оказанию услуг);

Б) внешние источники (например, стандарты, научное сообщество, конференции, семинары, знания, полученные от потребителей и внешних поставщиков).

Необходимые знания делятся на следующие виды:

- общеобразовательная информация - необходима для понимания и освоения навыков и методов выполнения работы;

- профессиональная информация - необходима для выполнения работы на конкретных местах;

- организационная информация - необходима для взаимодействия сотрудников учреждения между собой и внешними контрагентами;

- отраслевая информация - необходима для принятия управленческих решений.

Учреждение регулярно проводит следующие мероприятия:

- выявляются потребности сотрудников в знаниях. Для этого применяются методы опроса, аттестации;

- выявляет пробелы в имеющихся знаниях учреждения;

- выявляет доступность знаний для сотрудников учреждения (опрос, анкетирование);

- обеспечивает сохранность, актуализацию и защиту знаний. Сохранность и защита знаний обеспечивается за счет применения различных технических средств: резервного копирования данных, создания архива документации и пр. Выбор методов актуализации знаний зависит от источника информации. Сохранение знаний Учреждения осуществляется для непрерывной стабильной деятельности учреждения, независимо от возможных изменений в кадровом составе.

Актуализация знаний проводится при проведении пересмотра документации, проверки компетентности персонала, оценки достижения целей учреждения и пр.

#### **Подтверждающие документы:**

- *график обучения сотрудников;*

- *приказы о стажировках;*

- *должностные инструкции;*

- *материалы с семинаров, конференций, методических секций и т.д*

- *план технических учеб, журналы проведения технических учеб;*

- *документы по аттестации сотрудников учреждения.*

## **6.2. Компетентность.**

В Учреждении определен и обеспечивается необходимый уровень компетентности персонала, выполняющего работу, влияющую на качество предоставления услуг в сфере социального обслуживания. Установлены критерии и требования к образованию, навыкам и опыту, которые изложены в профессиональных стандартах, тарифно-квалификационных требованиях, должностных инструкциях.

Учреждение стремится к полной укомплектованности необходимыми специалистами в соответствии со штатным расписанием (норматив штатной численности Учреждения устанавливает МСП СО) и профессиональными стандартами. Для этого в Учреждении ведется подбор специалистов с соответствующим образованием, квалификацией, профессиональной подготовкой, обладающих знаниями и опытом, необходимыми для

выполнения возложенных на них обязанностей.

Уровень квалификации персонала подтверждается соответствующими документами (дипломами, аттестатами, удостоверениями, сертификатами, свидетельствами и др.), копии которых хранятся в личных делах сотрудников.

Все сотрудники Учреждения обладают высокими моральными и морально-этическими качествами, чувством ответственности и необходимости руководствоваться в своей работе с получателями социальных услуг принципами гуманности, справедливости, объективности и доброжелательности, учитывая их физическое и психическое состояние.

Подготовка сотрудников осуществляется:

- посредством участия в конференциях, семинарах, круглых столах, методических днях и т.д.;
- дистанционного обучения (участие в вебинарах и видеоконференциях);
- стажировки на рабочем месте;
- с отрывом от рабочего места во внешних организация (учебных заведениях, центрах подготовки, курсах повышения квалификации и т.д.);
- проведением технических учеб (в том числе в МСП);
- посредством наставничества, самообучения и т.д.

Внешние организации, в которых проводится подготовка сотрудников, имеют лицензию на право обучения в данной области.

Организацию профессионального обучения, профессионального образования и дополнительного профессионального образования сотрудников осуществляет МСП СО.

Обязательное периодическое повышение квалификации осуществляется на основе плана-графика. По окончании повышения квалификации каждый сотрудник Учреждения предоставляет удостоверение об окончании обучения (свидетельство, сертификат и т.п.).

**Подтверждающие документы:**

- *Должностные инструкции, профессиональные стандарты;*
- *Отчеты по аттестации;*
- *Диплом об образовании (профессиональной переподготовке), сертификаты о повышении квалификации;*
- *план-график повышения квалификации сотрудников;*
- *план-график аттестации сотрудников, проверки знаний.*

### **6.3. Осведомленность.**

Лица, осуществляющие работу под контролем Учреждения, осведомлены о Политике в области качества, Целях и целевых показателях в области качества и социальной ответственности, о кодексе поведения и целях учреждения, а также об их вкладе в результативность системы менеджмента и последствиях несоблюдения требований.

**Подтверждающие документы:**

- *лист ознакомления с кодексом этики и служебного поведения.;*
- <sup>m</sup> *листы ознакомления с документами СМК, нормативными документами;*

## **1А. Обмен информацией.**



В Учреждении определен порядок внутреннего и внешнего обмена информацией, включая:

- а) какая информация будет передаваться;
- б) когда будет передаваться информация;
- с) кому будет передаваться информация;
- д) каким образом она будет передаваться;
- е) кто будет передавать информацию.

Для каждого сотрудника определен круг вопросов и задач, по которым он может взаимодействовать внутри Учреждения и с внешними сторонами, установлены условия при которых осуществляются эти взаимодействия, способы взаимодействия и ответственные лица, с которыми должен взаимодействовать сотрудник по вверенному ему кругу вопросов и задач.

Соответствующая документирована информация, касающаяся обмена информацией, поддерживается в рабочем состоянии, регистрируется и сохраняется.

Обмен информацией регламентирован в должностных инструкциях, положениях о подразделениях, приказах директора и другой документации Учреждения.

Внутренний обмен информацией осуществляется путем:

- рассылки документов по отделениям Учреждения;
- посредством приказов и распоряжений директора;
- проведения совещаний по качеству и доведения решений, принятых на них, до всех сотрудников;
- обучения сотрудников;
- проведения инструктажа при приеме новых сотрудников.

