



Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Регионский комплексный центр социального обслуживания населения»

УТВЕРЖДАЮ
Директор
БУ «Регионский комплексный центр
социального обслуживания населения»
_____ Н.В. Качур
_____ 2020г.






СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

**СТАНДАРТ УЧРЕЖДЕНИЯ
«БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО»**

Шифр: СТУ-БП-01-2020

Экз. Подлинник

г. Мегион

<p>Разработан: Заведующим отделением Ю.А. Абдулкеримовой</p> 	<p>Проверен: Заместителем директора Н.В. Полтановой</p> 	<p>Введен в действие приказом БУ «Мегионский комплексный центр социального обслуживания населения» от 04.02.2020 № 132-о «Об актуализации и утверждении документаций в области Бережливого производства»</p>
<p>Специалист по охране труда Соловьева Л.В.</p> 		

ПРОТОКОЛ РЕГИСТРАЦИИ РЕВИЗИЙ		
№ ревизии	Цель и содержание пересмотра	Дата пересмотра
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Таблица регистрации изменений								
Номер разрешения/ изменения	Изменён ных	Замен енных	Новых	Аннулир ованных	Всего листов (страниц) в док.	Обозначение документа	Подпись	Дата
	Номера листов (страниц)							

Документ не подлежит передаче, воспроизведению и копированию без разрешения руководства БУ «Регионский комплексный центр социального обслуживания населения»

СОДЕРЖАНИЕ:	№ стр.
1. Область применения	5
1.1. Общие Положения	5
2. Нормативные ссылки	5
2.2. Общие Положения	5
3. Термины, определения и сокращения	6
3.1. Общие Положения	6
3.2. Термины и определения	6
3.3. Сокращения	8
4. Бережливое производство	8
4.1. Общие Положения	8
4.2. Сущность БП	9
4.3. Философия, ценности и принципы БП	9
4.4. Организационная структура в концепции БП	13
4.5. Поток создания ценности для получателей социальных услуг	13
5. Организационная среда (контекст)	14
5.1. Понимание учреждения и связанного с ней контекста	14
5.2. Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон	14
5.3. Определение области применения СМБП	15
5.4. СМБП	15
6. Лидерство	15
6.1. Лидерство и обязательство руководства	15
6.2. Политика и цели в области качества и бережливого производства	16
6.3. Организационные роли, ответственность и полномочия	18
6.4. Мотивация	19
6.5. Компетентность	19
6.6. Обмен информацией	20
6.7. Документированная информация	21
7. Стандартизация работы	22
7.1. Цели и задачи	22
7.2. Объекты применения	23
7.3. Ресурсы	23
7.4. Компетентность работников	23
7.5. Требования	23
7.6. Расчет времени такта	23
7.7. Анализ текущей работы	24
7.8. Определение и устранение потерь	24
8. Визуализация	26
8.1. Общие положения	26
8.2. Ответственность	26
8.3. Ресурсы	26
8.4. Компетентность персонала	26
8.5. Требования к методу визуализация	27
8.6. Объекты метода визуализация	27
8.7. Способы и инструменты метода визуализации	27
8.8. Процедура визуализации информации	28
9. Организация рабочего пространства метод 5 S	28

10. Оценка качества функционирования	28
10.1. Мониторинг, измерение, анализ и оценка	28
10.2. Внутренние аудиты	30
10.3. Анализ со стороны высшего руководства	30
11. Улучшение	32
11.1. Ориентация на удовлетворенность потребностей получателей социальных услуг	32
11.2. Постоянное улучшение	32
11.3. Несоответствие и корректирующие действия	33
11.4. Улучшение потока создания ценности	33
12. Ресурсы	34
13. Закупки	36
ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯМ	39
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ	40

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1. Общие Положения

В настоящем Стандарте установлены основные положения, требования Бережливого производства (далее – БП) системы менеджмента качества учреждения (далее-СМК), термины БП и их определения (словарь), которые применяются в Бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Мегионский комплексный центр социального обслуживания населения» (далее – учреждение).

Настоящий стандарт используется в учреждении для достижения успеха за счет системного применения философии, ценностей, принципов и инструментов БП.

Модель управления бережливым производством включает в себя основные подсистемы бережливого производства.

Она воплощается в системах:

- стратегического управления учреждения;
- управления персоналом (работниками),
- работы с социальными партнерами;
- постоянное совершенствование и обучение.

1.2. Требования настоящего Стандарта:

- распространяются на все структурные подразделения учреждения, функционирующие в концепции БП, четко и понятно представлены его работникам;
- являются официально принятыми и обязательными для исполнения всеми работниками, независимо от должности, занимаемой в учреждении.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

2.1. Общие Положения

В настоящем Стандарте использованы ссылки на следующие нормативные ссылки на стандарты:

- ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- ГОСТ Р 51897-2011 «Руководство ИСО 73:2009 Менеджмент риска. Термины и определения»;
- ГОСТ Р 56020-2014 «Бережливое производство. Основные положения и словарь»;
- ГОСТ Р 56407-2015 «Бережливое производство. Основные методы и инструменты»;
- ГОСТ Р 56245-2014 «Рекомендации по разработке стандартов на системы менеджмента»;
- ГОСТ Р 56406-2015 «Бережливое производство. Аудит. Вопросы для оценки системы менеджмента»;
- ГОСТ Р ИСО 19011-2012 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента»
- ГОСТ Р ИСО/ТО 10017-2005 «Статистические методы. Руководство по применению в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9001»;
- ГОСТ Р 56906-2016 Бережливое производство. Организация рабочего пространства (5S);
- ГОСТ Р 56907-2016 Бережливое производство. Визуализация;
- ГОСТ Р 56908-2016 Бережливое производство. Стандартизация работы.
- Инструкция учреждения «Ведение и оформления документированной информации и записей» СМК-У-И-СТД-3.4.;
- Инструкция учреждения «Внутренние аудиты» СМК-У-И-СТД-3.5.;
- Устав учреждения;
- Положения о структурных подразделениях учреждения;
- Положение об уполномоченном представителе системы менеджмента качества;

- Положение о системе контроля качества выполняемых работ и предоставляемых социальных услуг;
- Положение о деятельности ответственного за систему менеджмента качества в учреждении

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1. Общие Положения

В настоящем Стандарте применяются термины и определения, установленные ГОСТ Р 56404-2015 Бережливое производство «Требования к системам менеджмента», ГОСТ Р 56020-2014 «Бережливое производство. Основные положения и словарь», ГОСТ Р 56407-2015 «Бережливое производство. Основные методы и инструменты», ГОСТ Р 56906—2016 Бережливое производство. Организация рабочего пространства (5S), ГОСТ Р 56907-2016 Бережливое производство. Визуализация; ГОСТ Р 56908-2016 Бережливое производство. Стандартизация работы.

В соответствии со спецификой деятельности, осуществляемой учреждением, в тексте настоящего Стандарта.

Используется термин «услуга», который соответствует термину «продукция» по ГОСТ Р ИСО 9001-2015, ГОСТ 30335-95/ ГОСТ Р 50646-94 ГОСТ Р 52495-2005

3.2. Термины и определения

Поставщик, исполнитель	предприятие, организация или предприниматель, оказывающий услугу потребителю;
Получатель социальных услуг	потребитель услуг, лицо, получающее социальную услугу;
Услуга	результат непосредственного взаимодействия исполнителя и получателя социальных услуг, а также собственной деятельности исполнителя по удовлетворению потребности получателя социальных услуг;
Предоставление услуги	деятельность исполнителя услуги, необходимая для обеспечения выполнения услуги;
Качество	степень соответствия совокупности присущих характеристик требованиям;
Удовлетворенность получателей социальных услуг	восприятие получателей социальных услуг степени выполнения их требований;
Качество социальной услуги	совокупность свойств социальной услуги, определяющей ее возможность и способность удовлетворить потребности получателя социальных услуг социальной службы и осуществить его социальную реабилитацию или социальную адаптацию;
Контроль	процедура оценивания соответствия путем наблюдения и суждений, сопровождаемых соответствующими измерениями, испытаниями или калибровкой;
Контроль качества социальной услуги (обслуживания)	совокупность операций, включающая проведение измерений, испытаний, оценки одной или нескольких характеристик социальной услуги (обслуживания) и сравнения полученных результатов с установленными требованиями;
Комиссия по контролю системы качества	Комиссия по контролю соответствия системы качества выполняемых работ и предоставляемых социальных услуг;

Обеспечение качества	часть менеджмента качества, направленная на создание уверенности, что требования к качеству будут выполнены;
Социальная услуга	действие или действия по оказанию постоянной, периодической, разовой помощи, в том числе срочной помощи, гражданину в целях улучшения условий его жизнедеятельности и (или) расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности;
Планирование СМК	часть менеджмента, направленная на установление целей в области СМК и определяющая необходимые процессы жизненного цикла услуги и соответствующие ресурсы для достижения целей в области СМК;
Процесс	совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы в выходы;
Владелец процесса	должностное лицо, имеющее в своем распоряжении персонал, инфраструктуру, программное и аппаратное обеспечение, информацию о процессе, управляющее ходом процесса и несущее ответственность за результаты и эффективность процесса;
Процессный подход	систематическое выявление и управление процессами, реализуемыми внутри учреждения и взаимосвязь между ними;
Ответственный за процесс	должностное лицо, ответственное за качественное функционирование и выполнение процесса, а также его экономическую эффективность;
Политика и цели в области качества	основные цели, задачи и принципы деятельности в области качества, документально оформленные и принятые к обязательному исполнению;
Анализ	деятельность, предпринимаемая для установления пригодности, адекватности, результативности рассматриваемого объекта для достижения установленных целей;
Менеджмент	скоординированная деятельность по руководству и управлению организацией;
Мониторинг	процесс постоянного наблюдения за выполнением установленных требований (или мероприятий) и достижением запланированных результатов путем наблюдений, отслеживания, контроля, измерения, оценки;
Материально-технические ресурсы	условия размещения учреждения и специальное техническое оснащение учреждения и т.д.;
Закупки	приобретение у поставщика товаров, работ и услуг, обеспечивающих необходимый уровень предоставления услуг потребителям;
Время производственного цикла	время предоставления услуги через весь процесс или поток создания ценности от первой операции до последней;
Время такта	доступное производственное время за определенный период (например, смена, сутки, месяц и т. д.), деленное на объем потребительского спроса (предоставленных социальных услуг) за этот период;
Потери	любое действие на всех уровнях учреждения, при осуществлении которого потребляются ресурсы, но не создаются ценности;
Стандартизованная работа	точное описание каждого действия, включающее время такта, время цикла, последовательность выполнения определенных задач, минимальное количество запасов для выполнения работы;
Время цикла	это время, необходимое для выполнения конкретной операции при предоставлении социальной услуги в соответствии с процессом;
Операция	повторяющаяся последовательность действий, приводящая к выполнению задания;

Стандартизация работы	метод, в котором осуществляется точное описание каждого действия, порядка и правил осуществления деятельности, включая определение времени выполнения действий, последовательности операций и необходимого уровня запасов;
Визуализация	расположение всех инструментов, деталей, производственных стадий и информации о результативности работы производственной системы таким образом, чтобы они были четко видимы и чтобы каждый участник производственного процесса моментально мог оценить состояние системы.
Организация рабочего пространства (5S)	пять взаимосвязанных принципов организации рабочего пространства, направленных на мотивацию и вовлечение персонала в процесс улучшения продукции, процессов, системы менеджмента организации, снижение потерь, повышение безопасности и удобства в работе.
Рабочее место	часть рабочего пространства, оснащенная необходимыми техническими средствами, в которой совершается трудовая деятельность;
Рабочее пространство	часть территории, где осуществляется трудовая деятельность (корпуса, здания, сооружения, помещения, участки, площадки и т.д.).
Рока-юке	(Принцип нулевой ошибки, англ. Zero defects)- предотвращение ошибок, метод, благодаря которому работу можно сделать только одним правильным способом и дефект просто не может появиться
Андон	(в переводе с японского «лампа», англ. andon) -средство информационного управления, которое дает представление о текущем состоянии хода производства, а также при необходимости создает визуальное и звуковое предупреждение о возникновении дефекта.
Канбан	метод улучшения работы. Канбан-метод позволяют делать вашу работу еще лучше, метод позволяющий реализовать принцип «точно в срок».

