

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	1 z 33

Organizačná smernica č. OS52/12.05.2022 Príručka systému manažérstva kvality

Číslo výtlačku:

	Meno a priezvisko	Funkcia	Dátum	Podpis
Vypracoval:	Mgr. Miroslava Čabalová	Zamestnanec poverený SMK	12.05.2022	
Preveril:	Ing. Gabriela Hrončeková	Riaditeľ	12.05.2022	
Schválil:	Ing. Gabriela Hrončeková	Riaditeľ	12.05.2022	

Príručka kvality je duševným vlastníctvom organizácie. Každé jej použitie bez súhlasu vydavateľa je porušením vlastníckych práv v zmysle zákona 185/2015 Z.z. To sa týka aj jej rozmnožovania, vypisovania, distribúcie iným ako oficiálnym príjemcom, vrátane kopírovania a uloženia textu v elektronickej forme.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	2 z 33

Záznam o zmenách

P.č.	Dátum	Číslo kapitoly	Popis zmien	Navrhov	Schválil
1.	12.05.2022	Všetky	Prvé spracovanie dokumentu	Mgr. Miroslava Čabalová	Ing. Gabriela Hrončeková
2.	13.10.2023	4.4	Doplnenie kapitoly	Mgr. Daniela Cigániková	Ing. Gabriela Hrončeková
3.					
4.					

Obsah:

Obsah:	2
1 Účel a rozsah príručky kvality	4
1.1 Účel príručky	4
1.2 Rozsah platnosti	4
2 Pojmy a skratky	5
2.1 Definícia pojmov	5
2.2 Použité skratky	6
3 Predstavenie organizácie	6
4 Systém manažérstva kvality	7
4.1 Pochopenie organizácie a jej súvislostí	7
4.2 Pochopenie potrieb a očakávaní zainteresovaných strán	7
4.3 Určenie predmetu systému manažérstva kvality	7
4.4 Systém manažérstva a jeho procesy	8
5 Vodcovstvo	10
5.1 Vodcovstvo a záväzok manažmentu	10
5.1.1 Zameranie na zákazníka	10
5.2 Politika	11
5.3 Roly, zodpovednosti a právomoci v organizácii	11
6 Plánovanie	11
6.1 Opatrenia na zvládnutie rizík a príležitostí	11
6.1.1 Proces riadenia rizík	11
6.1.2 Opatrenia na zvládanie rizík a príležitostí	12
6.2 Ciele kvality a plánovanie ich dosiahnutia	13
6.3 Plánovanie zmien	13
7 Podpora	14
7.1 Zdroje	14
7.1.1 Poskytovanie zdrojov	14
7.1.2 Pracovníci	14
7.1.3 Infraštruktúra	15
7.1.4 Prostredie pre prevádzku procesov	16
7.1.5 Zdroje monitorovania a merania	16
7.1.6 Poznatky organizácie	17

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	3 z 33

7.2	Kompetentnosť	17
7.3	Povedomie	18
7.4	Komunikácia.....	18
7.5	Zdokumentované informácie.....	18
7.5.1	Tvorba a aktualizácia.....	20
7.5.2	Riadenie zdokumentovaných informácií.....	20
8	Prevádzka	21
8.1	Plánovanie a riadenie prevádzky.....	21
8.2	Požiadavky na produkty a služby.....	22
8.2.1	Komunikácia so zákazníkom.....	22
8.2.2	Určenie požiadaviek na produkty a služby.....	22
8.2.3	Preskúmanie požiadaviek na produkty a služby.....	22
8.2.4	Zmeny v požiadavkách na produkty a služby	23
8.3	Návrh a vývoj.....	23
8.4	Riadenie externe poskytovaných procesov, produktov a služieb	23
8.4.1	Procesy externe poskytovaných produktov a služieb.....	23
8.4.2	Typ a rozsah riadenia	23
8.4.3	Informácie pre externých poskytovateľov	24
8.5	Výroba a poskytovanie služby.....	24
8.5.1	Riadenie výroby a poskytovania služby.....	24
8.5.2	Identifikácia a sledovateľnosť.....	25
8.5.3	Majetok patriaci zákazníkovi, alebo externým poskytovateľom	25
8.5.4	Ochrana	25
8.5.5	Činnosti po dodaní	26
8.5.6	Riadenie zmien	26
8.6	Uvoľňovanie produktov a služieb.....	26
8.7	Riadenie nezhodných výstupov.....	26
9	Hodnotenie výkonnosti	27
9.1	Monitorovanie, meranie, analýza a hodnotenie.....	27
9.1.1	Plnenie požiadaviek na monitorovanie, meranie, analýzu a hodnotenie.....	27
9.1.2	Spokojnosť zákazníka	27
9.1.3	Analýza a hodnotenie	27
9.2	Interný audit.....	28
9.3	Preskúmanie manažmentom	29
10	Zlepšovanie	30
10.1	Prístup k zlepšovaniu	30
10.2	Nezhoda a nápravné opatrenie.....	30
10.3	Trvalé zlepšovanie	31
11	Zoznam príloh:	31

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	4 z 33

1 Účel a rozsah príručky kvality

1.1 Účel príručky

Príručka kvality zariadenia sociálnych služieb Domova sociálnych služieb – Púchov – Nosice (ďalej len „DSS Púchov – Nosice“) popisuje zavedený systém manažérstva kvality v súlade s požiadavkami normy STN EN ISO 9001:2016 „Systémy manažérstva a kvality - Požiadavky“ (ďalej len „ISO 9001,“).

Je komplexným dokumentom obsahujúcim popis všetkých v organizácii existujúcich činností, procesov, vzťahov medzi zamestnancami organizačných útvarov a vzťahov navonok ku klientom (zákazníkom) a všetkým zúčastneným stranám.

Svojim obsahom potvrdzuje, že všetky činnosti v organizácii, ktoré majú vplyv na kvalitu poskytovaných sociálnych služieb sú plánované, riadené a kontrolované a ostatné manažérske procesy sú monitorované a vyhodnocované.

Realizácia týchto postupov garantuje, že produkty a služby organizácii plne spĺňajú špecifikácie, alebo zmluvné požiadavky zákazníkov, klientov, zainteresovaných strán, legislatívy a tým naplňujú požiadavky normy ISO 9001.

Neoddeliteľnou súčasťou Príručky kvality je Procesný model organizácie, ktorý je spracovaný tak, aby zabezpečoval efektívne vykonávanie procesných a organizačných zmien.

1.2 Rozsah platnosti

- Príručka kvality je záväzným dokumentom platným v celej organizácii .
- Platnosť príručky je obmedzená v skupine Štandardov kvality pre procesy v skupinách:
 - Základné ľudské práva a slobody
 - Procesurálne podmienky
 - Personálne podmienky
 - Prevádzkové podmienky
- V skupine riadiacich a podporných procesov sú skupiny procesov:
 - Finančné riadenie
 - Účtovníctvo a mzdy
 - Riadenie kvality
 - Obstarávanie a nákup
 - Podporné služby
 - Obslužné a ďalšie činnosti
- Z hľadiska zhody s normou ISO 9001 je rozsah príručky obmedzený, nakoľko sa nevzťahuje na kapitolu 8.3 Návrh a vývoj. Zdôvodnenie tohto tvrdenia: Kap. 8.3
- Hlavné prvky SMK sú prepojené medzi sebou a sú usporiadané tak, aby spĺňali všetky požiadavky normy , legislatívy a zainteresovaných strán.
- Zodpovednosť za plánovanie SMK má vedenie organizácie. Výkonné právomoci sú prenesené na Manažéra SMK v zmysle povinností uvedených v organizačnom poriadku.
- Základné údaje o organizácii:
 - Zriaďovateľ: Trenčiansky samosprávny kraj

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	5 z 33

- názov organizácie : Domov sociálnych služieb - Púchov - Nosice
- sídlo organizácie : 57, 020 01, Púchov
- právna forma : Rozpočtová organizácia s právnou subjektivitou
- IČO : 00628115
- e-mail : info@cssnosice.sk
- internetová stránka : www.cssnosice.sk
- vedenie organizácie : Ing. Gabriela Hrončeková
- zamestnanec poverený SMK: Mgr. Miroslava Čabalová