Ответственность за организацию обмена информацией возлагается на заместителей директора по закрепленным за ними направлениям деятельности

В Учреждении используются наглядные средства доведения информации - информационные стенды, демо-системы, официальный сайт Учреждения и т.д. Оперативным средством связи между подразделениями, учреждениями и Министерством служит телефон, факс, электронная почта и защищенный канал связи VipNet, информационная система «Социальное обслуживание населения» (ИС СОН) и другие.

#### **Подтверждающие документы:**

- *положения о структурных подразделениях;*
- *должностные инструкции;*
- *протоколы совещаний;*
- *информация по средствам электронной и телефонной связи;*
- *приказы/распоряжения директора;*
- *протоколы конференций/круглых столов, тематических совещаний и технической учебы.*

## **7.5. Документированная информация.**

### **7.5.1. Общие положения.**

СМК учреждения включает:

- а) документированную информацию, требуемую стандартом ISO 9001:2015;

Б) документированную информацию, определенную законами, иными нормативными актами и Учреждением как необходимую для обеспечения результативности его СМК.

Все документы Учреждения управляются Методическими рекомендациями «Управление документированной информацией по СМК и СМ СО» Учреждения, актуальны, учтены в перечнях и журналах, номенклатуре дел, а сотрудники своевременно ознакомлены с требованиями документов, необходимых для выполнения поставленных перед ним задач.

**Подтверждающие документы:**

- инструкция по делопроизводству.
- Методические рекомендации «Управление документированной информацией»

**7.5.2. Создание и актуализация.**

При создании и актуализации документированной информации, Учреждение обеспечивает надлежащую идентификацию всей документации в части формата, а также ее пересмотр для подтверждения адекватности.

В Учреждении установлен круг лиц, ответственных за принятие решений о создании и актуализации документированной информации. Каждый из них отвечает за документирование в рамках своей сферы ответственности. Определен порядок согласования, экспертизы и утверждения документированной информации до начала ее применения, в зависимости от вида документации. Разработаны правила идентификации каждого вида документированной информации (реквизиты, дата, название документа, внесение в журнал учета документов).

**Подтверждающие документы:**

- должностные инструкции,
- приказы и распоряжения директора,
- номенклатура дел
- инструкция по делопроизводству,
- Методические рекомендации «Управление документированной информацией»

**7.5.3. Управление документированной информацией.**

**7.5.3.1. Документированная информация.**

Информация СМК может храниться как на бумажных, так и на электронных носителях. Проверка актуальности документов Учреждения проводится в текущем и плановом режиме.

Предложения по внесению изменений в документы СМК могут подавать исполнители, внутренние аудиторы, руководители структурных подразделений и другие заинтересованные лица. Предложения подаются руководителю Учреждения или ПРК. Решение о внесении изменений или переиздании документа принимает и утверждает руководитель учреждения на основании анализа актуальности содержания документа, согласовывает с руководителями заинтересованных подразделений.

Хранение оригиналов документов, контрольных экземпляров нормативных документов обеспечивает руководитель подразделения

Обработка, хранение, использование и уничтожение документов, содержащих персональные данные сотрудников и получателей социальных услуг, осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

**Подтверждающие документы:**

- инструкция по делопроизводству.
- «Управление документированной информацией»

7.5.3.2, В Учреждении действует/действуют Методические рекомендации «Управление документированной информацией по СМК и СМ СО, в которой установлены методы и необходимые средства управления для разработки новых документов, внедрения их в работу Учреждения, идентификации, актуализации, внесения изменений, защиты от несанкционированных изменений, архивирования и уничтожения.

С целью сохранения документов:

- часть документов дублируется на электронный носитель и в бумажном виде;
- документы сохраняются на сервере учреждения;
- документы открыты для ответственного лица, остальные имеют доступ только для их чтения.

Управление документацией СМК в Учреждении осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями «Управление документированной информацией» которая предусматривает:

- определение состава документированной информации;
- утверждение документов на адекватность до их выпуска;
- анализ и актуализацию по мере необходимости и повторное утверждение документов;
- обеспечение идентификации изменений и текущего статуса пересмотра документов;
- обеспечение наличия (доступности) соответствующих версий используемых документов в местах их применения;
- обеспечение сохранения документов четкими и легко идентифицируемыми;
- обеспечение идентификации документов внешнего происхождения, определенных организацией как необходимые для планирования и функционирования СМК и управления их рассылкой;
- предотвращение непреднамеренного использования устаревших документов и применение соответствующей идентификации таких документов, оставленных для каких-либо целей;
- сроки хранения и уничтожения документов;

Ответственность за управление документацией в Учреждении возлагается на ответственного заместителя директора, специалиста отдела кадров, главного бухгалтера

**Подтверждающие документы :**

- Инструкция по делопроизводству,
- Приказы и распоряжения директора,
- «Управление документированной информацией»

**7. Деятельность на стадиях предоставления социальных услуг.**

### **7.1. Планирование и управление деятельностью на стадиях предоставления услуг.**

Учреждение планирует, внедряет процессы (п. 4.4), необходимые для выполнения требований к предоставлению услуг и для выполнения действий, определенных в разделе 6, и осуществляет управление этими процессами посредством:

- а) определения требований к услугам;
- б) установления критериев для:
  - 1) процессов;
  - 2) оказания услуг;
- с) определения ресурсов, необходимых для достижения соответствия требованиям к услугам;
- д) управления процессами в соответствии с установленными критериями;
- е) определения, разработки, актуализации и применения, а также регистрирования и сохранения документированной информации в объеме, необходимом для:
  - 1) обеспечения уверенности в том, что процессы выполнялись так, как это было запланировано;
  - 2) для демонстрации соответствия услуг требованиям.

Учреждение управляет запланированными изменениями и анализирует последствия непредусмотренных изменений, предпринимая, при необходимости, меры по смягчению любых негативных воздействий.

Учреждение обеспечивает, чтобы процессы, переданные внешним организациям, находились под управлением (8.4).