3.3. Сокращения

Д	высшее руководство учреждения - директор
ЗД	руководство высшего звена учреждения - заместитель директора
ЗСП/	руководство среднего звена учреждения - заведующий структурным
УпСМК	подразделением, уполномоченные по качеству
ГОСТ Р	национальный Стандарт Российской Федерации
ИСО	международная организация по Стандартизации
СМК	система менеджмента качества
СП	структурное подразделение учреждения
БП	Бережливое производство
СТД	сводная таблица документации

4. БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО

4.1. Общие Положения

Бережливое производство – это система управления, которая включает в себя ряд ключевых аспектов:

- стратегический (внедрение идеологии бережливого производства, работа над постоянным совершенствованием);

- интеллектуальный (использование командной работы, поощрение рацпредложений);
- производственный (сокращение потерь, активизация открытого обмена информацией);
- ресурсный (полная концентрация на потребностях получателей социальных услуг, система эффективного управления ресурсами).

4.2. Сущность БП

Концепция БП содействуют учреждению в повышении конкурентоспособности и эффективности предоставления социальных услуг гражданам, предлагая комплекс методов и инструментов по всем направлениям деятельности учреждения, позволяющий предоставлять, оказывать социальные услуги в минимальные сроки и минимальными затратами с требуемым потребителем качества.

Применение БП предполагает определенный способ мышления, рассматривает деятельность учреждения с точки зрения ценности для получателей социальных услуг и сокращения всех видов потерь.

Концепция БП позволяет:

- постоянно повышать удовлетворенность получателей социальных услуг и других заинтересованных сторон;
- постоянно повышать результативность и эффективность бизнес-процессов;
- упростить организационную структуру учреждения, улучшить процессы системы менеджмента качества учреждения;
- быстро и гибко реагировать на изменение внешней среды.

Концепция БП базируется на соответствующей философии, ценностях и принципах.

4.3. Философия, ценности и принципы БП

4.3.1. Философия БП

Философия БП основана на представлении бизнеса как потока создания ценности для получателей социальных услуг, гибкости, выявлении и сокращении потерь, постоянном улучшении вида деятельности учреждения на всех уровнях организации, вовлечении и развитии персонала с целью повышения удовлетворенности получателей и других заинтересованных сторон.

4.3.2. Ценности БП

Философия БП предполагает высокий уровень самоорганизации, менеджмент, опирающийся на корпоративную культуру, что придает большое значение ценностям, которые учреждение определяет, поддерживает и развивает.

Ценности БП представлены как организационная основа концепции, на которую опираются принципы БП.

Следует различать ценность с точки зрения получателя, выраженную через полезность, и ценности организационные, установленные и сформулированные для учреждения, ее собственников и работников.

Основными организационными ценностями БП являются:

1. Безопасность

Жизнь и здоровье работников учреждения, получателей социальных услуг воспринимается как приоритетная ценность.

Безопасность рассматривается с точки зрения работников, предоставляемых услуг, процессов организации.

2. Ценность для потребителя (в том числе качество предоставляемых социальных услуг, процессов, систем, подсистем)

Учреждение рассматривать свою деятельность как выявление требований получателей социальных услуг и создание ценности для них.

Своевременное выявление изменения потребностей с целью повышения удовлетворенности получателей социальных услуг, создание ценности, за которую готов платить получатель, - необходимые условия существования и устойчивого успеха учреждения.

3. Клиентоориентированность (в том числе гибкость, адаптивность)

Учреждение изучает потребности своих получателей, своевременно выявляя изменение потребностей получателей и формируя новых получателей.

4. Сокращение потерь

При реализации процессов в учреждении неизбежны затраты, часть из которых не является мотивированной и относится к потерям.

Устранение всех видов потерь рассматриваться как необходимое условие конкурентоспособности.

В деятельность выявления потерь и их устранения вовлечены все работники учреждения. Сокращение потерь должно восприниматься работниками как насущная необходимость для стабильного существования учреждения.

5. Время

Время-это основной невозпроизводимый ресурс учреждения. Избыточное время, затрачиваемое на выполнение работ, предоставления социальных услуг оборачивается потерями, уменьшая способность учреждения реагировать на изменение требований и предпочтений потребителей.

6. Уважение к человеку

Человеческий ресурс рассматривается как основной источник создания ценности для получателя. Никакая технология не может обеспечить успех у получателя - это делают люди, используя технологии, которые вносят существенный вклад как в обеспечение соответствия процессов, так и в их улучшение.

Учреждение затрачивает огромные средства на подготовку квалифицированных работников.

В учреждении должна быть атмосфера, в которой работники получают признание своей компетенции, достижений и успехов.

Ценностями являются идеалы, нормы, запреты и табу, четко сформулированные сообразно духу и уставу учреждения.

Идеалом БП является постоянное совершенствование, недостижимое за ограниченное время, но формирующее поведение работников, нацеленное на достижение высоких результатов (например, сведение к нулю потерь и дефектов, стремление к постоянному улучшению возможностей всех процессов учреждения).

Ценности в виде **норм** должны формулироваться в положениях этических, нравственных и иных кодексов, которые устанавливают желательные стандарты поведения работников (например, публичное признание достижений работника является примером нормы, реализующей ценность "уважение к человеку").

Запреты - это установление ограничений, не допускающих нежелательного поведения работников (например, "не принимай, не делай, не передавай "брак").

Табу - это ограничения, нарушение которых несовместимо с работой в учреждении (например, сознательное нарушение запретов, воровство, сокрытие и/или осознанное искажение информации).

Одни и те же положения и формулировки могут отражать как ценности, так и принципы, принятые в учреждении.

Основное различие ценностей и принципов - в их направленности.

Ценности - это то, что необходимо разделять и использовать для целей самоуправления и самоорганизации, т.е. основа самоорганизации работников.

Принципы - это то, что определяет подходы к построению систем менеджмента или организационных структур управления.

Например, ориентация на получателя является и ценностью, и одновременно организационно-управленческим принципом. Как ценность, ориентация на получателя означает, что любой работник должен смотреть на результаты своей деятельности глазами потребителя/получателя.

Как принцип, ориентация на потребителя/получателя означает, что следует выстроить цепочку процессов, реализующую требования получателей через формирование и выполнение технических требований к входам и выходам всех процессов учреждения.

4.3.3 Принципы БП

1. Стратегическая направленность

Применение концепции БП является осознанным стратегическим выбором высшего руководства учреждения, основывается на стратегических целях развития системы менеджмента и производственной системы.

2. Ориентация на создание ценности для получателя

Понимание ценности, с точки зрения получателя социальных услуг и других заинтересованных сторон, позволяет руководителям высшего и среднего звена правильно организовать деятельность учреждения. Любую деятельность следует рассматривать с позиции усиления ценности для получателей (правило: "Думай как заказчик").

3. Организация потока создания ценности для получателя

Выстраивание всех процессов и операций в виде непрерывного потока создания ценности является универсальным способом повышения эффективности деятельности учреждения.

Повышению эффективности деятельности способствует организация цепочки создания ценности, включающей поставщиков всех уровней, а также получателей социальных услуг учреждения, а также создание потока ценности (целевое состояние) процесса организации комфортных условий пребывания получателей социальных услуг.

4. Постоянное улучшение

Целью постоянного улучшения (непрерывного совершенствования) всех аспектов деятельности учреждения является увеличение ценности для получателя, улучшение потока создания ценности, сокращение потерь.

Вовлечение и развитие персонала следует рассматривать как необходимое условие эффективной деятельности по постоянному улучшению, организованной на основе системы сбора, рассмотрения и реализации предложений от работников учреждения, поддерживаемой системой мотивации и обеспеченной необходимыми ресурсами.

Следует проводить техническую экспертизу всех предложений с точки зрения их безопасности.

5. Вытягивание

Вытягивание - это такая организация процессов, при которой поставщик предоставляет ровно столько, сколько требуется получателю, и только тогда, когда требуется.

Основа вытягивания - оперативный обмен информацией и долгосрочные партнерские отношения между потребителями и поставщиками.

6. Сокращение потерь

Деятельность по всестороннему сокращению/устранению потерь рассматривается как основа улучшения потока создания ценности и снижения затрат. Маржинальная прибыль учреждения определяется как разница между ценой услуги и себестоимостью. При этом цена услуги формируется рынком, а не учреждением. Повышение маржинальной прибыли достигается посредством устранения/минимизации потерь, а также посредством создания дополнительной ценности для получателя.

7. Визуализация и прозрачность

Управление процессами организации осуществляется таким образом, чтобы все участники процесса могли проследить весь процесс создания ценности и имели необходимую информацию о нем. Это позволяет быстро обнаруживать несоответствия, обеспечивать выполнение стандартов, прозрачность ролей и ответственности работников.

8. Приоритетное обеспечение безопасности

Построение потоков создания ценности для получателей и сокращение потерь следует рассматривать совместно с рисками возникновения опасных ситуаций. Приоритет при принятии решений отдается гарантированному уровню безопасности. Увеличение скорости потока и сокращение потерь не должны приводить к снижению требуемого уровня технической, экономической, социальной, экологической и других видов безопасности.

9. Построение корпоративной культуры на основе уважения к человеку

Каждый работник вносит свой вклад в достижение целей учреждения. Уважение к работнику, его достоинству, компетентности, ответственности, творчеству позволяет раскрыть и использовать в полной мере его талант, интеллектуальные и творческие способности для развития учреждения и должно стать основой ее корпоративной культуры. Корпоративная культура должна поддерживать в работниках стремление к постоянному улучшению.