2 Pojmy a skratky

2.1 Definícia pojmov

Organizácia	Spoločnosť, prevádzka, firma, podnik, inštitúcia alebo asociácia - združenie, resp. ich časť, či už pridružená alebo nie, verejná, alebo súkromná, ktorá má vlastnú funkciu a administratívu.
Organizačná štruktúra	Usporiadanie zodpovednosti, právomoci a vzťahov medzi zamestnancami.
Produkt	Výsledok procesu, ako sú tovar a služby.
Proces	Súbor vzájomne súvisiacich alebo vzájomne sa ovplyvňujúcich činností, ktoré transformujú vstupy na výstupy.
Zainteresovaná strana	Osoba, alebo organizácia, ktorá môže mať vplyv na rozhodnutie alebo činnosť, alebo nimi môže byť sama ovplyvnená, resp. sa cíti ovplyvnená.
Zdokumentované informácie	Informácie, u ktorých sa požaduje, aby boli organizáciou riadené a udržiavané vrátane médií na ktorých sú uložené. V podmienkach našej organizácie tento termín zahŕňa dokumenty a záznamy, a v texte ďalej môžu byť použité tieto termíny ako rovnocenné.
Súvislosti organizácie	Podnikateľské prostredie, tj. kombinácie interných a externých faktorov a podmienok, ktoré môžu mať vplyv (pozitívny alebo negatívny) na organizáciu.
Infraštruktúra	Systém vybavenia, zariadenia a služieb nevyhnutných na prevádzku spoločnosti.
Validácia	Potvrdenie platnosti poskytnutím objektívneho dôkazu o splnení požiadavky na špecifikované použitie. Validácia sa často realizuje u zákazníka.
Verifikácia	Overenie a potvrdenie splnenia špecifikovaných požiadaviek v interných podmienkach organizácie.
Záväzná povinnosť	Zákonné požiadavky, alebo iné požiadavky, ktoré organizácia musí, alebo sa rozhodla plniť.
Riziká a príležitosti	Potenciálne nepriaznivé účinky a potenciálne priaznivé účinky
Kompetencie	Schopnosť využitia poznatkov a zručností pre dosiahnutie zamýšľaných výsledkov.
Zabezpečovať externe	Znamená prijať opatrenie pre prípad, že externá organizácia vykonáva časť funkcie, alebo procesu organizácie
Zhoda	Splnenie požiadaviek
Nezhoda	Nesplnenie požiadaviek, Pre BOZP: Akákoľvek odchýlka od pracovných noriem, inštrukcií, postupov, predpisov, výkonnosti systému manažérstva, atď., ktorá by mohla priamo alebo nepriamo viesť k ujme na zdraví (poraneniu alebo chorobe), poškodeniu majetku, poškodeniu pracovného prostredia, alebo ich kombinácii.
Nápravné opatrenie	Opatrenie na odstránenie príčiny nezhody a zabránenie aby sa opakovala
Neustále zlepšovanie	Opakujúca sa činnosť zameraná na zvyšovanie výkonnosti
Efektívnosť	Rozsah, v ktorom sú plánované činnosti realizované a plánované výsledky dosiahnuté
Indikátor	Merateľné vyjadrenie stavu alebo štádia prevádzky, riadenie jeho podmienok. Je to ukazovateľ vývoja určitého vybraného javu.
Monitorovanie	Určovanie stavu systému, procesu, alebo činnosti
Audit	Audit je systematické skúmanie, či sú činnosti a príslušné výsledky v súlade s naplánovanými opatreniami, či sú tieto opatrenia implementované efektívne a či sú vhodné na dosiahnutie cieľov a politiky organizácie.
Systém manažérstva kvality	systém manažérstva na usmerňovanie a riadenie organizácie s ohľadom na kvalitu.
Politika kvality	celkové zámery a smer pôsobenia organizácie v oblasti kvality, oficiálne vyhlásené vrcholovým manažmentom. Politika kvality poskytuje rámec pre formuláciu cieľov kvality.
Ciele kvality	sú prehlásenia, ktoré podporujú Politiku kvality, ktoré majú vlastnosti: požadovanú úroveň výkonového parametra, termíny realizácie a zodpovednú osobu. Ciele ukazujú smer činností a poskytujú základňu pre meranie.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	6 z 33

2.2 Použité skratky

SMK	- Systém manažérstva kvality
SR	- Slovenská republika
IA	- Interný audit
EU	- Európska Únia
IT	- Informačné technológie
WEB	- Internetové prostredie
PZS	- Pracovná zdravotná služba
STN	- Slovenská technická norma
ZS	- zainteresovaná strana
NO	- Nápravné opatrenie
LZ	- Ľudské zdroje
PK	- Príručka kvality
PM	- Procesný model
PK	- Príručka kvality
PSS	- Prijímateľ sociálnej služby
SS	- Sociálna služba

3 Predstavenie organizácie

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice je v zriaďovateľskej pôsobnosti Trenčianskeho samosprávneho kraja ako jeho rozpočtová organizácia s právnou subjektivitou.

DSS Púchov - Nosice poskytuje komplexné sociálne služby formou celoročného pobytu 34 PSS, týždenného pobytu 4 PSS a ambulantnú službu poskytovania sociálnych služieb 2 PSS (schválená kapacita zariadenia = 40 PSS) - deťom a plnoletým fyzickým osobám so zdravotným postihnutím, ktorí sú odkázaní na sociálnu službu poskytovanú v domove sociálnych služieb v súlade so zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Ide o fyzické osoby so zdravotným postihnutím, ktorým sú telesné postihnutie, duševné poruchy a poruchy správania alebo zmyslové postihnutie, prípadne kombinácia uvedených postihnutí. Tieto osoby sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a ich stupeň odkázanosti je najmenej V podľa prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 Z.z., alebo fyzickej osoby, ktorá je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca a jej stupeň odkázanosti je najmenej III podľa prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách.

Uvedený druh sociálnej služby je pre túto skupinu fyzických osôb účelný hlavne z dôvodu, že týmto občanom nemožno poskytnúť iný druh sociálnej služby v súlade so zákonom o sociálnych službách nakoľko poskytnutie inej sociálnej služby podľa zákona o sociálnych službách by dostatočne neriešilo sociálnu núdzu týchto občanov.

Poslaním nášho zariadenia je poskytovanie sociálnych služieb v súlade so zákonom, deťom a plnoletým fyzickým osobám – ženám a mužom s mentálnym, zdravotným, telesným a zmyslovým postihnutím v domove sociálnych služieb, kde prijímame prijímateľov sociálnych služieb do dovŕšenia dôchodkového veku.

Poskytovanie sociálnych služieb v domove sociálnych služieb je postavené na základných princípoch etického a odborného prístupu v súlade s ochranou bezpečnosti a života PSS a s ochranou ľudských práv a základných slobôd.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	7 z 33

Vízia nášho zariadenia je byť zariadením, ktoré poskytuje komplexné služby v sociálnej a zdravotnej oblasti so zameraním na odborný prístup kvalifikovaným personálom s dôrazom na individualitu a dôstojnosť PSS.

4 Systém manažérstva kvality

4.1 Pochopenie organizácie a jej súvislostí

Organizácia určila pomocou SWOT analýzy interné a externé záležitosti, ktoré sú relevantné pre jej účel a strategické zameranie a ovplyvňujú jej schopnosť dosahovať zamýšľaný výsledok v systéme manažérstva kvality. Z analýzy a identifikácie interných a externých záležitostí vyplynuli riziká a príležitosti v oblasti SMK. Interné a externé záležitosti, ktoré ovplyvňujú schopnosť organizácie poskytnúť zamýšľaný výstup a riziká a príležitosti sú uvedené v dokumente – Katalóg rizík a príležitostí a zoznam požiadaviek ZS (číslo dokumentu – E17/01.05.2022).

Mapovanie súvislostí (Dokument Katalóg rizík a príležitostí) je viazané na zainteresované strany, ktoré ovplyvňujúce interné a externé okolnosti vyvolávajú. K jednotlivým zainteresovaným stranám sú definované interné a externé záležitosti, ktoré ovplyvňujú schopnosť organizácie dodať zákazníkovi zamýšľaný výstup a z nich vyplývajú riziká. Tieto riziká sú hodnotené 2D tabuľkou, kde dimenzie sú:

Pravdepodobnosť vzniku a existencie rizika

Dopad rizika

Hodnotenie rizík a príležitostí je realizované v súlade s procesom 3.1 Analýza a riadenie rizík, príležitostí a požiadaviek zainteresovaných strán. Proces je popísaný v kapitole 6.1 tejto príručky.

4.2 Pochopenie potrieb a očakávaní zainteresovaných strán

Organizácia určila zainteresované strany, ktoré sú relevantné pre jej SMK a predmet poskytovania služieb a vyhodnotila oprávnené požiadavky týchto zainteresovaných strán. Ich prehľad je uvedený v dokumente – Katalóg rizík a príležitostí a zoznam požiadaviek ZS (číslo dokumentu – E17/01.05.2022).

Potreby a očakávania zainteresovaných strán sú v rámci vyššie uvedenej evidencie minimálne 1x ročne vedením organizácie preskúmané a to hlavne z dôvodu či nenastali nové, resp. zmenené okolnosti, na základe ktorých je nutné zohľadniť nejakú požiadavku. Ak z preskúmania a hodnotenia vyplynie potreba prijatia opatrení, tieto sa uvedú v Knihe NO.

4.3 Určenie predmetu systému manažérstva kvality

Organizácia určila hranice a aplikovateľnosť svojho SMK, aby vymedzila jeho predmet. Pritom zvažila:

- externé a interné záležitosti;
- požiadavky relevantných zainteresovaných strán;
- dodávané sociálne služby.

Systém manažérstva kvality sa týka celej organizácie a všetkých jej pracovísk, všetkých vyrábaných a dodávaných produktov a služieb.

- Rozsah predmetu systému manažérstva v zmysle normy ISO 9001 je nasledovný:

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	8 z 33

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice poskytuje starostlivosť deťom a plnoletým fyzickým osobám s mentálnym postihnutím, poruchami správania, s pridruženým telesným, alebo zmyslovým postihnutím. V rámci našich služieb poskytujeme:

- Opatrovateľskú starostlivosť
 - Sociálne poradenstvo
 - Výchovnú činnosť
 - Pracovnú terapiu
 - Ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie, údržba bielizne a šatstva
 - Sociálnu rehabilitáciu
 - Zaujmovú činnosť
- Z hľadiska vybavenia sa organizácia nachádza v Púchove, časti Nosice. Objekt (pracovisko) , v ktorých realizujeme naše služby je:
 - Jedna hlavná budova (4 podlažná budova slúžiaca na ubytovanie a obslužné činnosti pre PSS, kancelárie, rehabilitácia, údržba a práčovňa, samostatne stojaca v záhrade),
 - Pri hlavnej budove je koridorom spojená prístavba jedálne a kuchyne, kde sa na 2. podlaží nachádza „Centrum výchovy a vzdelávania“.

4.4 Systém manažérstva a jeho procesy

SMK je v našej organizácii založený na procesnom riadení, popise procesov, meraní výkonových ukazovateľov kvality a ich neustálom zlepšovaní. Ukazovateľom kvality poskytovaných služieb a dodávaných produktov je v prvom rade spokojnosť klientov a zainteresovaných strán. Preto aj systém ukazovateľov výkonnosti procesov je založený na získavaní spätnej väzby od klientov, ktorými sú prijímatelia sociálnych služieb (PSS).