Министерство социальной политики Свердловской области ежегодно составляет для Учреждения государственное задание на предоставление государственных услуг, которое охватывает деятельность Учреждения по всем основным процессам, входящим в область сертификации. На основе полученного от Министерства государственного задания Учреждение формирует *годовой план работы или иной применяемый документ*. Ответственным за составление ежегодных планов деятельности Учреждения является заместитель директора. На основании ежегодного плана работы Учреждения формируются планы структурных подразделений.

Ответственными за составление планов деятельности в подразделениях Учреждения являются заместитель директора, заведующие структурных подразделений,

#### **Подтверждающие документы:**

- *Приказ об утверждении государственного задания;*
- *Государственное задание на текущий год;*
- *План работы учреждения на текущий год;*
- *План работы отделения;*
- *План финансово-хозяйственной деятельности;*
- *План мероприятий «дорожная карта»;*
- *Методические рекомендации «Управление документированной информацией»*
- *Приказы о назначении ответственных лиц в учреждении.*

### **7.2. Требования к предоставляемым услугам.**

### **7.2.1. Связь с получателями социальных услуг.**

Связь с получателями социальных услуг включает:

- а) обеспечение получателей и потенциальных получателей информацией об услугах;
- б) обработку заявлений, обращений, договоров, включая их изменения;
- в) получение отзывов об услугах от получателей, включая претензии получателей;
- г) обращение или управление собственностью получателей;
- д) установление специальных требований к действиям, предпринимаемым в непредвиденных обстоятельствах, там, где это уместно.

Требования к социальным услугам в сфере социального обслуживания населения включают:

- требования законодательства;
- требования, установленные получателями социальных услуг при непосредственном обращении;
- требования, не определенные получателями социальных услуг, но необходимые для конкретного или предполагаемого использования;
- требования нормативно-правовых актов, применимых к услуге.

В Учреждении разработан механизм определения требований получателей социальных услуг, позволяющий адекватно установить и документально зафиксировать требования получателей социальных услуг для последующего гарантированного качественного предоставления социального обслуживания в полном объеме в согласованные сроки. Требования определяются в результате личного приема граждан в Учреждении, при проведении анкетирования получателей социальных услуг и других взаимодействиях с ними. Порядок предоставления социальных услуг определен в Постановлении Правительства Свердловской области от 18.12.2014 г. № 1149-ПП «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщикам социальных услуг в Свердловской области и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Свердловской области»;

В Учреждении определены и осуществлены результативные меры по поддержанию связи с потребителями, касающиеся:

- информации об оказываемых услугах. Такая информация может носить информационный и рекламный характер, представлять собой описание предоставляемых услуг, информирование о работе Учреждения и условиях обслуживания, реквизиты Учреждения, ответы на запросы получателей услуг и других заинтересованных сторон и т.д. Организованы каналы связи с потребителями (телефонная связь, электронная почта, средства массовой информации, личные обращения);
- обратной связи от потребителей, включая благодарственные письма и жалобы потребителей.

Учреждение поддерживает связь с потребителями через:

- официальный сайт Учреждения;
- сайт МСП СО;
- информирование населения о предоставляемых видах услуг;
- участие в выставках, конференциях;
- выпуск буклетов, листовок и другой печатной продукции рекламного содержания;
- взаимодействие в процессе заключения и выполнения договоров;

- анкетирование получателей социальных услуг;
- личные контакты, выезд сотрудников, электронная почта;
- дни открытых дверей и др.

В Учреждении назначено ответственное лицо за взаимодействие с потребителями, установлен круг вопросов, периодичность и порядок взаимодействия.

**Подтверждающие документы:**

- *информаг/ия на информационных стендах Учреждения;*
- *официальный сайт Учреждения;*
- *буклеты, листовки и другая печатная продукция;*
- *план проведения мероприятий;*
- *книга отзывов, жачоб и предложений.*

### **7.2.2. Определение требований к предоставлению социальных услуг.**

При определении требований к услугам, которые будут предлагаться потребителям, Учреждение убеждается, что:

а) требования к услугам определены адекватно нуждаемости получателя социальной услуги, включая:

- 1) применимые законодательные и нормативные правовые требования;
- 2) требования, рассматриваемые учреждением как необходимые;

б) может выполнять требования к продукции и услугам, которые она предлагает.

Требования к предоставлению социальных услуг определены в стандартах социальных услуг. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг (ИППСУ) является документом, в котором указаны форма социального обслуживания, виды, объем, периодичность, условия, сроки предоставления социальных услуг, перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг, а также мероприятия по социальному сопровождению.

**Подтверждающие документы:**

- *заявление получателя социальных услуг;*
- *договор на оказание услуг;*
- *индивидуальная программа получателя социальных услуг.*

### **7.2.3. Анализ требований к предоставляемым социальным услугам.**

**7.2.3.1.** Учреждение убеждается, что обладает способностью выполнять требования к услугам, которые оно предлагает получателям социальных услуг. Учреждение проводит анализ, прежде чем принять обязательство предоставить услуги потребителям, чтобы учесть:

а) требования, установленные потребителем, в том числе требования после оказания социальных услуг;

б) требования, не заявленные потребителем, но необходимые для конкретного или предполагаемого использования, когда оно известно;

с) требования, установленные Учреждением;

- d) законодательные и нормативные правовые требования, применимые к услугам;
- e) требования контракта или заказа, отличающиеся от ранее сформулированных.

Учреждение обеспечивает, чтобы были приняты решения по требованиям контракта или заказа, отличающимся от ранее установленных.

Учреждение проводит анализ требований, относящихся к оказываемым услугам, устанавливает приемлемый вид взаимодействия с получателями социальных услуг, позволяющий получить от получателя информацию о его требованиях и пожеланиях.

Этот анализ обеспечивает, что:

- нуждаемость получателя и требования к услуге были определены в ИППСУ и стандартах предоставления социальных услуг Свердловской области;
- требования договора в отношении услуг определены с учетом ИППСУ;
- Учреждение способно выполнять установленные требования.