10. Встроенное качество

Необходимый уровень качества предоставления услуг должен быть на всех этапах ее жизненного цикла. Встроенное качество в основном обеспечивается на этапах проектирования услуг и процессов, через взаимное увязывание/стыковку всех видов деятельности и достигается за счет поиска и устранения потенциальных причин несоответствий при помощи определенных методов их предупреждения, включая статистические, а также принципа "не принимай, не делай, не передавай "брак".

Применение принципа встроенного качества позволяет снизить потребность в массовых дополнительных внешних, внутренних проверках и инспекциях как способах достижения требуемого качества.

11. Принятие решений, основанных на фактах

Для принятия верных и своевременных управленческих решений все события и проблемы регистрируются и рассматриваются на месте их возникновения (правила: "иди и смотри", "видеть своими глазами"). Регистрация событий позволяет представить их в виде фактов, к которым можно апеллировать. Их дальнейшая обработка и анализ позволяют принимать обоснованные управленческие решения, направленные на устранение и предупреждение проблем.

12. Установление долговременных отношений с поставщиками

Долговременные отношения с поставщиками следует рассматривать как условие постоянного улучшения и сокращения потерь в цепи поставок. Для этого обеспечено разделение рисков, затрат, прибыли, обмен информацией и знаниями между поставщиками и получателями социальных услуг.

13. Соблюдение стандартов

Неукоснительное соблюдение положений стандартов, регламентов, инструкций и других обязательных документов является необходимым условием функционирования и постоянного улучшения процессов учреждения. При выявлении недостатков и/или возможностей их улучшения работники следуют указаниям, изложенным в действующих документах до принятия изменений в установленном порядке.

4.3.4. Концепция БП охватывает все уровни цепочки создания ценности, начиная с взаимодействия организаций в цепи поставок:

- межорганизационный уровень;
- уровень организации;
- уровень процессов;
- уровень операций.

4.3.4.1. Уровень 1

Концепция БП на межорганизационном уровне (уровне цепи поставок) включает:

- распространение требований и ожиданий конечного получателя и организаций-участников бизнеса по всей цепи поставок;
- определение единого для всей цепи поставок потока создания ценности для конечного получателя;

- реализацию принципа вытягивания заказов конечным получателем по всей цепи поставок;
- определение необходимых финансового и информационного потоков по всей цепи поставок;
- определение порядка действий по всей цепи поставок по улучшению потока создания ценности.

4.3.4.2. Уровень 2

Концепция БП на уровне организации включает:

- интеграцию процессов создания ценности в общую цепь поставок для конечного получателя в учреждении;
- определение потока создания ценности для получателя в учреждении;
- исполнение заказов в учреждении на принципах вытягивания заказов;
- определение необходимых финансового и информационного потоков по всему учреждению;
- определение порядка действий в учреждении по улучшению потока создания ценности для получателя социальных услуг.

4.3.4.3. Уровень 3

Концепция БП на уровне процессов учреждения включает:

- интеграцию процесса в поток создания ценности для получателя в учреждении;
- определение каждого процесса как потока создания ценности для внутреннего получателя;
- исполнение заказов в каждом процессе на принципах вытягивания заказов;
- определение необходимых материального и информационного потоков по всей цепочке создания ценности;
- определение порядка действий в процессе по улучшению потока создания ценности.

4.3.4.4. Уровень 4

Концепция БП на уровне операций включает:

- интеграцию операций в поток создания ценности для внутренних получателей процесса;
- определение операций, как потока создания ценности для внутреннего получателя процесса;
- определение порядка действий в операциях для улучшения потока создания ценности.

4.4. Организационная структура в концепции БП

Концепция БП предполагает стремление к сокращению числа уровней управления в учреждении, которое обеспечивается за счет передачи части управленческих функций в процессы создания ценности для получателей социальных услуг, используя принципы и инструменты БП.

Оперативное планирование встраивается в процессы:

- на основе принципа вытягивания и применения канбан;
- учреждение (как функция менеджмента) в процессах создания ценности обеспечивается за счет делегирования полномочий и развития лидерства среди исполнителей;
- мотивация реализуется через само мотивацию на основе социальных потребностей;
- потребности в признании;
- самореализации;
- контроль - за счет встроенного качества, методов рока-уоке "защита от ошибок", статистических методов, самоконтроля.

4.5. Поток создания ценности для получателей социальных услуг

Поток создания ценности для получателей социальных услуг - это деятельность, направленная на создание ценности для получателей, которая реализуется при помощи системы взаимосвязанных процессов/операций.

Результаты деятельности процессов/операций как материальных, так и нематериальных, передаваемые от одного процесса/операции к другому, создают поток ценности.

Данные потоки характеризуются скоростью, непрерывностью, равномерностью, а также сопровождаются различными видами потерь.

В БПСМК стремятся увеличить скорость потока ценности, обеспечить его непрерывность, равномерность и устранить потери.

В качестве основных характеристик ценности рассматриваются характеристики качества, безопасности, а также стоимостные характеристики предоставляемых социальных услуг в учреждении.

Поток создания ценности для получателей социальных услуг включает в себя материальный и информационный потоки.

Процессы/операции, как правило, обладают разной пропускной способностью.

Выравнивание пропускной способности процессов/операций позволяет организовать непрерывный поток создания ценности и эффективно предоставлять услуги получателям социальных услуг с минимально необходимым количеством материальных и производственных активов в минимальные сроки (непрерывная обработка без задержек и ожиданий).

Структурным подразделениям учреждения для потока создания ценности и последующего его совершенствования следует использовать инструменты БП учреждения.

4.6. Инструменты БП в учреждении

В учреждении действует набор инструментов и методов СМБП для достижения целей в оказании социальных услуг:

- стандартизация работы;
- организация рабочего пространства (5S);
- картирование потока создания ценности (VSM);
- визуализацию;
- защиту от непреднамеренных ошибок (рока-юке);
- канбан.

Заведующие структурными подразделениями учреждения должны разработать, применять, поддерживать и улучшать потоки создания ценности для получателей социальных услуг в соответствии с результатами проектирования и установленными требованиями учреждения.

5 ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СРЕДА (КОНТЕКСТ)

5.1. Понимание учреждения и связанного с ней контекста

Учреждение определяет внешние и внутренние факторы (среду), относящиеся к ее целям и влияющие на способность достигать целевых результатов СМБП.

Высшее руководство учреждения рассматривает:

- социальные;
- культурные,
- законодательные,
- технологические;
- экономические и конкурентные факторы (среду);
- действующую систему менеджмента качества в учреждении, ее взаимодействие и интеграцию.

5.2. Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон

Учреждение определяет заинтересованные стороны, имеющие отношение к СМБП, их потребности и ожидания.

К заинтересованным сторонам относятся:

- получатели социальных услуг;

- работников учреждения;
- общество;
- государственные органы;
- поставщики;
- партнеры и т.д.

Высшее руководство учреждения и руководители высшего звена определяют сбалансированный подход к удовлетворению потребностей и ожиданий всех заинтересованных сторон.

Удовлетворение потребностей и ожиданий заинтересованных сторон рассматривается через повышение эффективности потока создания ценности для получателей социальных услуг (потока создания ценности).

Повышение эффективности потока создания ценности рассматривается с точки зрения:

- безопасности;
- качества;
- сроков;
- стоимости;
- объемов;
- рисков;
- корпоративной культуры.

5.3. Определение области применения СМБП

В учреждении и структурных подразделениях учреждения должны быть определены границы СМБП, чтобы установить область ее применения, рассмотрев факторы и требования, указанные в 5.1 и 5.2.

Область применения представляется в виде документированной информации касательно:

- а) предоставляемы социальных услуг учреждения организации, на которые распространяются требования;
- б) процессов учреждения, составляющих поток создания ценности предоставляемых социальных услуг;
- в) обоснования любого случая, где какое-либо требование стандарта ГОСТ Р 56404-2015 не может быть применимо.

5.4. СМБП

В учреждении и структурных подразделениях учреждения руководителями высшего и среднего звена должны быть разработаны, применены, и поддерживать в рабочем состоянии при постоянном улучшении СМБП и ее процессы на основе принципов п 4.3.3. и инструментов БП (Хронометраж, нормирование, "Красные ярлыки", оконтуривание, ячеечное размещение предметов, андон, маркировка, оконтуривание, диаграммы, мозговой штурм, Карточки канбан, тарный канбан, электронный канбан и тд.)

В процессы СМБП рекомендуется включать процессы управленческой деятельности, обеспечения ресурсами, процессы жизненного цикла продукции/услуги и измерения.

6. ЛИДЕРСТВО

6.1. Лидерство и обязательства руководителей

6.1.1. Общие положения

Высшее руководство учреждения демонстрирует свое лидерство и выполнение взятых на себя обязательства в отношении СМБП посредством развития корпоративной культуры основанную на:

- а) обеспечения разработки и развертывания политики и целей СМБП, как элемента стратегии развития учреждения;

- б) обеспечения интеграции требований СМБП в процессы системы менеджмента качества учреждения;
- в) обеспечения ресурсами, необходимыми для достижения целей СМБП;
- г) доведения до сведения работников учреждения важности выполнения требований СМБП и ее результативности;
- д) обеспечения достижения поставленных целей СМБП;
- е) побуждения и оказания поддержки работникам учреждения принимать активное участие и вносить свой личный вклад в обеспечение результативности СМБП;
- ж) поощрения и содействия постоянному улучшению деятельности СМБП;
- и) поддержка руководителей высшего и среднего звена в демонстрации ими лидерства в сфере их ответственности.

Задача высшего руководства и руководителей высшего и среднего звена учреждения преобразовывать лидерские мотивы работников учреждения в систему поведения, ориентированные на получателей социальных услуг, постоянное улучшение и снижение потерь.

Высшее руководство и руководители высшего и среднего звена вовлекают работников учреждения в БП за счет создания специальной среды в отношениях между работниками учреждения, в которой каждый может выполнять роли, функции, как правил, свойственные руководителям:

- планирование и организация деятельности;
- разработка стандартов;
- контроль;
- мотивация.

Для реализации поставленных функций работникам учреждения предоставляется права право участвовать в межфункциональных комиссиях, командах, проектах по улучшению на разных уровнях управления в роли лидера группы, инициатора, эксперта и др.

Высшее руководство и руководители высшего и среднего звена учреждения принимают личное участие в улучшении потока создания ценности в месте возникновения проблем.

Высшее руководство и руководители высшего и среднего звена направляют свои усилия на развитие лидерских качеств работников учреждения для формирования поведения, ориентированного на заинтересованные стороны, постоянное улучшение и снижение потерь.

Высшее руководство и руководители высшего и среднего звена развивают корпоративную культуру, основанную на:

- а) отказе от системы наказания за непреднамеренные ошибки и несоответствия;
- б) открытости и прозрачности СМБП учреждения, используя соответствующие механизмы реализации;
- в) приверженности высшего руководства учреждения ценностям и принципам БП.

Механизмы реализации включают в себя:

- официальный сайт учреждения;
- комплекс средств визуализации;
- публичные выступления руководителей и работников учреждения;
- вовлечение работников учреждения в разработку целей учреждения;
- элементы системы мотивации, направленные на признание достижений, ротацию работников и др.