Všetky definované procesy sú na sebe závislé a popisujú činnosti vykonávané v organizácii. Každá činnosť je popísaná tak, aby bol jednoznačne definovaný spôsob jej vykonávania. Naša organizácia sa riadi pracovnými postupmi danými popisom procesov, kde je vždy definované čo sa má vykonať , ktoré pracovné miesto to má vykonať a ako sú definované vstupy a výstupy jednotlivých činností. Procesný model obsahuje dva druhy popisu procesov a to:

- ❖ Procesy, popísané postupovým diagramom s popisom čo , kto urobí a aké sú vstupy a výstupy činností – v mape procesov zelené procesy
- ❖ Procesy , popísané diagramom priradenia funkcií, kde nie je proces popísaný detailnou postupnosťou činností, ale sú v ňom vstupy, výstupy a zodpovednosti za proces a je uvedené odvolanie sa na smernicu, v ktorej sú tieto postupy detailne popísané – v mape procesov žlté procesy.

Procesný model organizácie je súčasťou systému riadenia kvality. Nultá, prvá a druhá úroveň identifikovaných procesov organizácie s majiteľmi procesov je uvedená Procesnom modeli v prezentácii HTML v Mape procesov po aktivovaní funkcie „Zobraziť popisy“.

Všetky procesy organizácie sú rozdelené do 2 hlavných kategórií:

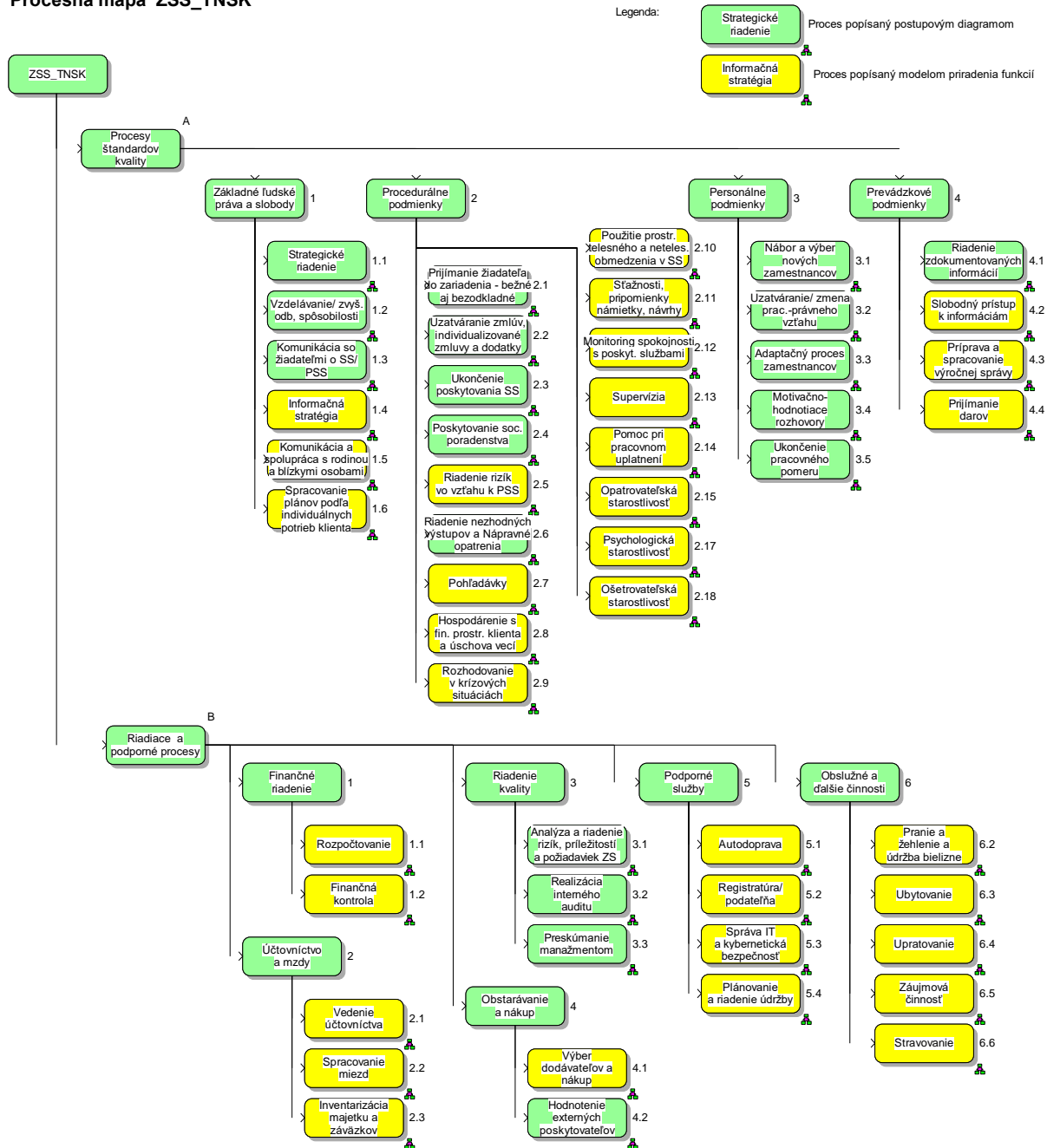
Procesy štandardov kvality – organizácia nimi zabezpečuje hlavnú činnosť, pomocou ktorej plní svoje poslanie voči zákazníkom za odplatu. Súčasne sú to aj procesy, ktorými zabezpečujeme požiadavky na štandardy kvality v zmysle Zákona SR č. 448/2008 o sociálnych službách, §9 odst. (6) a prílohy k tomuto zákonu č. 2, písm.A **Riadiace a podporné procesy** – Riadiace - organizácia nimi zabezpečuje riadiace úlohy a požiadavky a Podporné - podporujú kľúčové a riadiace procesy a bez ktorých by organizácia nemohla plniť svoje poslanie.

Dátum platnosti procesného modelu sa zobrazuje na prvej úvodnej obrazovke modelu po spustení ako text: Riadený dokument, platný od – dátum. Všetky ostatné dátumy, uvedené na obrázkoch procesov v päte dokumentu sú systémové, nepovažujú sa za dátum platnosti dokumentu.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	9 z 33

Procesný model organizácie:

Procesná mapa ZSS_TNSK



Procesy, zobrazené na obrázku sa otvoria po kliknutí na hierarchizačný symbol umiestnený v pravom dolnom rohu každého procesu. V rámci procesov je možné otvárať zdokumentované informácie,

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	10 z 33

ktoré majú v pravom hornom rohu symbol kľúčika. Takto si zamestnanci pri overovaní procesných postupov môžu otvoriť príslušný dokument.

5 Vodcovstvo

5.1 Vodcovstvo a záväzok manažmentu

Vedenie organizácie zodpovedá za zavedenie, udržiavanie a trvalé zlepšovanie SMK. Za systém manažérstva zodpovedná Riaditeľ organizácie, ktorý zastáva v strategickom riadení kvality voči všetkým riadiacim úrovňam a zamestnancom záujmy zriaďovateľa a poslanie organizácie. Menoval pracovníka zodpovedného za vykonávanie dohľadu a za plnenie požiadaviek SMK – zamestnanca zodpovedného za SMK, ktorého povinnosti a právomoci sú uvedené v Organizačnom poriadku organizácie. Zodpovednosti, právomoci a povinnosti vedenia organizácie a ostatných zamestnancov sú definované vedením organizácie a sú uvedené tiež v organizačnom poriadku.

Podstatou zodpovednosti je princíp nedelegovateľnosti riadenia. Zodpovedným za definované procesy je vedenie organizácie na čele s Riaditeľom. Matica zodpovedností za jednotlivé procesy je uvedená v Procesnom modeli v HTML prezentácii v Mape procesov.

Dôkazmi o rozvíjaní a zodpovednosti manažmentu za SMK sú:

- definovanie politiky kvality,
- stanovenie cieľov kvality – viď zdokumentovaná informácia číslo E18/01.05.2022,
- vykonávanie neustáleho zlepšovania – záznamy z navrhovaných opatrení a zlepšení sa evidujú v Knihe nápravných opatrení (Kniha NO) (číslo E22/01.05.2022),
- zabezpečenie dostupnosti a dostatočnosti zdrojov – dôkazom sú zápisy v Knihe NO
- identifikácia a vzájomné prepojenie procesov – dôkazom je mapa kľúčových procesov s väzbami medzi procesmi,
- podpora a rozvíjanie účinných foriem motivácie zamestnancov k zlepšovaniu výkonnosti všetkých procesov.

5.1.1 Zameranie na zákazníka

Vedenie našej organizácie vytvára optimálne podmienky na zabezpečenie splnenia požiadaviek klientov a ZS a tým dosiahnutie ich spokojnosti so službami. Veľká väčšina procesov procesného modelu je zameraná na poskytovanie kvalitných služieb. Procesy komunikácie so žiadateľmi o SS a PSS, ako aj procesy komunikácie s rodinami a blízkymi osobami sú popísané v procesoch 1.3 – Komunikácia so žiadateľmi o SS/PSS a 1.5 – Komunikácia a spolupráca s rodinou a blízkymi osobami. Prijímanie žiadateľov o službu, uzatváranie zmlúv a ukončovanie poskytovania SS je popísané v procesoch 2.1 Prijímanie žiadateľa do zariadenia – bežné a bezodkladné, 2.2 – Uzatváranie zmlúv, individualizované zmluvy a dodatky a 2.3 Ukončenie poskytovania sociálnej služby.