Форма индивидуальной программы предоставления социальных услуг, примерная форма договора о предоставлении социальных услуг, форма акта о предоставлении социальных услуг утверждается Приказом Министерства социальной политики Свердловской области от 31.12.2014 № 783 «Об утверждении формы договора о предоставлении социальных услуг и формы акта о предоставлении социальных услуг».

Результаты анализа и действий, вытекающих из анализа, поддерживаются как документированная информация.

**Подтверждающие документы:**

- *договор на оказание социальной услуги;*
- *индивидуальная программа предоставления соц. услуг;*
- *приказ о признании гражданина нуждающимся в соц/альном обслуживании;*
- *акт обследования условий проживания гражданина.*

**7.2.3.2.** По результатам анализа требований получателя к предоставляемым социальным услугам, сохраняется документированная информация.

**7.2.4. Изменение требований к социальным услугам.**

В соответствии с федеральным законом от 28 декабря 2013г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» индивидуальная программа пересматривается в зависимости от изменения потребности гражданина в социальных услугах, но не реже чем раз в три года. Пересмотр индивидуальной программы осуществляется с учетом результатов реализованной индивидуальной программы при предоставлении социальных услуг.

При изменении требований к услугам Учреждение обеспечивает внесение изменений в соответствующие документы. Руководители подразделений на совещаниях доводят до сотрудников информацию об изменениях. Для информационной открытости перед всеми заинтересованными сторонами Учреждение размещает информацию на своем сайте в соответствии со ст. 13 ч.2 Федерального закона 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

Если требования к услугам изменены. Учреждение обеспечивает, чтобы в соответствующую документированную информацию были внесены поправки, а соответствующий персонал был поставлен в известность об изменившихся требованиях.

**Подтверждающие документы:**

- *изменения в личном деле получателя социальных услуг;*
- *изменения в договоре о предоставлении социальных услуг;*
- *иные документы сформированные в процессе заключения договора и оказания услуги (в случае изменения требований потребителя);*
- *корректировка индивидуальной программы получателя социальных услуг (ИППСУ);*
- *анкеты удовлетворенности получателя социальных услуг.*

**8.3. Проектирование и разработка услуг.****8.3.1. Общие положения.**

Деятельность Учреждения осуществляется по государственным заданиям, получаемым от Министерства социальной политики Свердловской области. Все виды работ по оказанию социальных услуг определены Федеральными Законами, постановлениями правительства Свердловской области, стандартами и другими нормативными документами.

Разработку индивидуальной программы получателя социальных услуг (ИППСУ) осуществляет Управление, с привлечением сотрудников подведомственных учреждений, при необходимости.

Ответственные исполнители Учреждения проводят верификацию программы на предмет возможности ее исполнения в полном объеме требований стандартов оказания услуг и готовят соответствующие предложения в Управление и Министерство, при необходимости.

**Подтверждающие документы:**

- *стандарты предоставления социальных услуг;*
- *регламентирующие документы Министерства социальной политики свердловской области (постановления, приказы, распоряжения и др.).*

**8.3.2. Планирование проектирования и разработки.**

При верификации ИППСУ Управление опирается, в том числе, на фактическую загрузку Учреждения.

**8.3.3. Входные данные для проектирования и разработки.**

При верификации ИППСУ Учреждение использует законодательные и нормативные требования, требования, результаты рассмотрения поступивших жалоб и предложений от получателей социальных услуг.

Учреждение регистрирует и сохраняет документированную информацию по входным данным проектирования и разработки.

Учреждение выполняет следующие действия:

- систематизирует требования получателей социальных услуг и других заинтересованных сторон;
- проверяет требования на полноту, адекватность и отсутствие противоречий;



■ преобразует требования получателей в предложения по внесению изменений в стандарт оказания социальных услуг. Для каждого требования определены параметры и показатели, которые возможно контролировать в процессе оказания услуги.

**Подтверждающие документы: :**

- \* План государственного задания
- индивидуальные программы получателя социальных услуг;
- договор оказания социальных услуг;
- \* заявление получателя социальных услуг;
- книга жалоб и предложений

#### **8.3.4. Средства управления проектированием и разработкой.**

Средством управления является документированная информация, как правило, сама ИППСУ с соответствующими отметками.

#### **8.3.5. Выходные данные проектирования и разработки.**

Выходными данными является верифицированная ИППСУ.

#### **8.3.6. Изменения проектирования и разработки.**

Изменения, вносимые в ИППСУ, анализируются, верифицируются и подтверждаются, а также согласовываются и утверждаются до их внесения.

Учреждение рассматривает, как часть процесса проектирования и разработки взаимосвязи с другими процессами или заинтересованными сторонами (например, потребителями или внешними поставщиками) и учитывает их при идентификации изменений проектирования и разработки.

При изменении во время или после проектирования и разработки документированная информация, касающаяся этих изменений регистрируется, поддерживается в рабочем состоянии и сохраняется.

### **8.4. Управление процессами, продукцией и услугами, поставляемыми внешними поставщиками.**

#### **8.4.1. Общие положения.**

Учреждение обеспечивает соответствие процессов, продукции и услуг, поставляемых внешними поставщиками, установленным требованиям.

Учреждение определяет средства управления, применимые для процессов, продукции и услуг, поставляемых внешними поставщиками, в тех случаях, когда:

- а) продукция и услуги от внешних поставщиков предназначены для включения их в состав услуг, предлагаемых самим Учреждением;
- б) продукция и услуги поставляются внешними поставщиками напрямую получателям социальных услуг от имени Учреждения;

с) процесс или его часть выполняется внешним поставщиком в результате принятия решения Учреждения.

Учреждение определяет и применяет критерии оценки, выбора, мониторинга результатов деятельности, а также повторной оценки внешних поставщиков, исходя из их способности выполнять процессы или поставлять продукцию и услуги в соответствии с установленными требованиями. Учреждение регистрирует и сохраняет документированную информацию об этих действиях и о любых необходимых действиях, вытекающих из оценок.