6.2. Политика и цели в области качества и бережливого производства

Высшее руководство учреждения разрабатывает и поддерживает политику, отражающую приверженность ценностям и принципам БП, которая:

- соответствует целям учреждения;
- создает основу для установления целей СМБП;
- включает в себя обязательство соответствовать применимым требованиям;
- включает в себя обязательство постоянно улучшать СМБП.

Политика и цели в области качества и бережливого производства учреждения представляет собой основные цели, задачи и принципы деятельности в области качества бережливого производства СМК, документально оформленные, доведенные до сведения работников учреждения и принятые к обязательному исполнению.

Работа учреждения в области качества и бережливого производства предоставления социальных услуг направлена на полное удовлетворение потребностей получателей социальных услуг учреждения, непрерывное повышение качества предоставляемых услуг в структурных подразделениях учреждения.

В качестве инструментов для реализации поставленных задач используется система менеджмента качества на основе ГОСТ Р ИСО 9001:2015, система менеджмента безопасности труда и охраны здоровья области охраны труда в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р 54934-2012/OHSAS 18001:2007, системы бережливое производство на основе Национальных стандартов Российской Федерации ГОСТ Р 56020-2014 «Бережливое производство. Основные положения и словарь», ГОСТ Р 57522-2017 «Руководство по интегрированной системе менеджмента качества и бережливого производства», постоянно повышая их результативность и эффективность.

Цели Политики:

- ✓ повышение степени открытости и доступности информации об организации социального обслуживания;
- ✓ повышение комфортности условий предоставления социальных услуг и доступности их получения;
- ✓ снижение времени ожидания предоставления социальных услуг;
- ✓ повышения уровня доброжелательности, вежливости, компетентности работников учреждения;
- ✓ обеспечение высокого уровня удовлетворения получателей социальных услуг качеством предоставляемых социальных услуг;
- ✓ повышение качества услуг и эффективности (результативности) их предоставления;
- ✓ принятие профилактических мер по предупреждению или урегулированию претензий и жалоб получателей социальных услуг;
- ✓ достижение сбалансированного распределения полномочий и ответственности внутри учреждения в области системы менеджмента бережливого производства;
- ✓ создание и поддержание системы непрерывного совершенствования социального процесса оказания социальных услуг.

Задачи деятельности учреждения в области качества:

- ✓ реализация государственной политики в сфере социального обслуживания населения;
- ✓ осуществление эффективного контроля за техническими, организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых услуг;
- ✓ предотвращение или устранение любых несоответствий услуг, согласно предъявляемым к ним требованиям;
- ✓ обеспечение стабильного уровня качества услуг;
- ✓ развитие системы предоставляемых платных услуг;
- ✓ расширение спектра социальных услуг, оказываемых учреждением;
- ✓ соблюдение требований государственных стандартов серии Р «Бережливое производство».

Принципы деятельности учреждения в области качества:

- ✓ приоритетность требований (запросов) получателей социальных услуг по обеспечению качества услуг, то есть обеспечения уверенности в том, что эти требования (запросы) будут полностью реализованы при предоставлении услуг;
- ✓ предупреждение проблем качества услуг, то есть обеспечение уверенности в том, что эти проблемы будут предупреждаться, а не выявляться и разрешаться после их

возникновения;

✓ сохранения жизни, здоровья и работоспособности в процессе труда, обеспечения безопасности производственных процессов и оборудования, предупреждения производственного травматизма и профессиональных заболеваний, улучшения условий и охраны труда;

✓ соблюдение требований нормативных документов, регламентирующих порядок и правила предоставления услуг;

✓ обеспеченность учреждения соответствующими людскими, материально-техническими и другими ресурсами (базовой и оперативной информацией, технической документацией, данными о результатах предоставления услуг и их контроля, итогах оценки качества и др.);

✓ четкое распределение полномочий и ответственности работников учреждения за его деятельность по предоставлению услуг, влияющую на обеспечение их качества;

✓ личная ответственность руководителя учреждения за качество предоставляемых услуг, разработку, внедрение и контроль эффективности системы качества, за определение Политики, организацию и общее руководство работами по обеспечению качества;

✓ обеспечение личной ответственности каждого исполнителя за качество услуг в сочетании с материальным и моральным стимулированием качества;

✓ документальное оформление правил и методов обеспечения качества услуг;

✓ обеспечение понимания всеми работниками учреждения требований системы качества к Политике.

Риски деятельности учреждения в области качества:

❖ Высокая заболеваемость персонала (не выход на работу);

❖ Снижение количества обслуженных граждан, получателей социальных услуг;

❖ Введение новых нормативно-законодательных требований (оптимизация, сокращение штатов);

❖ Снижение финансирования;

❖ Жалобы, неудовлетворенность, получателей социальных услуг качеством выполняемых работ и предоставляемых социальных услуг.

Ответственность за Политику несет директор учреждения, который обеспечивает разъяснение и доведение Политики до всех работников учреждения, четко определяет их полномочия, ответственность и порядок взаимодействия, а также осуществляет контроль деятельности, влияющей на качество услуг.

Политика охватывает все направления деятельности учреждения, соответствует потребностям и запросам получателей социальных услуг, способствует постоянному улучшению качества обслуживания получателей социальных услуг и улучшению социальных и экономических показателей учреждения.

Политика внедряется во всех структурных подразделениях учреждения и регулярно подвергается анализу на предмет ее постоянной актуальности и пригодности.

Для реализации Политики перед структурными подразделениями учреждения ставятся задачи на конкретные плановые периоды, которые при необходимости своевременно уточняются и корректируются руководством учреждения.

В учреждении проводятся мероприятия, обеспечивающие понимание, поддержку и реализацию Политики в области качества и бережливого производства всеми работниками.

Высшее руководство и руководители высшего и среднего звена берут на себя обязательство по постоянному улучшению результативности системы менеджмента качества учреждения и выражает уверенность в том, что все работники учреждения активно и сознательно принимают участие в реализации настоящей Политики.

6.3. Организационные роли, ответственность и полномочия

Высшее руководство учреждения:

➤ обеспечивает определение и доведение до сведения работников учреждения ответственности и полномочий в соответствии с предусмотренным распределением организационных ролей, в том числе во взаимоотношениях "поставщик-получатель";

➤ устанавливает ответственность и делегирует полномочия для:

а) обеспечения соответствия СМБП учреждения требованиям стандарта;

б) предоставления отчетов высшему руководству о функционировании СМБП в учреждении.

➤ распределяет ответственность и полномочия таким образом, чтобы совершенствовать процессы учреждения;

➤ рассматривает решение проблем в месте их возникновения, используя средства визуализации.

Ответственность за координацию деятельности по СМБП в целом по учреждению возложена на руководителей высшего звена.

Руководитель высшего звена *несет ответственность за:*

- обеспечение разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии необходимых для СМК процессов;

- организацию и проведение внутренних аудитов по СМБП;

- анализ результативности СМБП;

- предоставление руководству учреждения данных о функционировании СМБП и необходимости ее улучшения;

- предоставление высшему руководству учреждения предложений о поощрении работников, вносящих позитивный вклад в повышение эффективности СМБП.

Руководители высшего звена наделены следующими полномочиями:

- планирует все мероприятия по разработке, внедрению и поддержанию в рабочем состоянии процессов СМБП, требуемых настоящим Стандартом СМК СТУ-СМК-01-2019 учреждения;

- устанавливает и поддерживает связь с внешними сторонами по вопросам СМБП с целью ее актуализации и совершенствования;

- определяет владельцев процессов;

- организует взаимодействие высшего руководства учреждения с владельцами процессов при согласовании целей и ресурсов для их достижения;

- информирует высшее руководство учреждения о проблемах функционирования СМБП, в том числе о состоянии ресурсов, находящихся в распоряжении владельцев процессов;

- контролирует деятельность владельцев процессов по результатам сбора и анализа данных о процессе, контролирует работу с несоответствиями, мероприятия (планируемые, корректирующие и предупреждающие) выполняемые в рамках процессов;

- внедряет и поддерживает в рабочем состоянии СМБП в соответствии с требованиями Стандарта ГОСТ Р 52497-2005 «Социальное обслуживание. Система контроля качества».

По вопросам внедрения, функционирования и совершенствования СМБП руководители высшего звена подчиняется непосредственно высшему руководству учреждения.

Полностью обязанности, ответственность и полномочия руководителей высшего звена представлены в Должностных инструкциях.

Ответственность за координацию деятельности в рамках СМБП по СП возложена на руководителей среднего звена, которые также отвечают за менеджмент процесса во всех его аспектах – планирование, обеспечение, управление и улучшение процесса.

Владелец процесса уполномочен:

- проводить корректирующие мероприятия для управления процессом, а также планируемые мероприятия для его улучшения;

- запрашивать ресурсы для обеспечения процесса, проведения корректирующих и предупреждающих мероприятий, а также мероприятий по улучшению процесса;

- разрабатывать и вносить изменения в документацию по управлению процессов.

6.4. Мотивация

Мотивация в БП учреждения представляется как система ценностей, принципов, процессов, методов, направленные на создании условий реализации социальных потребностей, потребностей в признании и самореализации работников и их использование в интересах учреждения.

Высшее руководство учреждения и руководители высшего и среднего звена создают и поддерживают мотивационную среду работников для достижения:

- политики и целей в области СМБП;
- осуществление постоянных улучшений;
- создания условий для содействия инновациям.

Мотивационная среда основа для пропагандирования СМБП и осведомленности во всем учреждении ее структурных подразделениях, а также совместного внедрения и выполнения изменений в области СМБП.

6.5. Компетентность

В учреждении осуществляет работу комитет по бережливости, созданный в целях реализации концепции «Бережливое производство», внедрения бережливых технологий в соответствии с ГОСТ Р 56020-2014 «Бережливое производство. Основные положения и словарь».

6.5.1. Функции и обязанности комитета:

- рассматривает и обсуждает вопросы, связанные с внедрением технологии бережливого производства в учреждении;
- подготавливает планы внедрения технологии бережливого производства в учреждении;
- рассматривает поступившие от уполномоченных по качеству, контролирующих органов проекты и предложения по улучшению, повышению качества предоставляемых социальных услуг при одновременном сокращении расходов;
- собирает и обрабатывает информацию, связанную с вопросами по внедрению и развитию бережливого производства в учреждении;
- принимает в пределах своей компетенции решения, обязательные для исполнения работниками структурных подразделений учреждения, по вопросам внедрения технологии бережливого производства;
- информирует работников структурных подразделений учреждения о целях, основных этапах, ответственности и важности внедрения технологии бережливого производства в учреждении;
- контролирует исполнение плана по внедрению технологий бережливого производства с подготовкой отчета и направлением его в вышестоящую организацию в соответствии с утвержденным локальным актом в установленном порядке;
- взаимодействует с органом, контролирующим деятельность учреждения и осуществляющим координацию действий по внедрению бережливого производства в автономном округе (далее – контролирующий орган).