Požiadavky klientov sú uvedené v uzatvorených zmluvách. Tieto požiadavky sú zohľadnené v Individuálnych plánoch PSS. Všetky zmeny (doplňujúce požiadavky, alebo požiadavky reagujúce na zmenený zdravotný stav PSS) sú dokumentované v Individuálnych plánoch, ktoré sa spracovávajú periodicky min. 1x ročne.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	11 z 33

5.2 Politika

Politika kvality bola spracovaná a vyhlásená v roku 2022 a je záväzná pre všetkých zamestnancov, ktorí sú s ňou oboznámení. Dokumentovaná Politika kvality je umiestnená na významných miestach organizácie a je rozpracovaná do Ročných cieľov kvality.

5.3 Roly, zodpovednosti a právomoci v organizácii

Základné zodpovednosti a právomoci zamestnancov sú definované v Organizačnom poriadku organizácie (číslo OS02/01.01.2017). Súčasťou Organizačného poriadku organizácie je aj organizačná štruktúra, ktorá definuje organizačné členenie a funkčné miesta v organizácii. Za vydanie a schválenie Organizačného poriadku zodpovedá riaditeľ organizácie.

Konkrétna zodpovednosť zamestnancov je uvedená v pracovnej zmluve, v Organizačnom poriadku a v Procesnom modeli organizácie – upresnite text podľa Vašich dokumentov.

Základnú zodpovednosť za SMK má vedenie organizácie na čele s riaditeľom . Jednotlivé zodpovednosti za prvky kvality vo vzťahu k požiadavkám normy ISO 9001 upravuje dokument: Zodpovednosti za prvky kvality (príloha č. 1 tejto smernice).

Pre zabezpečenie požiadaviek vyplývajúcich z SMK, sú všetci zamestnanci zodpovední za:

dodržiavanie technologických postupov, zdravotnej, ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti kvalitu práce vykonávanú v rámci svojej pracovnej náplne,

- aplikáciu a používanie schválenej riadenej dokumentácie,
- vypracovanie, aplikovanie, revidovanie a korigovanie všetkých nevyhnutných doplnkových dokumentov podľa požiadaviek systému manažérstva kvality,
- plnenie požiadaviek na zodpovedajúcu úroveň kvalifikácie a skúseností vo svojom pracovnom zaradení tak, aby si svedomito plnili svoje povinnosti,
- používanie platnej dokumentácie SMK v organizácii.

6 Plánovanie

6.1 Opatrenia na zvládnutie rizík a príležitostí

Pri plánovaní SMK organizácia berie do úvahy externé a interné aspekty a požiadavky zainteresovaných strán, ktoré majú vplyv na systém manažérstva kvality, na základe ktorých určuje riziká a príležitosti, ktoré je potrebné riešiť, aby sa:

- zabezpečilo, že SMK môže dosiahnuť zamýšľané výsledky;
- zabránilo nežiadúcim účinkom alebo ich zhoršeniu;
- dosahovalo neustále zlepšovanie.

Pri tomto vedenie organizácie využíva vhodné nástroje pre analýzu rizík, ako napr.:

- SWOT analýza,

6.1.1 Proces riadenia rizík

Analýza rizík s ohľadom na zhodu produktu a celého SMK je tímová činnosť určených pracovníkov, na základe rozhodnutia vedenia organizácie. Vedenie organizácie je zodpovedné za proces riadenia rizík a príležitostí pre celú organizáciu. Vlastná analýza prebieha v súlade s procesom 2.5 Riadenie rizík vo vzťahu k PSS a 3.1 Analýza a riadenie rizík, príležitostí a požiadaviek zainteresovaných strán (ZS).

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	12 z 33

Činnosti pri riadení rizík vo vzťahu k PSS sú spracované v dokumente – Postupy pravidiel riešenia mimoriadnych situácií – č. OS28/03.06.2019. Výsledok riadenia rizík a príležitostí a požiadaviek ZS je dokument Katalóg rizík a príležitostí – č. E17/01.05.2022.

Analýza prebieha v nasledovných krokoch:

Identifikácia rizík a príležitostí pre všetky identifikované zainteresované strany, externé a interné záležitosti v organizácii, ktoré sú relevantné pre jej účel podnikania – prebieha spravidla v tíme na pracovnom stretnutí.

Vyplní sa tabuľka Katalóg rizík, príležitostí a požiadaviek ZS (zdokumentovaná informácia č. E17/01.05.2022). Tabuľka má nasledovné kolónky:

- Zainteresovaná strana
- Interná / externá záležitosť s vplyvom na schopnosť dosiahnuť výsledky
- Roly/ produkty/ činnosti/ služby – z čoho interná, alebo externá záležitosť vyplýva z (externý poskytovateľ, zainteresovaná strana, zákonná požiadavka)
- Pomenovanie rizika
- Pomenovanie príležitosti
- Hodnotenie závažnosti vzniku rizika
- Kritérium pre monitorovanie rizika
- Opatrenie na zníženie rizika
- Zodpovednosť a termín hodnotenia

Analýza rizík a príležitostí – analyzujú sa definované riziká a príležitosti a v súlade s platnou metodikou sa vyhodnotia z pohľadu ich významnosti a možných dopadov. Analyzujú sa všetky možné príčiny na základe skúseností z minulosti. Hodnotenie významu sa riadi metodikou, ktorá je uvedená ako druhá záložka v dokumente Katalóg rizík a príležitostí (zdokumentovaná informácia č. E17/01.05.2022)

Hodnotenie rizika

- Kategória 1 – PxD=6-9 – Neprijateľné a nežiadúce riziko – je nevyhnutné realizovať opatrenia na jeho zníženie (9 – riešia sa ihneď. 6 riešia sa s termínom)
- Kategória 2 – PxD=3-4 – Mierne riziko. So súhlasom vedenia organizácie je to bez opatrení (o prijatí opatrenia rozhoduje konateľ)
- Kategória 3 – PxD=1-2 – Bezvýznamné a prijateľné riziko

6.1.2 Opatrenia na zvládanie rizík a príležitostí

Informácie o rizikách vťahujúcich sa k jednotlivým zainteresovaným stranám a ich hodnotení, sú zaznamenané v Katalógu rizík, príležitostí a požiadaviek ZS (zdokumentovaná informácia č. E17/01.05.2022), ktorý je vedený v elektronickej forme.

V závislosti na výstupe z analýzy rizík naša organizácia plánuje a implementuje opatrenia pre riešenie rizík do procesov SMK. Opatrenia prijaté pre riešenie rizík a príležitostí sú úmerné potenciálnemu dopadu na zhodu poskytovaných sociálnych služieb s požiadavkami na tieto služby.

Cieľom je poznané počiatočné riziká eliminovať, alebo znížiť na úroveň zvyškového (akceptovateľného) rizika.

Nie je možné a veľa krát ani vhodné, vylúčiť všetky riziká. Vzhľadom k tomu, že riziká sa môžu meniť v čase, analýza rizík nie je jednorazová činnosť, ale kontinuálny proces. Najmenej 1x ročne vedenie organizácie preskúma vhodnosť a aktuálnosť katalógu rizík, príležitostí a požiadaviek ZS. Preskúma sa:

- aktuálnosť záznamov v katalógu - t.j. či niektoré riziká nezaniikli, alebo či počas roka niektoré riziká nevznikli. Čerpá sa hlavne z udalostí, ktoré sa v organizácii vyskytli počas roka.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	13 z 33

- hodnotenie rizík s ohľadom na plnenie prijatých opatrení.

V prípade, že miera rizika je rovná, alebo väčšia ako zadaný limit významnosti, vyhodnotí sa riziko ako významné a zodpovedný zamestnanec za danú oblasť definuje opatrenia, ktorým sa zníži pravdepodobnosť vzniku a dopadu tohto rizika.

Opatrenia na zníženie dopadu rizík sú vždy spojené s nákladmi, preto rozhodovanie o prijatí konkrétneho opatrenia vychádza z porovnania nákladov na krytie strát, s nákladmi na zavedenie príslušných opatrení.

Riziká, ktoré nemôžu byť eliminované, sú v závislosti na finančných možnostiach organizácie buď ponechané v zvyškových rizikách a organizácia ich vedome nesie, alebo môžu byť prenesené napr. poistením.

Opatrenia na zníženie dopadu rizík prijaté vedením organizácie sú zaznamenané v Knihe NO.

6.2 Ciele kvality a plánovanie ich dosiahnutia

Na základe prijatej Politiky kvality definovalo vedenie organizácie DSS Púchov – Nosice „Ciele kvality a parametre výkonnosti č. E18/01.05.2022. Prijaté ciele kvality vychádzajú z Politiky kvality a sú realizovateľné, merateľné a ku každému cieľu je priradená konkrétna zodpovednosť. Pre prijaté ciele kvality zabezpečuje vedenie organizácie potrebné zdroje. Ciele kvality a parametre výkonnosti procesov sú hodnotené minimálne polročne. V prípade potreby sú ciele kvality a parametre výkonnosti procesov aktualizované alebo sú prijaté nápravné opatrenia na ich splnenie. Celoročné splnenie cieľov kvality a parametrov výkonnosti procesov je vyhodnotených v Správe z preskúmania SMK (Správa z preskúmania manažmentom).

Systém manažérstva kvality je naplánovaný, riadený a zdokumentovaný tak, aby boli vytvorené podmienky pre trvalé zlepšovanie a pre efektívne poskytovanie produktov a služieb a plnili sa ciele a politika kvality.

Ciele kvality sú naplánované tak, aby bolo definované

- Čo sa bude robiť (aká je cieľová hodnota)
- Čo bude k realizácii cieľa potrebné zabezpečiť (zdroje)
- Kto bude zodpovedný za realizáciu cieľa
- Kedy bude cieľová hodnota dosiahnutá
- Akým spôsobom sa budú hodnotiť výsledky realizácie cieľa

Na začiatku roka zamestnanec poverený SMK vypracuje Ročný program a plán interných auditov (zdokumentovaná informácia č. E23/12.05.2022), ktorý je vstupom do procesu 3.2 – Realizácia interného auditu, kde je riešená nielen príprava, ale aj realizácia interných auditov.