Ответственность за осуществление деятельности по закупкам, материальнотехническое снабжение Учреждения возложена на заместителя директора

Подразделения ежегодно формируют заявки, служебные записки и на материальнотехническое обеспечение. После получения заявок от подразделений формируется сводный перечень материалов, и после финансирования формируется план-график на один год, после чего размещаются заказы на поставку товаров, выполнение работ, предоставление услуг.

Учреждение оценивает и выбирает поставщиков на основе их способности поставлять продукцию в соответствии с требованиями Учреждения. Существуют критерии отбора и оценки поставщиков, которые прописаны в Федеральном законе № 44 - ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» и 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц».

При поиске потенциальных поставщиков Учреждение использует следующие методы:

- объявление конкурса (тендера): проводится, если предусматривается закупить сырье, материалы, комплектующие на сумму более 100 тыс.руб.;
- изучение рекламных материалов: фирменных каталогов, объявлений в средствах массовой информации и т.п.;
- посещение выставок и ярмарок;
- переписка и личные контакты с возможными поставщиками.

Для осуществления срочных закупок по неотложным обстоятельствам применяются нормы Положения о закупках.

Ответственность за деятельность по закупкам несет заместитель директора

Ответственность за размещение информации на официальном сайте госзакупок, ведение согласования договоров и подготовка отчетов по закупкам осуществляется юрисконсультom,

Результаты оценивания поставщиков и всех необходимых действий, поддерживаются в рабочем состоянии как документированная информация.

#### **Подтверждающие документы:**

- *положение о закупках товаров, работ и услуг для собственных нужд учреждения;*
- *план закупок товаров и услуг;*
- *протоколы совещаний комиссий по закупкам;*
- *договора, спецификации, свидетельства оценки поставщиков;*
- *отчеты по закупочной деятельности;*
- *критерии оценки поставщиков;*
- *результаты выбора поставщиков;*
- *результаты мониторинга и контроля работ поставщиков.*

#### **8.4.2. Тип и степень управления.**

Контроль закупленной продукции в Учреждении проводится путем проверки наличия сопроводительных документов, подтверждающих качество (паспорт, сертификат соответствия), проверки комплектности полученной продукции, сличения данных по товарной накладной с сертификатами качества и маркировкой на продукции, проверки целостности упаковки. Указанная деятельность осуществляется исполнителем по договору и службой бухгалтерского учета и финансовой отчетности учреждения.

Учреждение обеспечивает, чтобы процессы, продукция и услуги, поставляемые внешними поставщиками, не оказывали негативного влияния на способность Учреждения постоянно поставлять своим потребителям соответствующую услуги.

Учреждение учитывает возможное влияние процессов, продукции и услуг, поставляемых внешними поставщиками, на способность Учреждения постоянно обеспечивать соответствие требованиям потребителей и применимым законодательным и нормативным правовым требованиям;

- определяет верификацию или другие действия, необходимые для обеспечения соответствия процессов, продукции и услуг, поставляемых внешними поставщиками, требованиям.

Ответственность за деятельность по закупкам несет заместитель директора

##### **Подтверждающие документы:**

- *договоры/контракты на закупку ТМЦ или оказание услуг/выполнение работ;*
- *дополнительные соглашения к договорам;*
- *коммерческие предложения*
- *письма или иные документы по обмену информацией.*

#### **8.4.3. Информация, предоставляемая внешним поставщикам.**

Вся закупочная деятельность осуществляется в соответствии с применяемым в Учреждении Федеральным законодательством о закупках и положением о закупках

Ответственность за деятельность по закупкам несет заместитель директора

##### **Подтверждающие документы:**

- *договора/контракты;*
- *дополнительные соглашения к договорам;*
- *положение о закупках.*

#### **8.5. Предоставление социальных услуг.**

##### **8.5.1. Управление предоставлением социальных услуг.**

Учреждение осуществляет предоставление услуг в управляемых условиях.

Управляемые условия включают в себя, насколько это применимо:

- а) доступность документированной информации, определяющей:
  - 1) характеристики предоставляемых услуг (стандарт);
  - 2) результаты, которые должны быть достигнуты (ИППСУ);

b) доступность и применение ресурсов, подходящих для осуществления мониторинга и измерений;

c) осуществление деятельности по мониторингу и измерению на соответствующих этапах в целях верификации соответствия процессов или их выходов критериям управления, а также соответствия услуг требованиям, указанным в стандартах;

d) применение соответствующей инфраструктуры и среды для функционирования процессов;

e) назначение компетентного персонала, включая любую требуемую квалификацию;

f) валидацию способности процессов предоставления услуг достигать запланированных результатов в тех случаях, когда конечный выход не может быть верифицирован последующим мониторингом или измерением;

g) выполнение действий с целью предотвращения ошибок, связанных с человеческим фактором;

h) осуществление выпуска социальных услуг.

Руководство Учреждения планирует и осуществляет выполнение процессов предоставления социальных услуг в управляемых условиях, которые направлены на соответствие законодательным и нормативным требованиям в сфере социальных услуг, поддержание требуемого уровня качества оказываемых услуг, предупреждение появления несоответствий.

Управляемые условия процесса обеспечиваются:

- наличием индивидуальной программы получателя социальных услуг и необходимых для реализации, мониторинга и измерений основных процессов материалов, оборудования и иных ресурсов;

- наличием стандартов по социальному обслуживанию населения, организационно-методических документов, планов, инструкций;

- соответствием результатов выполняемых процессов внешним законодательным требованиям в сфере социального обслуживания и требованиям документации системы менеджмента качества;

- проведением мониторинга и измерений процессов СМК и их результатов;

- предоставлением услуг в сфере социального обслуживания

**Подтверждающие документы: :**

- *официальный сайт Учреждения и Министерства;*

- *информационные стенды;*

- *стандарты социальных услуг;*

- *личное дело Получателя соц. Услуг;*

- *паспорта доступности объектов и услуг;*

- *отчеты по доступности;*

- *кодекс этики и служебного поведения и т.д.*

**8.5.2. Идентификация и прослеживаемость.**

На каждом этапе предоставления услуг Учреждение управляет идентификацией, необходимой для обеспечения прослеживаемости.