6.5.1.1. Комитет возглавляет председатель из состава высшего руководства учреждения (директор, первый заместитель директора). В случае его отсутствия или по его поручению функции председателя Комитета выполняет заместитель председателя Комитета (заместители директора).

Порядок работы и права описаны в полном объеме в Положении учреждения о комитете по бережливости СМК-У-П-СТД-1.31.

6.5.2. Все работники учреждения должны владеть базисными понятиями БП, такими как:

- ценность для получателя;
- поток создания ценности;
- совершенствование потока создания ценности;
- потери в потоке создания ценности.

Высшее руководство учреждения организует обучение и постоянное повышение компетентности в области БП как на рабочих местах, так и в специализированных учебных центрах (подразделениях), исходя из поставленных целей и задач

В область компетенции работников учреждения входит знание методов и инструментов БП, а также других методов, применяемых учреждением в СМБП.

6.6. Обмен информацией

В учреждении определен процесс обмена информацией по вопросам Политики и целей в области качества бережливого производства, требований и достижений в области качества, что в итоге улучшает деятельность учреждения и непосредственно вовлекает всех работников в достижение целей в области качества БП.

14.6.1. Обмен информацией по вопросам СМБП осуществляется на всех уровнях управления и включает использование различных способов и средств информирования. В качестве средств доведения информации используются:

- наглядная агитация;
- совещания, планерки, собрания;
- коллективные мероприятия по вопросам качества;
- профессиональная подготовка работников.

Внутренний обмен информацией включает в себя:

• обеспечение нормативной документацией, документированными процедурами (методическими инструкциями, государственными Стандартами социального обслуживания населения);

- анализ данных о результативности СМБП;
- соблюдение требований положений о СП.

Оперативный обмен информацией включает в себя:

- приказы;
- распоряжения;
- протоколы заседания Комиссий по контролю качества, комитета по бережливости;
- протоколы (выписки из протокола) аппаратных совещаний.

Ответственность за организацию процесс внутреннего и оперативного обмена информацией по вопросам СМБП возложена на руководителей высшего звена (ЗД).

Ответственность за обмен информацией по функционированию отдельных процессов возложена на владельцев процессов руководителей среднего звена.

Информация, связанная с СМБП включает в себя:

- а) требования получателей и других заинтересованных сторон;
- б) результаты функционирования процессов создания ценности для получателей и других заинтересованных сторон;
- в) характеристики процессов создания ценности, в том числе возможности процессов;
- г) оценку реальных и потенциальных потерь в потоках создания ценности;
- д) перечень проблем в процессах создания ценности;
- е) области улучшения СМБП.

6.6.1. В учреждении используются каналы коммуникаций для осуществления прямых и обратных связей в СМБП как по вертикали (по уровням управления), так и по горизонтали (по функциям):

- информационные доски;
- совещания;
- документооборот;
- информационные системы и другие способы обмена информацией.

6.6.2. *К прямой* связи относится передача информации от высшего руководства учреждения к заинтересованным сторонам.

6.6.3. **К обратной** связи относится передача информации от заинтересованных сторон к высшему руководству учреждения.

6.7. Документированная информация в области СМБП

Управление документированной информацией СМБП обеспечивается путем установления порядка ее разработки, утверждения, регистрации, рассылки пользователям, хранения, размножения, наличия у пользователей и идентификацию изменений, вносимых в документацию.

Документирование информации в учреждении ведется на бумажных и/или электронных носителях, которые хранятся в надлежащих условиях, что обеспечивает предотвращение ущерба, ухудшения или потери.

В учреждении используется в работе документированная информация в области БП:

- стандарт 5S;
- положение о комитете по бережливости;
- карты потока ценности;
- политика и цели в области качества бережливого производства;
- миссия и стратегия учреждения в области СМБП и тд.

6.7.1. Создание и актуализация

При создании и актуализации документированной информации в области СМБП необходимо обеспечить соответствующим образом ее идентификацию, описание (название, разработчик, дата, шифр, № стд) графические средства, формат (бумажный или электронный, язык, версия программного обеспечения).

Под управлением внутренней нормативной документированной информацией понимается:

- организация разработки и оформления документов в соответствии с установленными требованиями, имеющимися потребностями и существующими нормами;
- согласование, утверждение, регистрация и организация процесса ввода документов в действие;
- соблюдение механизма рассылки документов;
- хранение документации;
- внесение изменений в документы;
- архивирование и уничтожение документов.

6.7.2. Ответственность за:

• **разработку**, согласование, выпуск, введение в действие, поддержание, актуализацию, своевременное ознакомление (в том числе с вносимыми изменениями), несут руководители высшего и среднего звена, а также работники учреждения, в чьи должностные обязанности входят вышеперечисленные функции;

• доступ к текстам документированной информации, необходимой для использования и учета в работе работниками учреждения, обеспечение подготовки требуемого количества экземпляров документации несет документовед учреждения.

6.7.2.1. Вся документированная информация СМК учреждения имеет идентификационный номер, регистрируемый в сводной таблице документации учреждения (далее СТД) (Приложение 2).

6.7.2.2. Сводная таблица документации СТД (электронный вариант) ведется и ежемесячно актуализируется во всех структурных подразделениях с целью учета действующих и отмененных форм записей (носителей информации) (Приложение 3).

6.7.2.3. Разработка документов осуществляется в соответствии с внутренней необходимостью, решениями, принимаемыми в результате анализа со стороны руководства, а также по инициативе должностных лиц или руководителей подразделений.

6.7.2.4. Контроль соблюдения требований к документированию информации, осуществляется в рамках внутренних и внешних аудитов, по таким показателям, как:

- соблюдение формы носителей информации;
- соблюдение сроков разработки, актуализации носителей информации;
- достоверность и правильность фиксирования информации;
- систематизированное заполнение форм информации;
- количество и виды выявленных несоответствий в оформлении носителей информации;
- количество и виды выявленных несоответствий при внесении изменений;
- количество и виды несоответствий, выявленных при регистрации, учете и хранении записей (например: несоблюдение форм носителей информации и сроков хранения и т.п.).

Требования к оформлению, ведению, актуализации, управлению прописаны в инструкции учреждения «Оформление и ведение документированной информации и записей в бюджетном учреждении социального обслуживания Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Регионский комплексный центр социального обслуживания населения» Шифр: СМК-У-И-СТД-3.4.

7. СТАНДАРТИЗАЦИЯ РАБОТЫ

7.1. Цели и задачи

Целью метода стандартизации является обеспечение воспроизводимости лучшего на данный момент времени способа выполнения работы путем его формализации.

Задачами стандартизации работы являются:

- 1) обеспечение воспроизводимости результатов осуществления деятельности;
- 2) обеспечение требуемого уровня безопасности и качества;
- 3) сокращение потерь;
- 4) стабилизация процессов;
- 5) создание условий для быстрого поиска и обнаружения отклонений при выполнении операций или процессов предоставления услуг;
- 6) обеспечение оперативности и наглядности в обучении работников учреждения, а также при передаче знаний;
- 7) создание условий для постоянного совершенствования операций и процессов.

7.2. Объекты применения

Метод стандартизации рассматривается на каждом уровне потока создания ценности п. 4.3.4. данного стандарта.

7.2.1.В качестве объектов метода стандартизации работы рассматриваются:

- процессы;
- операции;
- действия.

В первую очередь учреждением применяются метод стандартизации работы к процессам, которые ограничивают поток создания ценности (являющимся "узким местом").

7.2.2. Высшее руководство учреждения несет ответственность за результативность и эффективность применения метода стандартизации работы и обеспечивает его реализацию на всех уровнях в учреждении.

Неукоснительное соблюдение положений стандартов, регламентов, инструкций и других обязательных документов всеми работниками учреждения (высшее руководство, руководители высшего и среднего звена, работники) является необходимым условием функционирования учреждения и основой постоянного улучшения процессов.

7.3. Ресурсы

Учреждение реализует метод стандартизации работы необходимыми временными, трудовыми, финансовыми и материальными ресурсами.

7.4. Компетенции работников

В учреждении определен процесс получения, сохранения, распространения и применения знаний работников учреждения по стандартизации работы.

Для эффективного применения метода стандартизации работы работники в учреждении должны:

1) знать основные термины и положения метода стандартизации работы, роль метода стандартизации работы в СМБП, основные документы в организации по стандартизации работы, возможности и эффективность применения данного метода, передовой опыт в области стандартизации работы;

2) уметь осуществлять стандартизацию работы в соответствии с основными этапами применения данного метода, применять эффективные методы внедрения стандартов;

3) владеть навыками самостоятельной работы и передачи опыта в части стандартизации работы.

7.5. Требования

В учреждении необходимо применять стандартизацию работы поэтапно там, где это допустимо:

- расчет времени такта;
- анализ текущей работы;
- определение и устранение потерь;
- разработка стандартов работы;
- определение минимального уровня запасов;
- обучение работников стандартам работы;
- размещение стандартов работы;
- проведение анализа текущих стандартов работы;
- распространение лучшего опыта по учреждению.

7.6. Расчет времени такта

В учреждении для каждого процесса предоставления услуги должно быть рассчитано время такта.

7.6.1. Время такта рассчитывается по формуле:

$$T_{\text{такт}} = \frac{T_{\text{дост}}}{V}$$

где $T_{\text{такт}}$ - время такта;

$T_{\text{дост}}$ - доступное производственное время за определенный период (например, смена, сутки, месяц и т.д.);

V - объем потребительского спроса за этот период.

7.6.2 Производственный процесс должен осуществляться в соответствии со временем такта таким образом, чтобы время цикла не превышало время такта.

7.6.3 Для повышения эффективности работы время такта следует отображать в соответствии с ГОСТ Р 56907 «Визуализация», п.8 данного стандарта.

7.7. Анализ текущей работы

Руководители высшего и среднего звена должны периодически анализировать работу по предоставлению социальных услуг с целью определения направлений для улучшения. Информация для проведения анализа включает в себя:

- 1) время цикла;
- 2) время такта;
- 3) простои оборудования;

- 4) готовность оборудования;
- 6) доступное время работы оборудования;
- 7) процент дефектов;
- 8) количество специалистов/работников;
- 9) типы предоставляемых услуг;
- 10) размер количество и объем предоставляемых услуг;
- 11) рабочее время и перерывы;
- 12) коэффициент эффективности оборудования/предоставляемых услуг;
- 13) запасы во временном, стоимостном и количественном выражении;
- 14) данные о требованиях получателя;
- 15) данные о предоставляемых услугах;
- 16) данные о предоставлении услуг;
- 17) данные по планам учреждения;
- 18) расстояния перемещения/транспортировки;
- 19) учет потерь;
- 20) площади, занимаемые процессом,
и другое.

По результатам анализа должны уточняться целевые показатели по каждому параметру и составляться план работ по их достижению.

7.8. Определение и устранение потерь

В структурных подразделениях учреждения должны выявлять потери при осуществлении действий, операций и процессов.