Výsledky z realizovaných interných auditov sa predkladá vedeniu organizácie a v rámci procesu 3.3 – Preskúmanie manažmentom.

Okrem toho vedenie organizácie v preskúmaní manažmentom, min. 1x ročne, vyhodnocuje plnenie cieľov kvality, parametrov výkonnosti procesov a efektívnosť SMK. Na základe vyhodnotenia prijíma príslušné návrhy a opatrenia. Jednotlivé procesy sú podrobne definované v internej smernici Príručka systému manažérstva kvality (zdokumentovaná informácia č. OS52/12.05.2022).

6.3 Plánovanie zmien

Tam, kde organizácia identifikuje potrebu zmeny SMK, realizuje sa zmena plánovaným a systematickým spôsobom. Organizácia vždy zvažuje:

- účel zmeny a všetky možné následky;
- integritu SMK;

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	14 z 33

- dostupnosť zdrojov;
- rozdelenie, resp. prerozdelenie zodpovedností a právomocí.

Plánovaná zmena je vždy prerokovaná na porade vedenia organizácie a následne sú stanovené jednotlivé etapy zmeny, vrátane zodpovedností, termínov a čiastkových úloh.

7 Podpora

7.1 Zdroje

7.1.1 Poskytovanie zdrojov

Organizácia vo svojich plánovacích procesoch zabezpečuje dostupnosť a dostatočnosť primeraných zdrojov. Vedenie organizácie v rámci svojich rozpočtov a legislatívy trvalo poskytuje potrebné ľudské, materiálové aj finančné zdroje v súlade s požiadavkami vyplývajúcimi z Politiky kvality a Cieľov kvality. Identifikáciu požadovaných zdrojov vykonáva vedenie organizácie. Spracovanie, schvaľovanie a preskúmanie plánov je vykonávané podľa pokynov zriaďovateľa.

Činnosti finančného manažmentu sú: finančné plánovanie, finančné rozhodovanie, organizovanie, analýza a kontrola. Úlohou finančného manažmentu je zabezpečenie dostatočného množstva externých aj interných finančných a materiálových zdrojov organizácie a ich efektívna alokácia. Finančný manažment vyhľadávaním a výberom vhodných cudzích i vlastných zdrojov zabezpečuje stanovené úlohy organizácie.

Činnosti personálneho manažmentu sú: orientácia organizácie na vyhľadávanie ľudských zdrojov, ktoré zabezpečujú plnenie úloh vyplývajúcich z poslania organizácie a jej stratégie. Úlohou personálneho manažmentu je operatívne obsadzovať pracovné pozície. Ľudské zdroje sa vyhľadávajú a obsadzujú z vnútorných zdrojov (existujúci fond zamestnancov) a vonkajších zdrojov (výber a obsadenie z externého prostredia), na základe požiadaviek legislatívy, vedenia ako aj dlhodobých plánov organizácie a požiadaviek zriaďovateľa.

Finančné zdroje potrebné na krytie ľudských a materiálových zdrojov sú stanovené v súlade s finančnými možnosťami organizácie. Konečné rozhodovanie o krytí a využívaní finančných, ľudských a materiálových zdrojov má riaditeľ.

Podrobný popis riadenia finančných zdrojov je uvedený v procesoch B 1.1 Rozpočtovanie a B 1.2 Finančná kontrola, ako aj v smerniciach Smernica č. 2/2018 – Pravidlá rozpočtového procesu TSK a č. OS15/01.01.2016 – Smernica upravujúca systém finančného riadenia a finančnej kontroly.

7.1.2 Pracovníci

Zamestnanci vykonávajúci prácu ovplyvňujúcu kvalitu poskytovaných sociálnych služieb musia byť kompetentní na základe príslušného vzdelania, skúseností, prípravy a zručnosti. Za kompetentnosť zamestnancov je zodpovedné vedenie organizácie.

V rámci riadenia LZ sa zabezpečuje:

- Nábor a výber nových zamestnancov – popísaný v procese A 3.1 Nábor a výber nových zamestnancov
- Prijímanie zamestnancov do pracovného pomeru – popísaný v procese A 3.2 Uzatváranie /zmena pracovno-právneho vzťahu
- Adaptáciu zamestnancov do pracovného procesu . popísaný v procese A 3.3 Adaptačný proces zamestnancov
- Zvyšovanie motivácie zamestnancov – Popísané v procesoch A 2.13 Supervízia a A 3.4 Motivačno-hodnotiace rozhovory

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	15 z 33

- Ukončovanie pracovno-právneho vzťahu - Popísané v procese A 3.5 Ukončenie pracovného pomeru.

Pre zvyšovanie spôsobilosti zamestnancov sa realizujú školenia, vzdelávanie a príprava zamestnancov, ktoré zabezpečujú rozvoj ako odborných tak aj manažérskych zručností u zamestnancov organizácie. Plánované školenia zamestnancov sú realizované podľa Plánu vzdelávania na kalendárny rok (zdokumentovaná informácia č. E13/01.10.2021). V Pláne vzdelávania sú zaradené aj interné školenia zamestnancov. Minimálne 1x ročne je realizované interné školenie zamestnancov v oblasti SMK. Pri prijatí nového zamestnanca je tento oboznámený so zavedeným SMK v organizácii. Zo vstupného školenia je spracovaný záznam, ktorý je uložený v osobnej zložke zamestnanca (zdokumentovaná informácia č. F64/01.10.2021).

Každý nový pracovník absolvuje pri prijatí do pracovného pomeru vstupné školenie, v rámci ktorého je :

- oboznámený s organizačnou štruktúrou ,
- oboznámený s pracovným miestom,
- oboznámený so základnými vnútornými smernicami, riadenými dokumentmi,
- oboznámený so systémom SMK uplatňovaným v organizácii.
- preškolený o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o požiarnej ochrane.

Potreba vzdelávania a školenia zamestnancov vychádza z:

- zákonných požiadaviek na pracovnú pozíciu
- profilu funkcie pre jednotlivé pracovné pozície;
- pracovnej zmluvy;
- platných osvedčení o kvalifikácii, praxi a vzdelaní;
- požiadaviek zainteresovaných strán.

Všetci zamestnanci organizácie musia pre výkon zastávanej pracovnej funkcie spĺňať požiadavky na vzdelanie a prax v súlade s kvalifikačnými požiadavkami vyplývajúcimi z pracovného zaradenia. Požiadavky na funkčné miesto sú definované v Organizačnom poriadku organizácie. (zdokumentovaná informácia č. OS02/01.01.2017) a príslušnej legislatíve.

Vedenie organizácie zaisťuje, aby si jej pracovníci boli vedomí závažnosti a dôležitosti svojich činností pri poskytovaní sociálnych služieb a toho, ako prispievajú k plneniu jednotlivých úloh a k dosahovaniu cieľov kvality. O týchto skutočnostiach sú informovaní už pri prijímaní do pracovného pomeru, alebo pri uzatváraní dohôd o vykonaní práce.

7.1.3 Infraštruktúra

Pre správne a efektívne dosahovanie požadovanej kvality poskytovaných sociálnych služieb je zabezpečená primeraná infraštruktúra.

Organizácia má sídlo v časti Púchova – Nosice č.57, 020 Púchov, ktoré patrí do okruhu SMK. Budova, v ktorej sídli je vlastná zriaďovateľovi Trenčianskemu samosprávnemu kraju, ktorému je DSS Púchov – Nosice ako organizácia v zriaďovateľskej pôsobnosti. Všetky zariadenia sú vlastné – zodpovednosť je na vlastníkovi. Kancelárie sú vybavené technickým vybavením potrebným pre výkon funkcie t.j. osobné počítače a tlačiarne, kopírka. Pobytové zariadenia sú vybavené potrebnými zariadeniami, pomôckami a materiálom pre zabezpečenie sociálnych služieb. V kancelárskych priestoroch je počítačová sieť.

Organizácia disponuje vozovým parkom, ktorý v súčasnosti tvorí 2 ks motorových vozidiel , ktorého údržbu a opravy zabezpečuje vodič- údržbár. Evidencia vozidiel a informácií o ich údržbe je vedená elektronicky . Za evidenciu je zodpovedný referent miezd a majetku. Organizácia má dostatočné

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	16 z 33

technické a materiálne vybavenie , aby mohla kvalitne, v požadovanom rozsahu a termínoch poskytovať sociálne služby v zmysle požiadaviek PSS.

Starostlivosť o elektrické rozvody, hromozvody, kotolne, výťahy, technické vybavenie vrátane revízií má vodič – údržbár.

Starostlivosť o parkoviská, záhrady, parky, a pod. má vodič - údržbár.

Organizovanie opráv a údržby technického vybavenia zabezpečuje referent miezd a majetku.

7.1.4 Prostredie pre prevádzku procesov

Pracovné prostredie spĺňa v plnom rozsahu hygienické normy, zodpovedá bezpečnostným predpisom, predpisom požiarnej ochrany a príslušným normám z oblasti pracovnej hygieny.

Pracovné prostredie bolo posúdené PZS, ktoré stanovilo opatrenia na zabezpečenie zdravotných rizík, vyplývajúcich z pracovného prostredia. Dokumentácia z preskúmania pracovného prostredia je k dispozícii u riaditeľa organizácie. Vykonávanie poriadku na pracoviskách (upratovanie, odosmetí a odpadov, vysávanie, utieranie prachu, umývanie okien, a hygiena ubytovacích priestorov atď.) je realizovaná vlastnými zamestnancami.

Organizácia má pre poskytovanie sociálnej starostlivosti v rámci svoje kapacity zabezpečené dostatočné priestorové podmienky. Všetky priestory sú vybavené vhodnými nádobami na odpad. Objekt bol vybavený potrebami pre prípad požiaru a únikových ciest. Všetci pracovníci sú vyškolení v zmysle legislatívy na BOZP.