**8.5.3. Собственность получателей или внешних поставщиков.**

Учреждение проявляет заботу о собственности получателей или внешних поставщиков, когда она находится под управлением Учреждения или используется им.

Учреждение идентифицирует, сохраняет и защищает собственность потребителя или внешнего поставщика, предоставленную для использования или включения в продукцию и услуги.

В случае, когда собственность потребителя или внешнего поставщика утеряна, повреждена или признана непригодной для использования, Учреждение уведомляет об этом потребителя или внешнего поставщика, а также регистрирует и сохраняет документированную информацию о произошедшем.

В Учреждении к собственности потребителя относят:

- документы получателей социальных услуг, сданные при обращении в Учреждение;
- персональные данные;
- личные вещи получателей социальных услуг;
- оборудование и иные ресурсы, используемые при реализации процессов

предоставления социальных услуг.

Учреждение обеспечивает конфиденциальность персональных данных. Высшее руководство Учреждения определяет перечень конфиденциальной информации, критерии отнесения информации к конфиденциальной, а также порядок доступа к конфиденциальной информации в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».

Ответственность за конфиденциальность персональных данных несут все сотрудники Учреждения.

**Подтверждающие документы :**

- *журнал учёта личных вещей, принятых на хранение;*
- *согласие на обработку персональных данных;*
- *список личных вещей получателя социальных услуг;*
- *собственность партнеров или спонсоров во временном пользовании*

#### **8.5.4. Сохранение.**

Учреждение сохраняет выходы после предоставления услуг в той мере, насколько это будет необходимым для обеспечения соответствия требованиям.

Учреждение сохраняет конфиденциальность информации в отношении персональных данных, состояния здоровья и другой конфиденциальной информации, касающейся получателей социальных услуг.

**Подтверждающие документы :**

- *акт о предоставлении социальных услуг;*
- *личные дела получателей социальных услуг.*

#### **8.5.5. Деятельность после оказания социальных услуг.**

Учреждение обеспечивает выполнение требований к деятельности, связанной с услугами, после того, как они были оказаны.

При определении объема требуемой деятельности после оказания социальной услуги Учреждение рассматривает:

- а) законодательные и нормативные правовые требования;
- б) потенциальные нежелательные последствия, связанные услугами;
- с) характер, использование и предполагаемое время жизни услуг;
- д) требования потребителей;
- е) обратную связь с потребителями.

**Подтверждающие документы: :**

- анкеты обратной связи;
- акт предоставления социальных услуг;
- Информационная система «Социальное обслуживание населения»
- личное дело получателей социальных услуг.

#### **8.5.6. Управление изменениями.**

Учреждение анализирует изменения в предоставлении услуг и управляет ими в той степени, насколько это будет необходимо для обеспечения постоянного соответствия требованиям.

Учреждение регистрирует и сохраняет документированную информацию, описывающую результаты анализа изменений, сведения о должностных лицах, санкционировавших внесение изменения, и все необходимые действия, являющиеся результатом анализа.

**Подтверждающие документы: :**

- приказы и распоряжения;
- протоколы совещаний;
- утвержденные стандарты с изменениями;
- изменения штатного расписания;
- изменения в организационной структуре

#### **8.6. Предоставление социальных услуг.**

Порядок предоставления социальных услуг описан в Постановлении Правительства Свердловской области от 18.12.2014 г. № 1149-ПП «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщикам социальных услуг в Свердловской области и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Свердловской области», требования к квалификации специалистов, предоставляющих социальные услуги, а также содержание, объем и периодичность предоставления содержатся в стандарте социальных услуг и Законе Свердловской области от 03.12.2014 г. № 108-03 «О социальном обслуживании граждан в Свердловской области».

Процесс предоставления социальных услуг подлежит мониторингу и анализу. На всех этапах мониторинга услуги производится регистрация данных о качестве:

- в книге отзывов и предложений;
- в сводном анализе анкет;
- в актах оказания услуг;
- в отчетах подразделений;
- в форме обратной связи на сайте учреждения;

- в отчетах, справках и заключениях.

Ответственными за предоставление социальных услуг являются все руководители учреждения, заведующие отделений и сотрудники Учреждения, предоставляющие социальные услуги.

**Подтверждающие документы: :**

- анкеты удовлетворенности получателя социальных услуг;
- акт предоставления социальных услуг;
- книга отзывов и предложений;
- форма обратной связи на официальном сайте Учреждения.

## **8.7. Управление несоответствующими результатами процессов.**

8.7.1. Учреждение обеспечивает идентификацию и управление результатами процессов, которые не соответствуют требованиям, в целях предотвращения их непредназначенного использования или поставки.

К несоответствиям относятся:

- работы и услуги, выполненные с отклонениями от действующего законодательства РФ, требований стандартов, договоров и другой НД;
- ' \* закупаемые материалы, инструменты и оборудование, несоответствующие заявленным требованиям (нормативной документации, договорам, контрактам и т.д.).

Учреждение обеспечивает, чтобы услуги, которые не соответствуют требованиям, были идентифицированы и управлялись с целью предотвращения их непреднамеренного предоставления.

Учреждение предпринимает соответствующие действия, исходя из характера несоответствия и его влияния на соответствие услуг. Это должно применяться также к несоответствующим услугам, выявленным после их оказания, в ходе или после предоставления услуг.

Учреждение осуществляет в отношении несоответствующих результатов процессов одно или несколько из следующих действий:

- а) коррекцию;
- б) отделение, ограничение распространения, возврат или приостановку предоставления услуг;
- с) информирование потребителя;
- д) получение разрешения на приемку с отклонением.

После выполнения коррекции несоответствующих результатов процессов их соответствие требованиям верифицируется.