К основным видам потерь относятся:

- 1) перепроизводство - услуга предоставляется в большем объеме, чем требуется получателю;
- 2) избыток запасов - хранение любых запасов в количестве, превышающем минимально необходимое;
- 3) транспортировка - избыточное движение материалов;
- 4) задержки - большие простои между этапами предоставления услуги;
- 5) дополнительная обработка - избыточная обработка/действия из-за несоответствующего планирования и проектирования услуги;
- 6) перемещения - избыточные движения человека, потери при подборе материалов, поиске компонентов, инструментов, информации, документов;
- 7) дефекты - доработка и отбраковка ненадлежащее выполнение предоставление услуги.

Выявленные потери в учреждении разделены на две группы.

К первой группе относятся потери, на которые учреждения не может воздействовать и устранить их на текущий момент времени (вынужденные потери).

Ко второй группе относятся потери, на которые учреждение может воздействовать и устранить их (устраняемые потери).

При выявлении потерь и их причин в структурных подразделениях учреждения руководителям высшего и среднего звена следует использовать следующие основные методы и инструменты СМБП:

- картирование потока создания ценности (ГОСТ Р 56407);
- наблюдение;
- хронометраж;
- нормирование операций;
- фотография рабочего времени;
- стандартизация работы (ГОСТ Р 56407);
- сбор и анализ информации, в том числе статистических данных;
- интервьюирование работников;
- диаграмма Исикавы;

- диаграмма Паретто
и другие.

7.8.1. По результатам анализа потерь и их причин должны разработаться и реализоваться мероприятия по их устранению.

7.8.2. При реализации мероприятий по устранению потерь и их причин следует использовать следующие основные методы и инструменты СМБП:

- стандартизация работы;
 - организация рабочего пространства (5S), (ГОСТ Р 56906);
 - быстрая переналадка (SMED);
 - всеобщее обслуживание оборудования (TPM);
 - защита от непреднамеренных ошибок (Poka-Yoke);
 - визуализация;
 - канбан
- и другие.

Руководители должны обеспечить воспроизводимость операций, процессов в потоке создания ценности для обеспечения их соответствия установленным требованиям, и определить и применять критерии и методы обеспечения воспроизводимости.

Руководители должны определить потребность в документации для обеспечения воспроизводимости операций, процессов в потоке создания ценности, разработать, внедрить и поддерживать в актуальном состоянии в соответствии с требованиями Инструкции учреждения «Ведение и оформления документированной информации и записей» СМК-У-И-СТД-3.4.

На основе разработанной документации должны проводить необходимую подготовку работников.

Разработанные документы следует использовать в качестве основы для постоянного улучшения.

Примечание: Воспроизводимость предполагает повторение во времени установленного порядка действий и их результатов.

В качестве документов могут использоваться стандарты учреждения, регламенты, процедуры, инструкции и другие виды документов, принятые в учреждении. Документы могут содержать порядок, схемы выполнения работ, схемы процессов, планировочные решения, требования по времени выполнения работ, их воспроизводимости и др.

8. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ

8.1. Общее положение

Метод визуализации применяется в учреждении с целью представления информации в наглядной форме (рисунок, фотография, график, диаграмма, схема, таблица, карта и т.п.) и доведение ее до сведения работников в режиме реального времени для анализа текущего состояния и принятия обоснованных и объективных решений.

Задачами метода визуализации являются:

- наглядное представление информации для анализа текущего состояния производственных процессов;
- обеспечение требуемого уровня безопасности;
- создание условий для принятия обоснованных и оперативных решений;
- создание условий для быстрого реагирования на проблемы;
- быстрый поиск и обнаружение отклонений при предоставлении услуг

Объекты применения метода визуализации рассматриваются на каждом уровне потока создания ценности в соответствии с ГОСТ Р 56020:

- межорганизационный уровень;
- уровень организации;
- уровень процессов;
- уровень операций.

Объектами применения метода визуализации являются:

- 1) персонал;
- 2) рабочее место;
- 3) рабочее пространство;
- 4) процессы учреждения;
- 5) инфраструктура;
- 6) информационные потоки;
- 7) поток создания ценности и др.

8.2. Ответственность

Высшее руководство учреждения и руководители высшего и среднего звена несут ответственность за результативность и эффективность применения метода визуализации, и обеспечивает его реализацию на всех уровнях в учреждении.

Высшее руководство учреждения назначает приказом учреждения ответственных за обеспечение результативности и эффективности применения метода визуализации в учреждении/структурных подразделениях учреждения

8.3. Ресурсы

Высшее руководство обеспечивает реализацию метода визуализации необходимыми временными, трудовыми, финансовыми и материальными ресурсами.

8.4 Компетенции персонала

Высшее руководство учреждения должно определить компетенции работников реализующего метод визуализации, в том числе:

- 1) знание метода визуализации и его графических инструментов, основных документов в организации по реализации метода визуализации, возможностей применения данного метода, передового опыта в области визуализации;
- 2) умение осуществлять визуализацию объектов и информации в соответствии с требованиями, применять эффективные способы контроля и улучшения метода;
- 3) владеть навыками самостоятельной работы в части реализации метода визуализации и навыками обучения его применения.

8.5. Требования к методу визуализации

Способы и инструменты метода визуализации должны обеспечить каждому работнику возможность моментально получить объективную информацию, оценить состояние процессов и объектов визуализации в соответствии с ГОСТ Р 56906.

Для снижения риска недостоверности информации организация должна определить:

- периодичность сбора и размещения данных;
- ответственность за достоверность;
- формат и способы представления.

8.6. Объекты метода визуализации

В качестве объектов метода визуализации необходимо рассматривать для:

- 1) работников: профессию, квалификацию, компетенции, технологическую и фактическую расстановку, фактическую явку, мотивацию, безопасность труда и другие;
- 2) рабочего места: оборудование, инструменты, документацию, материалы,
- 3) рабочего пространства: здания и сооружения, производственные участки, офисные и специализированные помещения, территории, проезды, проходы и другие;
- 4) процессов учреждения: операции процесса, организационные процедуры, распорядки, регламенты, внешние и внутренние взаимодействия и т.д.;
- 5) инфраструктуры: инженерные коммуникации, средства механизации и автоматизации, транспортные средства и другие;
- 6) информационных потоков: средства и способы передачи информации, документация, аналитические данные и другие;
- 7) потока создания ценности: составные элементы, этапы и характеристики потока.

8.7. Способы и инструменты метода визуализации

Высшее руководство и руководители высшего и среднего звена определяют и применяют способы и инструменты метода визуализации для всех объектов там, где это целесообразно.

В качестве способов и инструментов метода визуализации необходимо применять:

- маркировку;
- оконтуривание;
- разметку;
- цветовое кодирование;
- информационный стенд.

8.7.1. *Маркировка*-способ визуального обозначения, позволяющий идентифицировать назначение, местоположение, применение и принадлежность объектов (документов, предметов, зданий, территорий и т.д.).

Маркировка может быть цветовой, буквенной, символьной и т.д.

Цветовая маркировка - это инструмент, с помощью которого объекты выделяются (обозначаются) цветом для идентификации их по назначению, местоположению, применению и принадлежности.

8.7.2. *Оконтуривание*-способ обозначения места размещения объекта, выделяя его контур (силуэт) контрастным цветом.

8.7.3. *Разметка*-способ визуализации объектов с помощью сигнальной цветовой кодировки для повышения эффективности и безопасности их использования. Разметкой обозначаются: границы рабочих пространств, местонахождение предметов и оборудования, транспортные проезды, проходы, траектории и направления перемещения работников, предметов, транспортных средств и т.д.

Сигнальная цветовая кодировка определяется с учетом ГОСТ Р 12.4.026.

8.7.4. *Цветовое кодирование*-способ преобразования информации в определенный цвет или комбинацию цветов (цветовой код) для придания отличительного признака объекту, процессу, показателям и т.д.

Цветовое кодирование используется в различных инструментах и способах метода визуализации от разметки до гистограмм и графиков.

8.7.5. *Информационный стенд*-доска, экран, плакат, электронное табло и т.д.

Высшее руководство учреждения определяет содержание информационных стендов.

На информационных стендах отображается:

- плановая и фактическая информация о состоянии процессов (показатели - качества, количества, затрат, безопасности, отклонения, проблемы, информация о работнике и т.д.);
- отображение изменений "до и после" ("было - стало").

8.8. Процедура визуализации информации

В организации необходимо определить процедуру:

- 1) сбора и хранения информации;
- 2) обработки и подготовки информации к размещению;
- 3) размещения информации;

4) актуализации (регулярного обновления) информации ответственным лицом.

8.8.1. При использовании механизма сбора и хранения информации необходимо обеспечить сбор исторической справки (накопления информации за период использования инструмента визуализации).

8.8.2 Для снижения риска недостоверности информации для принятия обоснованных решений необходимо разработать и применять процедуру актуализации информации, включающую:

- периодичность сбора и размещения данных;
- ответственность за достоверность;
- формат представления.

9. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧЕГО ПРОСТРАНСТВА МЕТОД 5 S

Основной целью метода 5S является создание условий для эффективного выполнения операций и с учетом рекомендуемых принципов БП в соответствии с ГОСТ Р 56407.

Вся процедура работы по методу 5s в учреждении прописана в стандарте учреждения «Алгоритм действий работника по организации рабочего места, пространства с применением метода 5S в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Регионский комплексный центр социального обслуживания населения» Шифр: СТУ-СМК-02-2019.

10. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

10.1. Мониторинг, измерение, анализ и оценка

10.1.1. Общие Положения

Процесс оценки удовлетворённости получателей социальных услуг и работников учреждения охватывает виды деятельности, связанные с получением и оценкой полученной информации:

- от получателей социальных услуг - о предоставляемых услугах;
- от работников - об условиях труда в учреждении.

10.1.2. Оценка удовлетворенности получателей социальных услуг и работников осуществляется с целью:

- обеспечения получения полноты объективных данных для анализа СМК и принятия обоснованных управленческих решений по улучшению процессов;
- повышения качества предоставления социальных услуг;
- повышения степени взаимодействия между учреждением и получателем социальных услуг;
- определения степени информированности получателя социальных услуг о социальных услугах;
- расширения сферы предоставления социальных услуг, в том числе дополнительных платных;
- определения степени удовлетворенности получателя социальных услуг предоставленной социальной услугой;
- определения требований к компетентности работников;

- определения степени удовлетворенности работников условиями труда, психологическим климатом в микро-коллективах, ресурсным обеспечением, вовлеченностью в общую деятельность учреждения.

10.1.3. Для реализации поставленных целей определены:

- источники получения информации;
- методы обработки информации;
- критерии результативности процесса;
- внутренние (косвенные) показатели для оценки работы учреждения по повышению удовлетворенности получателя социальных услуг и работников;
- анализ результатов удовлетворенности.

10.1.4. Удовлетворённость получателей социальных услуг оценивается на основании:

- информации, полученной при непосредственном общении с получателем социальных услуг, в том числе посредством телефонной связи;
- претензий получателей социальных услуг к качеству предоставления услуг;
- записей в Книге отзывов и предложений;
- социологических опросов получателей социальных услуг.