7.1.5 Zdroje monitorovania a merania

Naša organizácia zabezpečuje správu zariadení na meranie a monitorovanie v riadených podmienkach (ďalej iba meradlá). Riadenie meradiel je realizované v súlade s procesom B 5.5 Riadenie meracích zariadení.

Meradlá sa v našej organizácii delia na :

- Meradlá povinne overované (podľa zákona o metrológii)
- Meradlá kalibrované (ak je potrebné dokazovať platnosť merania klientovi alebo ZS)
- Orientačné meradlá

Kalibráciu/overenie meradiel v predpísaných lehotách zabezpečuje hospodárka. Hospodárka archivuje externé kalibračné listy/protokoly o overení. Platnosť kalibrácie/overenia meradiel hospodárka priebežne sleduje vo svojej evidencii. Pred ukončením doby platnosti v určitom predstihu (1 mesiac) požiada jednotlivých užívateľov meradiel aby mu ich vrátili za účelom novej kalibrácie/overenia. Užívatelia meradiel sú povinní rešpektovať stav meradla po kalibrácii/overení. Meradlá používané v organizácii sú evidované v Zozname meradiel (riadený dokument č. E23/01.05.2022).

Ak meradlo nevyhovelo kalibrácii/overeniu alebo užívateľ meradlo pri meraní poškodil, hospodárka zabezpečí opravu. Pri údržbe meradiel treba dodržiavať pokyny výrobcov a dodávateľov meradiel.

Externe kalibrované meradlá alebo overené meradlá sú uložené v kuchyni, príp. v sklade a sú označené kalibračnou značkou kalibračného laboratória/ overovateľa. K tomu majú ešte Kalibračný protokol, alebo Overenie zhody (určené meradlá).

Každé meradlo, ktoré je uvoľnené pre potreby poskytovania sociálnych služieb musí mať viditeľnú značku kalibrácie/ overenia. Bez tohto označenia meradla je každé meradlo považované za nespôsobilé merania.

Zastarané meradlá alebo meradlá, ktoré nevyhoveli kalibrácii/ overeniu, a sú neopraviteľné navrhne hospodárka na vyradenie. O vyradení meradiel rozhoduje riaditeľ organizácie.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	17 z 33

7.1.6 Poznanky organizácie

Organizácia určuje nevyhnutné poznatky potrebné pre prevádzku procesov, poskytované sociálne služby, dosiahnutie zhody s požiadavkami na služby a požiadavkami PSS. Tieto poznatky sú zabezpečené vlastnými alebo externými zdrojmi. Ochrana znalostnej databázy, ktorá zahŕňa hlavne klasické a špeciálne zdravotnícke a opatrovateľské postupy, ako aj špeciálne postupy sa ukladajú v kancelárii hlavnej sestry. Proces manažmentu vedomostí sa riadi podľa smernice Personálna politika (číslo OS35/01.10.2021).

Vedomosti u zamestnancov sú viazané na konkrétneho človeka, ktorý ich nadobudol jednak pomocou školení, financovaných našou organizáciou a jednak svojimi skúsenosťami pri poskytovaní sociálnych služieb. V našej organizácii funguje aj prenos poznatkov a zručností medzi zamestnancami.

7.2 Kompetentnosť

Plánovanie vzdelávania zamestnancov sa riadi procesmi:

A 1.2 Vzdelávanie/ zvyšovanie odbornej spôsobilosti

A 2.13 Supervízia – Smernica Supervízia (číslo OS39/01.05.2022)

A 3.4 Motivačno-hodnotiace rozhovory

Potreba školení vychádza z požiadaviek na zvyšovanie kvalifikácie, hodnotenia jednotlivých zamestnancov, zvyšovania zastupiteľnosti zamestnancov, platnej legislatívy, ktorá upravuje pravidelné preškoľovanie pracovníkov, ale aj záujmov pracovníkov (motivačný faktor). Na základe potrieb školení pracovníkov spracuje referent miezd a majetku ročný plán vzdelávania, ktorý schvaľuje riaditeľ. Vzdelávanie pracovníkov prebieha v súlade s požiadavkami definovanými v schválenom pláne vzdelávania a vyššie uvedenými procesmi.

Plnenie Plánu vzdelávania pravidelne kontroluje referent miezd a majetku. Vyhodnotenie efektívnosti resp. účinku jednotlivých vzdelávacích akcií zabezpečuje referent miezd a majetku. Plnenie plánu vzdelávania sa sleduje 1 x ročne a vyhodnocuje sa 1x ročne na porade vedenia. V prípade potreby je Plán vzdelávania v priebehu roka aktualizovaný.

Organizácia zabezpečuje pre zamestnancov okrem externých školení aj interné školenia, ktoré sú tiež evidované v rámci Plánu vzdelávania. Pri interných školeniach, na ktorých sa zúčastňujú všetci zamestnanci organizácie sa vyhotovuje záznam s prezenčnou listinou (číslo E23/01.05.2022), ktorý je uložený v kancelárii referenta miezd a majetku. V prípade interných individuálnych školení (zvyšovanie kvalifikácie jednotlivcov pre jednotlivé technológie zdravotnej alebo ošetrovateľskej starostlivosti) sa prezenčná listina nevyhotovuje.

Záznam zo základného poučenia nastupujúceho zamestnanca a plán zapracovania vyhotoví referent miezd a majetku (číslo F62/01.10.2021), v ktorom zamestnanec potvrdí príslušné oboznámenie a preškolenie. Záznam sa potvrdzuje po 3 mesiacoch práce nového zamestnanca vedúcim a potom sa založí do osobného spisu zamestnanca.

Vstupné a priebežné školenia o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci, o požiarnej ochrane a školenia vodičov vozidiel vykonáva pre organizáciu externý poskytovateľ. Po absolvovaní príslušného školenia vyhotoví školiteľ záznam, ktorý je uložený u riaditeľky DSS..

Všetci zamestnanci organizácie musia pre výkon zastávanej pracovnej funkcie spĺňať požiadavky na vzdelanie a prax v súlade s kvalifikačnými požiadavkami vyplývajúcimi z pracovného zaradenia. Požiadavky na funkčné miesto sú definované v Organizačnom poriadku (číslo OS02/01.01.2017), v zákonných požiadavkách na pracovné miesto a podľa katalógu pracovných činností s prevahou duševnej práce pri výkone práce vo verejnom záujme č. 341/2004 Z.z.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	18 z 33

7.3 Povedomie

Vzdelávanie zamestnancov prebieha v súlade s požiadavkami definovanými v schválenom pláne vzdelávania zamestnancov a riadi sa procesmi

A 1.2 Vzdelávanie/ zvyšovanie odbornej spôsobilosti

A 2.13 Supervízia – Smernica Supervízia (číslo OS39/01.05.2022)

A 3.4 Motivačno-hodnotiace rozhovory

Naša organizácia zaisťuje, aby si jej zamestnanci boli vedomí závažnosti a dôležitosti svojich činností a toho, ako prispievajú k dosahovaniu cieľov kvality. O týchto skutočnostiach sú informovaní už pri prijímaní do pracovného pomeru.

7.4 Komunikácia

Naša organizácia určuje spôsoby internej a externej komunikácie s ohľadom na SMK a vrátane toho:

- čom sa má komunikovať;
- kedy sa má komunikovať;
- s kým sa má komunikovať;
- ako sa má komunikovať.

Interná komunikácia:

Proces internej komunikácie vychádza z organizačnej štruktúry a organizačného poriadku organizácie. Hlavným komunikačným kanálom medzi vedením a zamestnancami sú osobné pohovory, porady a konzultácie.

Interná komunikácia sa uskutočňuje priamo (rozhovory). Správy vedenia zamestnancom a opačne sa odovzdávajú verbálne na poradách a stretnutiach. Písomná korešpondencia sa uskutočňuje iba v rozsahu určenom zákonmi, platnými vyhláškami a touto smernicou.

Operatívne porady organizácie sa uskutočňujú denne a nerobia sa z nich záznamy. Za zabezpečenie realizácie úloh z operatívnej porady je zodpovedný vedúca soc.-zdravot.úseku a úseku výchovy. Tabuľka internej komunikácie je uvedená v prílohe 2 tejto príručky.

Externá komunikácia:

Externá komunikácia je zameraná na komunikáciu s vonkajším prostredím, ako sú napr. orgány štátnej správy alebo samosprávy, zákazníci, občania a ďalšie zainteresované strany.

Zásadné informácie o organizácii sú odovzdávané pomocou internetovej stránky, informačných a propagačných materiálov, komunikáciou s klientmi a dodávateľmi.

Politika kvality, a ďalšie dôležité dokumenty (certifikáty a pod.) sú vhodne umiestnené v priestoroch organizácie a na internetovej stránke organizácie. Ďalšie prezentácie zavedeného SMK a o poskytovaní služieb (propagačné materiály) sú v kompetencii riaditeľa organizácie.

Detailné informácie o internej a externej komunikácii sú uvedené v prílohe č.2 tejto Príručky kvality.

7.5 Zdokumentované informácie

Dokumentácia SMK obsahuje:

- zdokumentované vyhlásenie Politiky a Cieľov kvality,
- Príručku kvality,
- dokumenty potrebné na efektívne riadenie procesov,
- záznamy vyplývajúce z potvrdenia odovzdanej služby klientovi (PSS).