Там, где целесообразно, Учреждение решает вопрос с несоответствующей услугой одним или несколькими следующими способами:

- осуществляет информирование всех заинтересованных лиц о несоответствующей предоставленной услуге;
- осуществляет действия с целью устранения обнаруженного несоответствия;
- осуществляет действия с целью предотвращения её первоначального предполагаемого использования или применения;
- предпринимает действия, адекватные последствиям или потенциальным последствиям несоответствия, если несоответствующая услуга выявлена после начала ее предоставления.

Когда несоответствующая услуга исправлена, она подвергается повторной верификации для подтверждения соответствия требованиям.

Документированная информация о характере несоответствий и любых последующих предпринятых действиях, включая полученные разрешения на отклонения, поддерживаются в рабочем состоянии.

Подтверждающие документы: :

- *протокол комиссии, акты несоответствия по результатам внутреннего контроля;*
- *планы корректирующих действий;*
- *акты предписаний контрольно-надзорных органов;*
- *акты служебного расследования;*
- *зарегистрированные жалобы, претензии и т.д.*

8.7.2. Всю документированную информацию о выявленных несоответствующих услугах, предпринятые действия в отношении коррекции услуги, полученные разрешения, данные о полномочном органе и/или лице, принявшем решение о действии в отношении несоответствия, Учреждение регистрирует, хранит и поддерживает в рабочем состоянии. В случае предоставления несоответствующей услуги, либо поступления жалобы со стороны получателей социальных услуг или иных заинтересованных сторон, проводится анализ с целью выявления причины возникновения несоответствия, разработке плана корректирующих действий и устранению причины предоставления услуги несоответствующего качества.

Подтверждающие документы: :

- *порядок работы с жалобами, претензиями;*
- *Протокол Анализа СМК со стороны руководства;*
- *оперативные планы структурных подразделений;*
- *переписка с заинтересованными сторонами (письма, уведомления и т.д.).*

## 9. Оценка результатов деятельности.

### 9.1. Мониторинг, измерение, анализ и оценка.

#### 9.1.1. Общие положения.

Учреждение определило объекты, подлежащие мониторингу и измерению. К ним относятся:

- степень выполнения индивидуальных программ;
- скорость предоставления услуг;
- удовлетворенность получателей социальных услуг;
- выполнение государственного задания;
- соответствие функционирующей СМК требованиям международного стандарта ISO 9001:2015;
- другие данные, характеризующие деятельность Учреждения.

Контроль и измерения осуществляются на базе:

- организации внутреннего аудита СМК;
- анализа процессов;
- анализа результативности СМК;



- оценки степени удовлетворенности получателей социальных услуг.

Учреждение оценивает результаты деятельности и результативность СМК, регистрирует и сохраняет соответствующую документированную информацию как свидетельство полученных результатов.

**Подтверждающие документы: :**

- анкеты удовлетворенности получателей социальных услуг;
- Протокол Анализа СМК со стороны руководства;
- отчеты по аудиту;
- акты несоответствий;

### **9.1.2. Удовлетворенность потребителей.**

Учреждение определило состав получателей социальных услуг (п. 4.2), которые являются основным получателем социальных услуг Учреждения.

В соответствии с п. 8.2.1, Учреждение взаимодействует с получателями услуг. Учреждение собирает информацию о степени удовлетворенности получателей социальных услуг качеством предоставленных услуг с помощью:

- отзывов, пожеланий, рекомендаций, предложений, претензий и рекламаций, благодарственных писем, принятых от получателей социальных услуг;
- непосредственных контактов руководителей и специалистов Учреждения с получателями социальных услуг;
- участия в семинарах, конференциях, круглых столах, методических днях;
- опросов, анкетирования о качестве оказания социальных услуг и удовлетворенности получателей социальных услуг;
- актов предоставления социальных услуг;
- журналов контроля качества обслуживания получателей социальных услуг.

В Учреждении на основании Приказа Министерства социальной политики Свердловской области от 13.12.2013 № 847 «О проведении независимой оценки качества работы учреждений социального обслуживания населения Свердловской области», проводятся мероприятия по оценке удовлетворенности потребителей социальных услуг по установленным в методических рекомендациях показателям качества работ Учреждения, характеризующие:

- удовлетворенность качеством обслуживания в учреждении;
- открытость и доступность информации об учреждении социального обслуживания;
- комфортность условий и доступность получения социальных услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями;
- время ожидания в очереди при получении социальных услуг;
- доброжелательность, вежливость и компетентность сотрудников учреждения социального обслуживания, удовлетворенность качеством обслуживания в учреждения;
- финансово - хозяйственная деятельность учреждения социального обслуживания;
- коммуникативную эффективность учреждения социального обслуживания.

Сбор, анализ и отчет по анализу данных проводят руководители подразделений, затем отчеты по полученным данным передаются заместителю директора по соответствующему направлению. Ответственными за анализ данных о степени удовлетворенности потребителя социальных услуг являются заместители директора. Результаты анализа (сводный отчет по учреждению) доводятся до директора Учреждения.

Вся информация и данные анализа удовлетворенности потребителя социальных услуг включается ПРК и СО в отчет о функционировании СМК, регистрируется и сохраняется в соответствии с п. 9.1.1, а также применяется для совершенствования работы Учреждения, системы менеджмента качества и её процессов.

**Подтверждающие документы: :**

- *анкеты удовлетворенности получателей социальных услуг;*
- *книга жалоб и предложений;*
- *форма обратной связи на официальном сайте Учреждения;*
- *результаты независимой оценки качества;*
- *Протокол Анализа СМК со стороны руководства;*

**9.1.3. Анализ и оценка.**

Управление СМК основано на сборе, анализе и обработке данных по всем видам деятельности Учреждения и его процессам с целью принятия управленческих решений, обеспечивающих устранение как имеющихся, так и потенциальных несоответствий, влияющих на качество предоставления социальных услуг. Эти решения могут относиться к различным объектам системы качества и уровням управления учреждения. Все собранные данные должны систематизироваться и сохраняться как документированная информация.