Для определения оценки удовлетворённости получателей социальных услуг и работников, учреждением используются апробированные и утвержденные формы, которые являются основой для получения обратной связи от получателя социальных услуг и работников учреждения.

Критериями результативности процесса оценки удовлетворённости получателей социальных услуг и работников является полнота информации об их удовлетворённости, в процентном выражении возвращённых получателем социальных услуг и работниками учреждения заполненных анкет и в количестве косвенных показателей деятельности учреждения.

10.1.4.1. Оценка удовлетворенности получателей социальных услуг и работников проводится на основании приказа высшего руководства (директора) учреждения, которым определены требования к оформлению документаций (анкет), сроки и ответственные.

10.1.4.2. Ответственность за своевременную оценку степени удовлетворенности получателей социальных услуг и работников, в целом по учреждению, возложена на организационно-методическое отделение.

10.1.4.3. Анкетирование работников проводится 1 раз в год в сроки, утвержденные руководством. К анкетированию привлекается не менее 51% от общего числа работников учреждения.

10.1.4.4. Оценка качества предоставляемых услуг проводится на начало и по окончании обслуживания получателя социальных услуг всеми СП учреждения. Количество охваченных получателей социальных услуг должно быть не менее 100% граждан от общего количества обслуженных первично.

10.1.4.5. Полученные в ходе анкетирования данные формируются ЗСП в сводные отчеты и передаются в организационно-методическое отделение для формирования общего отчета.

10.1.4.6. При наличии замечаний, либо предложений от получателя социальных услуг, низкой оценке качества предоставленных услуг, заведующий структурным подразделением, фиксирует данную информацию в сводном отчете и представляет мероприятия по устранению и последующему недопущению несоответствий.

10.1.4.7. Организационно-методическое отделение доводит полученную информацию до сведения высшего руководства, и осуществляет контроль за проведением корректирующих действий, так же организует мероприятия в других СП по улучшению деятельности учреждения и недопущению выявленных в ходе опроса несоответствий.

10.1.4.8. Результаты оценки удовлетворенности получателей социальных услуг и работников - обязательный пункт повестки административных совещаний при директоре учреждения (не менее 2-х раз в год).

10.1.4.9. Подлинники всех анкет, сводных информации хранятся в структурных подразделениях.
9.1.3.10. Общие отчеты, справки и сводные по результатам анкетирования хранятся в организационно-методическом отделении в течение *одного года* с момента их заполнения.

10.1.4.11. Актуализацию действующих форм анкет осуществляет организационно-методическое отделение *не реже одного раза в год*.

В результате определяется необходимость:

- внесения изменений в анкеты;
- пересмотра;
- отмены анкет.

10.1.4.11.1. Внесение изменений в формы анкет утверждается приказом учреждения.

10.1.4.11.2. Под пересмотром понимается разработка новых форм анкет, с прохождением всей процедуры согласования и утверждения.

10.1.4.11.3. Отмененные формы анкет изымаются из обращения в установленном порядке.

10.2. Внутренние аудиты

В учреждении проводятся внутренние аудиты через запланированные интервалы времени для получения информации о том, что СМБП:

а) соответствует:

- собственным требованиям учреждения к ее СМБП,
- требованиям стандарта в области СМБП,
- требованиям получателей к СМБП учреждения - там, где они установлены;

б) результативно внедрена и поддерживается в рабочем состоянии.

В учреждении и структурных подразделениях учреждения должны:

а) планировать, разрабатывать, внедрять и поддерживать в рабочем состоянии программу и планы внутренних аудитов, включая периодичность и методы проведения аудитов, а также ответственность, требования, касающиеся планирования, и предоставление отчетности.

Программа и планы аудитов должны разрабатываться с учетом важности и значения проверяемых процессов и результатов, полученных при проведении предыдущих аудитов;

- б) определять критерии аудитов и область проверки для каждого аудита;
- в) выбирать аудиторов и проводить аудиты так, чтобы обеспечивалась объективность и беспристрастность процесса аудита;
- г) обеспечивать передачу информации о результатах аудитов соответствующим руководителям;
- д) сохранять документированную информацию как свидетельство, подтверждающее внедрение программы аудитов и полученные результаты аудитов.

В программу и планы внутренних аудитов следует включать поток(и) создания ценности, как имеющий(ие) особую важность для СМБП.

Программа и планы аудита следует разрабатывать, принимая во внимание количество и значимость несоответствий в СМБП, выявленных ранее для тех или иных процессов и/или подразделений, а также влияние проверяемых процессов и/или подразделений на поток создания ценности для конечного получателя.

Требования по проведению внутренних аудитов прописано в инструкции «Внутренние аудиты в бюджетном учреждении социального обслуживания Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Регионский комплексный центр социального обслуживания населения» Шифр: СМК-У-И-СТД-3.5.

10.3. Анализ со стороны руководства

10.3.1. Общие Положения

Под анализом со стороны высшего руководства учреждения понимается оценка пригодности, соответствия назначению и результативности СМК, а так же инициирование конкретизирующих действий с целью реализации политики и целей в области качества и непрерывных улучшений.

10.3.1.1. Анализ СМК с целью обеспечения ее постоянной пригодности, эффективности и результативности в учреждении осуществляется на следующих уровнях:

- учреждения;
- структурных подразделений.

10.3.2. Анализ СМК на уровне учреждения в целом проводится 1 раз в год (преимущественно в конце календарного года) под руководством высшего руководства учреждения, результаты рассматриваются на Комиссиях по контролю качества, основной целью которых является обеспечение выполнения обязательств, принятых в области качества.

10.3.3. *Входными данными для анализа служат:*

- отчеты по внешним и внутренним аудитам;
- оценка функционирования процессов;
- анализ выполнения корректирующих действий;
- выполнение решений по результатам предыдущего анализа СМК высшим руководством учреждения;
- изменения, которые могли бы повлиять на СМК;
- рекомендации по улучшению качества предоставления услуг;
- оценка удовлетворенности получателей социальных услуг качеством предоставляемых услуг (жалобы, претензии, опросы получателей социальных услуг).

10.3.3.1. *Выходными данными из анализа служат:*

- изменения, касающиеся политики и целей в области качества;
- корректирующие действия;
- решения по повышению результативности процессов СМК;
- действия по улучшению качества предоставления услуг согласно требованиям получателей социальных услуг (получателей услуг);
- решения по обеспечению ресурсами.

10.3.4. Ответственность за организацию работы по проведению анализа СМК на уровне учреждения в целом возложена на руководителей высшего звена. Записи о результатах анализа хранятся у руководителей высшего звена или у ГАУ в течение 3-х лет.

10.3.4.1. Анализ на уровне СП проводится 1 раз в год и рассматривается на совещаниях, проводимых руководителями среднего звена. На совещаниях также оцениваются результаты работы по качеству и вырабатываются решения по управлению несоответствиями в СМК, проведению корректирующих действий и улучшению СМК.

10.3.4.2. Владельцы процессов обеспечивают сбор и анализ данных, необходимых для подтверждения пригодности и результативности СМК, а также для оценивания областей возможного улучшения СМК.

10.3.4.3. Анализ данных может помочь установить первопричину существующих потенциальных проблем и, следовательно, способствовать принятию решений по корректирующим и предупреждающим действиям, требующимся для улучшения предоставления услуг.

10.3.4.1.4. Для результативной оценки высшем руководством деятельности учреждения в целом необходимо обобщать и проанализировать данные и информацию, полученные от всех СП.

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

10.3.4.1.6. Процесс Анализа СМК сопровождается следующими записями:

- отчет об анализе СМК учреждения;
- протокол заседания комиссии по контролю качества;
- сводный отчет о результатах внутренних аудитов учреждения

10.3.4.1.7. Анализ СМК со стороны высшего руководства учреждения фиксируется в годовом отчете: «Анализ СМК со стороны высшего руководства учреждения по итогам ____ года».

Формат отчета представлен в (Приложении 7 Стандарта учреждения в области системы менеджмента качества СМК-СТУ-01-2019)

Каждый руководитель (высшее руководство, руководители высшего и среднего звена) лично отвечает за результаты своей деятельности в СМБП.

11. УЛУЧШЕНИЕ

11.1. Ориентация на удовлетворенность потребностей получателей социальных услуг

11.1.1. Общие Положения

Высшее руководство учреждения, руководители высшего и среднего звена учреждения демонстрируют работникам учреждения лидерство и приверженность в отношении ориентации на получателя социальных услуг посредством обеспечения того, что:

- требования получателей социальных услуг, а также применимые законодательные и нормативные правовые требования определены, поняты и неизменно выполняются;
- риски и возможности, которые могут влиять на соответствие услуг и на способность повышать удовлетворённость получателей социальных услуг, определены и рассмотрены;

В центре внимания руководства учреждения находится повышение удовлетворённости получателей социальных услуг.

Обеспечивая выполнение требований получателей социальных услуг руководство учреждения:

- обеспечивает выполнение требований получателей социальных услуг для повышения степени их удовлетворенности;
- определяет потребности и ожидания своих работников в признании, удовлетворенности работой, а также в их развитии, что помогает обеспечивать наиболее полное вовлечение и наиболее сильную мотивацию работников при предоставлении социальных услуг;
- учитывает потенциальные преимущества для учреждения от установления партнерских отношений с социальными партнерами и общественностью.

11.1.2. С целью определения степени удовлетворенности получателя социальных услуг, учреждением осуществляется систематическая и регулярная работа (процесс), ориентированная на повышение качества предоставляемых услуг и улучшение условий труда работников.

11.2. Постоянное улучшение

11.2.1. Общие Положения

В учреждении осуществляется постоянное улучшение качества всех процессов, приводящих к улучшению качества предоставления услуг.

На заседаниях Комиссии по контролю качеству и Комитету по бережливости один раз в квартал анализируется результативность СМБП. По итогам года анализируется Политика и цели в области качества бережливого производства учреждения в целом и всех его СП в отдельности с последующей их корректировкой. В учреждении разработан план по улучшению качества работы по предоставлению социальных услуг.

11.2.2. Ответственность, Полномочия и обмен информацией

Высшим руководством учреждения (Д) определены и доведены до сведения работников их ответственность и полномочия при внедрении и поддержании в рабочем состоянии СМК и СМБП.

Распределение ответственности и полномочий в учреждении в рамках СМК и СМБП, реализуемой путем функциональной организационно-распорядительной формы управления, осуществляется с помощью организационной структуры учреждения.

Ответственность и полномочия руководства и всех работников определены в Стандарте учреждения в области СМК СМК-СТУ-01-2019, Стандарте учреждения в области СМБП СМК-СТУ-БП-03-2019, инструкциях, в том числе, должностных, и иных документах, включенных в документацию СМК.

11.2.2.1. Функции, задачи и взаимодействие структурных подразделений учреждения изложены в соответствующих Положениях. Распределение ответственности работников учреждения в СМБП учреждения в обобщенном виде представлены следующим образом:

11.2.2.2. Руководители среднего звена:

- несут ответственность за организацию и проведение внутренних проверок предоставления социальных услуг работниками отделений;
- проводят анализ состояния СМБП, оформляют отчеты и предоставляют ответственному лицу;
- выявляют причины претензий и жалоб получателей социальных услуг по предоставлению услуг с последующим проведением анализа;
- проводят мероприятия по устранению и предупреждению недостатков;
- проводят регулярную оценку степени удовлетворенности получателей социальных услуг предоставлением услуг путем проведения специальных опросов.