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	19 z 33

Základným dokumentom v SMK je táto Príručka kvality. Zodpovednosť za jej spracovanie a aktualizáciu má riaditeľka DSS, ktorá pri spracovaní jednotlivých kapitol spolupracuje s majiteľmi konkrétnych procesov. PK a jednotlivé kapitoly schvaľuje po pripomienkovaní riaditeľ (vrátane príloh, ktoré sú jej neoddeliteľnou súčasťou). Je vedená v písomnej i elektronickej forme. Aktuálna verzia PK v písomnej forme sa nachádza v kancelárii riaditeľky, elektronickej verzia PK je uverejnená na sieti (intranete) a je prístupná všetkým zamestnancom. Ak sa vytlačí nový výtlačok Príručky kvality pre členov vedenia, vedie a riadi sa ako samostatný výtlačok PK.

Príručka kvality je minimálne 1x ročne hodnotená v preskúmaní manažmentom a v prípade potreby je revidovaná. Ak dôjde k zásadným zmenám v organizačnej štruktúre, v kľúčových procesoch a pod. je revidovaná okamžite.

Kapitoly PK sú zostavené v súlade s kapitolami normy ISO 9001. Príručka kvality má štatút internej smernice a je uvedená v Zozname smerníc (Exx/dd.mm.rr, kde d-deň, m-mesiac, r-rok určujú platnosť dokumentu) a preto spĺňa všetky náležitosti, ktoré sú kladené na formálnu úpravu smerníc.

Zdokumentované informácie sa vedú v Zozname zdokumentovaných informácií (číslo dokumentu E25/01.05.2022). Zoznam obsahuje 3 záložky:

- Formuláre a evidencie
- Smernice
- Externé riadené dokumenty

Formuláre a evidencie – Tabuľka obsahuje:

- Názov dokumentu
- Registračné číslo
- F- formulár, E – Evidencia
- Link na otvorenie dokumentu
- Forma v akej je evidencia vedená
- Poznámka

Smernice – Tabuľka obsahuje:

- Názov smernice
- Registračné číslo
- Link na otvorenie dokumentu
- Poznámka

Externé dokumenty . Tabuľka obsahuje:

- Názov dokumentu
- Registračné číslo
- Link na otvorenie dokumentu
- Poznámka

Registračné číslo - Číslovanie dokumentov:

Spôsob číslovania dokumentov:

XX/DD.MM.RRRR - Dvojmiestne číslo dokumentu/ dátum platnosti dokumentu (odkedy platí).

Odporúčané pravidlá pre evidenciu zdokumentovaných informácií:

Čísla dokumentov sú pridelované tak, aby sa nevyskytli dve rovnaké čísla zdokumentovaných informácií.

Formuláre a evidencie - pred číslo sa umiestni písmeno F alebo E:

napr.: F01/31.3.2022 - Dotazník monitoringu spokojnosti PSS

F02/31.3.2022 - Hlavičkový papier ... apod.

E03/12.4.2022 - Kniha NO

Smernice, predpisy, metodické pokyny, technologické postupy, ...

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	20 z 33

Usporiadanie týchto riadených dokumentov sa vykonáva v skupinách, ktoré sú zoskupené z hľadiska obsahu, druhov dokumentov, množstva dokumentov a spôsobu používania.

Podľa skupín sa označí aj číslo dokumentu. Pred číslom dokumentu je vždy značka takto:

napr.: Organizačné smernice - OS01/31.3.2022 - Organizačný poriadok

- OS02/31.3.2022 - Pracovný poriadok

- OS03/31.3.2022 - Registartúrny poriadok

Metodické pokyny - MP01/31.3.2022 - Metodika posudzovania...

- MP02/31.3.2022 - Metodický pokyn ...

Technologické postupy - TP01/31.3.2022 - atď

V záložke "Smernice" sú umiestnené tieto skupiny v samostatných blokoch , napr: OS01-OS35
MP01-MP12 atď

Externé dokumenty - SEVT dokumenty , ako dovolenkový lístok, alebo priepustka nie sú v tejto záložke evidované.

Do záložky sa evidujú dokumenty, ktoré nie sú interné a organizácia sa musí nimi riadiť hlavne v špecifických činnostiach, ktoré sú hlavným poslaním organizácie.

- Dokumenty vydané zriaďovateľom

- Dokumenty, ktoré sú pre činnosti organizácie záväzné vrátane zákonov (neuvádzajú sa všeobecné zákony, ktoré platia pre všetkých, ale iba špecifické, ktoré platia pre organizáciu a usmerňujú hlavné činnosti organizácie.

Pri zmene dokumentu (dopracovanie, zmena v dokumente) sa číslo dokumentu nezmení, ale zmení sa dátum platnosti.

7.5.1 Tvorba a aktualizácia

Pri tvorbe a aktualizácii zdokumentovaných informácií naša organizácia zabezpečuje:

- vhodnú identifikáciu a popis (napr. názov, dátum, autor alebo referenčné číslo);
- vhodný formát (napr. jazyk, verzia softwaru, grafika) a média (napr. papierová, elektronická);
- preskúmanie a schválenie z hľadiska vhodnosti a primeranosti.

Postup pre vytváranie a aktualizáciu zdokumentovaných informácií je popísaný v procese A 4.1 Riadenie zdokumentovaných informácií. Za tvorbu a aktualizáciu dokumentov zo zoznamu zdokumentovaných informácií sú primárne zodpovední príslušní majitelia procesov. Za vedenie Zoznamu zdokumentovaných informácií je zodpovedný riaditeľka DSS.

7.5.2 Riadenie zdokumentovaných informácií

Riadenie zdokumentovaných informácií sa realizuje v zmysle procesu A 4.1 – Riadenie zdokumentovaných informácií. Patria sem interné smernice , formuláre, evidencie a externé riadené dokumenty, vydané pre potreby organizácie s dlhodobou platnosťou. Zoznamy zdokumentovaných informácií sú uvedené v evidencii číslo E25/01.05.2022 v 3 záložkách. Evidencia obsahuje zoznam vlastných aj externých dokumentov a záznamov.

Pravidlá pre spracovanie smerníc, predpisov, a pod.:

Na úvodnej strane každej smernice, predpisu, metodického pokynu, technologického postupu a pod., ktorý bol spracovaný interne na organizácii a je platný pre všetkých zamestnancov je uvedené číslo dokumentu. Úvodná strana tiež obsahuje logo organizácie, názov a sídlo organizácie, názov dokumentu, primárnu zodpovednosť za aktuálnosť dokumentu, autora (spracoval), platnosť dokumentu (dátum účinnosti) a meno osoby, ktorá dokument schválila. Na ďalšej strane je záznam o zmenách a obsah. Na ďalších stranách má dokument svoju hlavičku, v ktorej je uvedené logo organizácie, názov a číslo dokumentu a údaj o počte strán a aktuálna strana.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	21 z 33

Každá zdokumentovaná informácia je identifikovaná jednoznačným znakom, pozostávajúcim z čísla dokumentu a dátumu, ktorý určuje jej platnosť.

Postup archivovania, vyradovania upravuje smernica Registratúrny poriadok a plán (číslo OS18/01.06.2012).

Miesto uloženia záznamov je vymedzené v Registratúrnom pláne. Záznamy týkajúce sa riadenia kvality sú uložené v kancelárii riaditeľky DSS.

V prípade, že niekto potrebuje obstaráť záznam, najskôr musí zistiť, kde je príslušný záznam umiestnený. Potom buď požiada pracovníka, ktorý má záznam v užívaní, alebo pracovníka povereného vedením registratúrneho strediska o vyhľadanie a vydanie záznamu. Túto problematiku podrobnejšie upravuje interná smernica Registratúrny poriadok a plán (číslo OS18/01.06.2012).

Z rôznych dôvodov (napr. vyžiadané zmeny legislatívy, zmena v procesoch v záujme neustáleho zlepšovania) dochádza k zmenám v riadených dokumentoch.

V prípade, že dôjde k zmene riadeného dokumentu, ktorá má charakter iba drobnej úpravy, vytvorí sa dokument, ktorý sa bude líšiť v dátume platnosti.

Ak dôjde k zásadným zmenám v obsahu dokumentu, starý sa zruší a vytvorí sa nový dokument s novým číslom a dátumom platnosti. V prípade, že dôjde k zrušeniu riadeného dokumentu, riaditeľka ho v rámci firemného intranetu presunie do priečinka Neplatná dokumentácia. Zrušený dokument sa v Zozname dokumentov prečiarkne a označí v poznámke ako zrušený.

Všetky verzie riadených dokumentov vedie organizácia v elektronickej forme na sieti, kde je zabezpečené verziovanie dokumentov, vďaka čomu majú zamestnanci prístup vždy k najaktuálnejšej verzii riadeného dokumentu.

Riaditeľka riadi celý proces zmien v riadených dokumentoch. Pri akejkoľvek zmene v riadených dokumentoch (aktualizácii existujúceho/tvorbe nového dokumentu) má zamestnanec poverený SMK po schválení riaditeľom právo na vykonanie finálnych úprav. Zároveň je zamestnanec poverený SMK povinný oboznámiť o každej zmene v dokumentoch všetkých zainteresovaných zamestnancov.

Ak dôjde k aktualizácii smernice, doplneniu údajov, ktoré zásadne nemenia obsah smernice, vykoná sa len zmena v Zázname o zmenách na druhej strane smernice s popisom zmeny a dátumom zmeny. Zmeny do smerníc zapracováva osoba, ktorá má za danú smernicu primárnu zodpovednosť (uvedená na obálke smernice) v spolupráci riaditeľom. O vykonaných zmenách informujú vedúci úsekov e-mailom, alebo iným preukázateľným spôsobom všetkých zainteresovaných zamestnancov, ktorých činnosť smernica priamo ovplyvňuje.

8 Prevádzka

8.1 Plánovanie a riadenie prevádzky

Rozhodujúcimi procesmi pri plánovaní realizácie služieb sú procesy A1.3 Komunikácia so žiadateľmi o SS/PSS, A1.6 Spracovanie plánov podľa individuálnych potrieb klienta a A2.13 Supervízia.