Особое место в процедурах сбора, анализа и управления занимает обеспечение удовлетворенности потребителя качеством предоставляемых услуг в сфере социального обслуживания населения.

Анализ и оценку осуществляют руководители подразделений в рамках своих должностных обязанностей.

Результаты анализа информации о СМК Учреждения оформляются в виде Протокола Анализа СМК со стороны руководства.

**Подтверждающие документы: :**

- *Протокол Анализа СМК со стороны руководства;*
- *отчеты о деятельности Учреждения;*
- *отчеты отделений Учреждения о проделанной работе (годовые, квартальные и т.д.).*

**9.2. Внутренние аудиты.**

**9.2.1.** В Учреждении планируются и проводятся ежегодные внутренние аудиты для определения степени выполнения требований к СМК, установленных международным стандартом ISO 9001:2015. Проведение внутреннего аудита в Учреждении и информация о документах подробно описана в Методических рекомендациях «Руководство по проведению внутренних аудитов СМК».

**Подтверждающие документы:**

- все документы в соответствии с Методическими рекомендациями «Руководство проведению внутренних аудитов СМК»;

**9.3. Анализ со стороны руководства.**

**9.3.1. Общие положения.**

Система менеджмента качества анализируется высшим руководством Учреждения ежегодно с целью:

- оценки деятельности в области качества;
- выявления областей для улучшения;
- выработки и внедрения решений и действий, ведущих к повышению результативности СМК;
- возможности обеспечения реализации Политики в области качества и целей и целевых показателей в области качества и социальной ответственности;
- к улучшению качества предоставления социальных услуг согласно требованиям получателей социальных услуг.

Подробные рекомендации по составлению Протокола Анализа СМК со стороны руководства приведены в Методических рекомендациях для учреждения «Выполнение требований п. 9.3 стандарта ISO 9001:2015 «Анализ СМК со стороны руководства».

Учреждение готовит и «Отчет по СМК и СМСО по документу IAF Учреждения для Министерства» и размещается в ИС СОН.

Соответствующие записи, касающиеся анализа системы со стороны руководства, поддерживаются в рабочем состоянии.

**Подтверждающие документы:**

- Протокол Анализа СМК со стороны руководства
- план мероприятия по улучшению СМК Учреждения
- Отчет по СМК и СМСО по документу IAF Учреждения для Министерства

**9.3.2. Входные данные анализа со стороны руководства.**

В ходе проведения совещания по Анализу СМК со стороны руководства рассматриваются следующие вопросы:

- а) статус действий по результатам предыдущих анализов со стороны руководства;
- б) изменения во внешних и внутренних факторах, касающихся системы менеджмента качества;
- с) информация показателях функционирования и результативности системы менеджмента качества, включая тенденции, относящиеся:
  - 1) к удовлетворенности потребителей и отзывам от соответствующих заинтересованных сторон;
  - 2) степени достижения целей в области качества;
  - 3) функционированию процессов и соответствию услуг;
  - 4) несоответствиям и корректирующим действиям;
  - 5) результатам мониторинга и измерений;
  - 6) результатам аудитов;

- 7) результатам деятельности внешних поставщиков;
- d) достаточность ресурсов;
- e) результативность действий, предпринятых в отношении рисков и возможностей (см. 6.1);
- f) возможности для улучшения.

**Подтверждающие документы:**

- *Протокол Анализа СМК со стороны руководства*

### **9.3.3. Выходные данные анализа со стороны руководства.**

По результатам проведенного совещания по анализу СМК со стороны руководства составляется заключение по результатам Анализа СМК о стороны руководства, в котором содержатся решения по следующим выходным данным:

- Возможности для улучшения;
- Любые потребности внесения изменений в СМК;
- Потребности в ресурсах.

**Подтверждающие документы:**

- *Протокол Анализа СМК со стороны руководства*

## **10. Улучшение.**

### **10.1. Общие положения.**

На основании проведенного анализа деятельности Учреждения за отчетный период (п. 9.3) делаются выводы и определяются предложения для улучшения. Составляется план развития СМК.

**Подтверждающие документы:**

- *отчеты подразделений о проделанной работе за отчетный период;*
- *отчёты о деятельности Учреждения.*

### **10.2. Несоответствия и корректирующие действия.**

**10.2.1.** Целью осуществления корректирующих действий является выявление причин несоответствий в услугах, процессах и СМК. устранение причин повторного отклонения качества предоставления социальных услуг, процессов и СМК от установленных требований.

Подробные рекомендации по работе с несоответствиями и корректирующими действиями приведены в Методических рекомендациях для Учреждения «Управление несоответствиями и корректирующими действиями в СМК и СМ СО».

**Подтверждающие документы:**

- *акты о несоответствиях/наблюдениях и корректирующих действиях;*

- *план корректирующих мероприятий по устранению несоответствий предписания контрольно-надзорных органов;*
- *отчёты о деятельности Учреждения.*

**10.2.2.** Учреждение регистрирует и сохраняет документированную информацию о выявленных несоответствиях, запланированных действиях и результатах их выполнения.

**Подтверждающие документы:**

- *акты о несоответствиях/наблюдениях и корректирующих действиях;*
- *предписания контрольно-надзорных органов;*
- *журнал регистрации поломок оборудования;*

**10.3. Постоянное улучшение.**

Постоянное улучшение является одним из приоритетных направлений работы Учреждения.

Основываясь на сборе, измерении и анализе информации, в Учреждении выполняются работы по постоянному улучшению функционирования СМК. Целью постоянного улучшения СМК является увеличение возможности повышения удовлетворенности получателей социальных услуг и других заинтересованных сторон.

**Подтверждающие документы:**

- *акты о несоответствиях/наблюдениях и корректирующих действиях;*
- *план корректирующих мероприятий по устранению несоответствий*
- *отчеты отделения о проделанной работе за отчетный период;*
- *план развития СМК на текущий год;*
- *отчёты о деятельности Учреждения.*