11.2.2.3. Работники всех структурных подразделений:

- непосредственно оказывают социальные услуги получателям социальных услуг;
- осуществляют периодический самоконтроль предоставления услуг;
- проводят работу по устранению или предупреждению недостатков.

11.3. Несоответствия и корректирующие действия

При появлении несоответствия руководители высшего и среднего звена :

а) реагируют на данное несоответствие и, если это применимо:

- предпринимают действия по управлению и устранению выявленного несоответствия;
- предпринимают действия в отношении последствий данного несоответствия;

б) оценивают необходимость действий по устранению причин данного несоответствия, с тем чтобы избежать его повторного появления или появления в другом месте посредством:

- анализа несоответствия,
- определения причин, вызвавших появление несоответствия, и
- определения наличия другого аналогичного несоответствия или возможности его возникновения;

в) выполняют любое необходимое действие;

г) анализируют результативность любого предпринятого корректирующего действия

д) внося при необходимости изменения в СМБП.

Корректирующие действия должны соответствовать последствиям выявленных несоответствий.

Документированную информацию сохраняют как свидетельство:

- характера выявленных несоответствий и последующих предпринятых действий;
- результатов любого корректирующего действия.

Руководители высшего и среднего звена обеспечивают выполнение корректирующих действий в полном объеме в установленные сроки.

11.4. Улучшение потока создания ценности

В учреждении и ее структурных подразделениях должны осуществляться улучшение потока создания ценности на основе запланированных действий в отношении рисков.

Улучшение потока создания ценности должно рассматриваться при безусловном соблюдении требований потребителей и обеспечении гарантированного уровня безопасности.

Деятельность по улучшению следует направить на:

- выравнивание потоков создания ценности;
- синхронизацию потоков создания ценности;
- улучшение характеристик финансового, информационного и материального потоков.

Безопасность может включать в себя техническую, экономическую, социальную, экологическую и другие виды безопасности.

12. РЕСУРСЫ

12.1. Общие Положения

В учреждении определены необходимые ресурсы для функционирования и улучшения СМБП, а также для удовлетворения потребностей получателей услуг. К основным необходимым ресурсам относятся:

- кадровые;
- человеческие;
- материально-технические (инфраструктура);
- информационные.

12.1.1. Кадровые ресурсы

Работники, предоставляющие социальные услуги в учреждении должны соответствовать требованиям Стандартов ГОСТ Р 52142-2003 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие Положения», ГОСТ Р 52883-2007 «Социальное обслуживание населения. Требования к персоналу учреждений социального обслуживания» и утвержденному штатному расписанию.

Каждому получателю социальных услуг гарантируется предоставление социальных услуг работниками учреждения, имеющими профессиональную подготовку, квалификацию и опыт работы, необходимые для оказания социальных услуг в полном объеме в соответствии с индивидуальной нуждаемостью и условиями Договора между получателем социальных услуг и учреждением, являющимся поставщиком.

Обеспечение всех видов деятельности учреждения, входящих в СМБП, работниками необходимой компетентности состоит из следующих этапов:

- определение потребности и подбор работников;
- обучение и воспитание работников (наставничество);
- профессиональная подготовка (переподготовка) работников;
- аттестация работников.

Порядок приема на работу, условия заключения трудовых договоров между учреждением и работниками определяются в соответствии с коллективным договором учреждения и действующими законодательными актами Российской Федерации, Ханты-Мансийского автономного округа.

Повышение квалификации работников учреждения в течение всего периода их профессиональной деятельности является неотъемлемой частью трудовой деятельности.

Формы повышения квалификации разнообразны по срокам и содержанию. Основными из них являются:

- образовательные программы повышения квалификации, в том числе краткосрочные, по актуальным вопросам социального обслуживания;
- семинары, конференции, вебинары, научные чтения, стажировки и др.

Ответственность за компетентность, подготовку кадров, аттестацию и переподготовку работников учреждения возложена на:

- Высшее руководство учреждения (Д);
- Руководителей высшего звена (ЗД);
- Руководителей среднего звена (ЗСП);
- Специалистов по кадрам.

12.1.2. Человеческие ресурсы

Высшим руководством учреждения (Д) определяется и обеспечивается наличие должностных лиц, необходимых для результативного внедрения СМБП и для функционирования и управления ее процессами.

12.1.3. Материально-технические ресурсы (инфраструктура)

Материально-технические ресурсы учреждения в значительной мере влияют на качество предоставления услуг.

Материально-техническим ресурсам относятся условия размещения учреждения, техническое оснащение учреждения, оргтехника, реабилитационное оборудование, канцелярские принадлежности т.д.

Условия размещения учреждения и обеспечение доступности предоставления социальных услуг должны соответствовать требованиям государственных Стандартов и быть следующими:

- учреждение и его СП должны размещаться в специальном здании или помещениях, доступных для всех категорий обслуживаемых граждан, в том числе для инвалидов и других маломобильных групп населения;
- помещения должны быть обеспечены всеми средствами коммунально-бытового обслуживания и оснащены телефонной связью;
- по размерам и состоянию помещения должны отвечать требованиям санитарно-гигиенических норм и правил, безопасности труда и должны быть защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенная температура воздуха, влажность воздуха, загазованность и т.д.);
- площадь, занимаемая учреждением, должна позволять нормальное размещение работников, граждан для предоставления им услуг и отвечать установленным требованиям.

В связи с этим в учреждении предусмотрены меры, направленные на создание или поддержание упомянутых условий, а при возможности – на их улучшение:

- разработка и актуализация паспорта доступности;
- формирование и исполнение плана мероприятий по улучшению качества работы учреждения.

Также для качественного предоставления услуг немаловажным вопросом является оснащение учреждения специальным и табельным оборудованием, аппаратурой и приборами, отвечающими требованиям ГОСТ Р 52142-2013 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие Положения», ГОСТ Р 52882-2007 «Социальное обслуживание населения. Специальное техническое оснащение учреждений социального обслуживания», государственным Стандартам социального обслуживания и Стандартов Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

В СМБП учреждения предусмотрены мероприятия, направленные на то, чтобы:

- оборудование, приборы и аппаратура использовались строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию, содержались в технически исправном состоянии и систематически проверялись;
- неисправное оборудование, приборы и аппаратура, дающие при работе сомнительные результаты, своевременно снимались с эксплуатации, заменялись или ремонтировались (если они подлежат ремонту), а пригодность отремонтированных принтеров и аппаратуры подтверждалась их проверкой.

Обеспечение материально-техническими ресурсами (канцелярские товары, мебель, оргтехника, транспорт, услуги связи, строительные и иные услуги) осуществляется с целью повышения качества материально-технического обеспечения и минимизации затрат на этот вид деятельности.

Процесс управления материально-техническим обеспечением включает:

- сбор заявок по требуемым ресурсам от СП и их анализ с целью определения неиспользованных резервов ресурсов;
- заключение договоров по вопросам обеспечения;
- составление договоров по взаимозачетам;
- ведение картотеки по приходу и расходу материалов и оборудования;

- удовлетворение заявок на материалы и оборудование по обеспечению оказания социальных услуг;
- осуществление хозяйственных нужд.

Ответственность за управление материально-техническими ресурсами возложена главного бухгалтера, юрисконсульта, экономиста, заместителя директора, заведующего хозяйством, заведующего отделением.

12.1.4. Информационные ресурсы

Вопросы информации являются основной составной частью СМБП, так как без правильно организованной информационной работы невозможно обеспечить качество предоставляемых услуг.

Учреждение предоставляет информацию в различных формах и через различные источники в целях гарантированного информирования населения, потенциальных получателей социальных услуг и членов их семей о формах социального обслуживания, о гарантированном государством перечне социальных услуг и дополнительных услугах, предоставляемых учреждением.

12.1.4.1. Состав и объем информации

Любому лицу, обратившемуся в учреждение, предоставляется информация:

- о местонахождении учреждения и его СП, предоставляющих социальные услуги;
- о графике работы, процедуре приема граждан (обращение по телефону, прием в день обращения и т.д.), о руководителях, о направлениях деятельности и др.;
- о видах социальных услуг, предоставляемых учреждением;
- о перечне гарантированных государством услуг и перечне дополнительных услуг;
- об условиях предоставления услуг;

- о перечне документов, необходимых для получения услуг;
- о сроках оказания услуг;
- о процедуре подачи жалобы

12.1.4.2. Информация об учреждении, его СП, видах социальных услуг

Данная информация распространяется через:

- все СП и размещается на специальных стендах в местах, доступных для всех посетителей;
- средства массовой информации, официальный сайт учреждения;
- взаимодействие с учреждениями и организациями города;
- учреждения социальной защиты населения;
- общественные организации;
- попечительский совет;
- специалистов при посещении граждан на дому.

Учреждение и его СП отмечены вывесками, на которых указано название учреждения или его СП, график работы, телефон, ФИО сотрудников СП (последнее для СП).

Кроме того, в учреждении на видном месте должен быть расположен стенд с перечнем национальных и государственных Стандартов в области социального обслуживания.

Печатные экземпляры Стандартов должны находиться у ЗД, у ЗСП и выдаваться получателю социальных услуг (потенциальному клиенту) или его представителю по его запросу.

Анализ непротиворечивости и актуальности информации, размещенной на стендах, должен проводиться не менее 1-го раза в полугодии ответственным работником учреждения, и в случае необходимости её содержание должно обновляться.

13. ЗАКУПКИ

13.1. Общие Положения

Учреждение обеспечивает соответствие закупленной продукции установленным требованиям.

13.1.1. Целью закупок является приобретение у поставщика товаров, работ и услуг, обеспечивающих необходимый уровень предоставления услуг потребителям. учреждение определяет перечень и объем закупаемой продукции, а также требования (спецификацию) к

ней. Планируемый объем закупок отражается в смете расходов учреждения, составленной с учетом смет расходов структурных подразделений

12.1.2. Процесс закупок в учреждении регламентирован Федеральным законом от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», Федеральный закон 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» 20.06.2011г.

13.1.3. Оформление поставок товара, выполнение работ, оказание услуг производится в виде заключения гражданско-правового договора содержащего перечень работ, их сроки и стоимость, ответственность, требования по соблюдению конфиденциальности, порядок разрешения споров.

13.1.4. Предметами закупок в учреждении, обеспечивающие основные процессы СМК, к которым применяются Положения раздела ГОСТ Р ИСО 9001-2015, являются:

- продукты питания;
- медикаменты;
- мягкий инвентарь;
- товары, материалы и оборудование;
- транспорт и др.

13.1.5. Грамотно разработанные, утвержденные и внедренные процессы предоставления услуг гарантируют стабильность качества услуг на всех этапах его предоставления.