Na realizáciu našich služieb, t. j. na poskytovanie sociálnych služieb, zabezpečujeme potrebnú kapacitu, a to s ohľadom na naše strategické zámery organizácie, zákonné požiadavky a požiadavky zriaďovateľa a požiadavky PSS.

Riadenie prevádzky je popísané v procesnom modeli, v procesoch Štandardov kvality. Procesy sú popísané od komunikácie so žiadateľmi o sociálnu službu až po ukončenie poskytovania služby. Popis procesov je zdokumentovaný jednak v elektronickej verzii procesného modelu (HTML formát, prístupný v každom internetovom prehliadači), a jednak v smerniciach, predpisoch, postupoch, a procesných smerniciach, ktoré sú vygenerované z procesného modelu.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	22 z 33

Sociálne služby pre PSS sa poskytujú na základe individuálnych plánov, ktoré sú spracované na základe individuálnych požiadaviek každého klienta. Individuálne plány sú min. 1x ročne aktualizované.

8.2 Požiadavky na produkty a služby

8.2.1 Komunikácia so zákazníkom

Komunikácia so zákazníkom je v organizácii zabezpečovaná nasledovne:

- Osobne (návšteva, osobné rozhovory)
- Telefonicky
- Poštou
- WEB stránka
- Elektronicky (e-mail)

Informácie o ponúkaných službách:

- Pri osobných návštevách žiadateľov o služby
- WEB stránka
- Propagačné materiály o zariadení

Za organizáciu je oprávnený jednať s potenciálnymi PSS, resp. so žiadateľmi o služby sociálna pracovníčka, príp. riaditeľka DSS.

Po vybavení formálnych žiadostí o poskytnutie služieb je žiadateľ buď prijatý do zariadenia, alebo je zapísaný do zoznam čakaťelov na prijatie do zariadenia. Za evidenciu zoznamu čakaťelov je zodpovedný sociálna pracovníčka.

8.2.2 Určenie požiadaviek na produkty a služby

Organizácia získava informácie o požiadavkách zákazníka z nasledovných zdrojov:

- Osobné, alebo písomné žiadosti o prijatie do zariadenia
- Výsledky procesu A1.3 Komunikácia so žiadateľmi o SS/PSS
- Výsledky procesu A1.5 Komunikácia a spolupráca s rodinou a blízkymi osobami
- Výsledky procesu A1.6 Spracovanie plánov podľa individuálnych potrieb klienta
- Výsledky procesu A1.11 Sťažnosti, pripomienky, námietky, návrhy
- výsledky procesu A 2.12 – Monitoring spokojnosti s poskytovanými službami,
- výsledky činností pri zdravotníckej, opatrovateľskej a ošetrovateľskej starostlivosti,

8.2.3 Preskúmanie požiadaviek na produkty a služby

Organizácia neustále zlepšuje poskytovanie služieb a využíva pritom najlepšie praktiky, dostupné prostredníctvom WEB zdrojov a školení (Supervízia). Rozsah a kvalita poskytovaných služieb sa pružne prispôbujú požiadavkám našich klientov. Zdrojom informovanosti o požiadavkách na produkt sú:

- Vlastné znalosti a skúsenosti z praxe
- Neustále zvyšovanie odbornej spôsobilosti
- Informácie od PSS a zo spolupráce s rodinou a blízkymi osobami
- Znalosti a skúsenosti vzťahujúce sa k uplatneniu nových technológií pri poskytovaní služieb,
- Legislatívne normy (zákony, vyhlášky, granty, normy kvality, a pod.).

Za sledovanie zmien v rámci noriem a zákonov, potenciálnych grantov z EU je zodpovedná riaditeľka DSS.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	23 z 33

8.2.4 Zmeny v požiadavkách na produkty a služby

Zmeny v zadaní od klientov počas realizácie služieb zabezpečí sociálna pracovníčka. Činnosti pri zmenách, alebo činnosti pri pravidelných aktualizáciách individuálnych plánov sú popísané v procese A1.6 Spracovanie plánov podľa individuálnych potrieb klienta.

8.3 Návrh a vývoj

Neaplikovateľnou požiadavkou normy ISO 9001 je návrh a vývoj produktov a služieb, pretože organizácia tieto činnosti a procesy nevykonáva. Vo svojej činnosti sa riadi požiadavkami PSS a legislatívnymi požiadavkami ako aj požiadavkami zriaďovateľa. Neaplikovateľné požiadavky súvisiace s návrhom a vývojom produktov a služieb neovplyvňujú zodpovednosť organizácie zabezpečovať zhodu sociálnych služieb dodávaných našim klientom a zainteresovaným stranám.

8.4 Riadenie externe poskytovaných procesov, produktov a služieb

8.4.1 Procesy externe poskytovaných produktov a služieb

V rámci realizácie svojich sociálnych služieb organizácia nakupuje rôzne tovary a služby. Pri nakupovaní rozlišujeme tieto kategórie:

1. Tvary a služby určené pre sociálnu a zdravotnú starostlivosť
 - Nakupované služby v rámci zdravotnej starostlivosti
 - Nakupované služby v rámci opatrovateľskej starostlivosti
 - Nakupované služby v rámci ošetrovateľskej starostlivosti
 - Personálne nakupované služby
2. Tvary a služby pre podporné procesy
 - Nakupované služby na zabezpečenie zákonných požiadaviek
 - Nakupované služby na podporu kvality poskytovaných služieb
 - Nakupované služby ostatné

Výberové konanie na dodávateľa sa realizuje v súlade s pokynmi zriaďovateľa pre VO. Postup pri nákupe je popísaný v procese B4.1 Výber dodávateľov a nákup.

Minimálne 1 krát ročne sa vykonáva hodnotenie dodávateľov v súlade s požiadavkami na sledovanie kvality a obojstrannej výhodnosti spolupráce. Cieľom je zaistiť kvalitu dodávok tým, že sa trvalo zlepšuje kvalita dodávateľov. Pravidelným hodnotením dodávateľov sa môžu odhaliť rôzne problémy a nedostatky, čo napomáha k ich včasnému odstráneniu a udržiavaniu ďalšej spolupráce, v opodstatnených prípadoch k jej ukončeniu, v záujme dodávania kvalitných produktov a služieb zákazníkom. Na základe výsledkov hodnotenia dodávateľov sa aktualizuje Zoznam rozhodujúcich externých poskytovateľov (číslo E21/01.05.2022).

8.4.2 Typ a rozsah riadenia

V rámci preberania nakupovaných produktov, t. j. produkty a služby určené pre poskytovanie sociálnej starostlivosti sa overuje:

- Dodaný certifikát, kalibračný protokol, overovací protokol meradla,
- Kvalita a expiračná doba liekov a zdravotníckych pomôcok
- Rozsah a termín dodaných produktov a služieb
- Ďalšie podmienky a požiadavky na produkty a služby stanovené v zmluve, alebo objednávke.

V prípade nájdených nesúlady dodaného produktu/ služby s požiadavkami sa zabezpečuje reklamačné konanie aj s ohľadom na záručné podmienky uvedené v obchodných dokumentoch.

Obzvlášť dôležité je dohodnutie vopred kým spôsobom sa bude nakúpený tovar/ služba preberať.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	24 z 33

Overený tovar/ služba sa podpisuje buď na dodacom liste, alebo na preberacom protokole dodávateľa. Tento dokument, sa eviduje a slúži ako podklad pre prípadné preplatenie faktúr dodávateľa.

8.4.3 Informácie pre externých poskytovateľov

Informácie o nakupovaní musia popisovať nakupovaný produkt (materiál, spotrebný tovar, služby u dodávateľov, a pod.) a v prípade potreby aj :

- požiadavky na schvaľovanie produktov, postupov, procesov a zariadení,
- požiadavky na certifikáty, osvedčenia
- požiadavky na protokoly o výstupnej kontrole dodávaných súčiastok, materiálov
- požiadavky na kvalifikáciu zamestnancov,
- požiadavky na systém manažérstva kvality.

Organizácia zaisťuje primeranosť špecifikovaných požiadaviek pre nákup skôr, ako ich oznámi dodávateľovi. Dokumentácia na nákup produktu, služby musí obsahovať všetky údaje, ktoré presne špecifikujú dodávku.

V každej objednávke predkladanej vybranému dodávateľovi sú jednoznačne vyšpecifikované požiadavky na každý druh objednávaného tovaru.

8.5 Výroba a poskytovanie služby

8.5.1 Riadenie výroby a poskytovania služby

V našej organizácii sa poskytovanie sociálnych služieb vykonáva v riadených podmienkach. To znamená, že činnosti, pomocou ktorých sa realizácia služieb vykonáva sú popísané v Procesnom modeli organizácie a v organizačných smerniciach, poriadkoch, postupoch. Zamestnanci sa aktívne podieľali na spracovaní týchto zdokumentovaných informácií a sú o požiadavkách na činnosti informovaní.

- Charakteristiky poskytovaných služieb sú popísané v dokumentoch (Zriaďovacia listina, Organizačný poriadok)
- Výsledky, ktoré sa dajú očakávať sú popísané v zákone 448/2008 Z.z. o sociálnych službách
- Dostupnosť a používanie vhodných zdrojov na monitorovanie a meranie – Procesy B5.5 Riadenie meracích zariadení, Dokumenty – Zoznam meradiel (číslo E23/01.05.2022),
- Implementácia činností na monitorovanie a meranie – procesy A 2.15 Opatrovateľská starostlivosť, A2.18 Ošetrovateľská starostlivosť, Technologické postupy zdravotnej starostlivosti (číslo OS28/02.11.2019)
- Používanie vhodnej infraštruktúry a prostredia na prevádzku procesov – popísané v kap. 7.1.3 a 7.1.4 tejto príručky
- Určenie kompetentných osôb vrátane ich kvalifikácie – Organizačný poriadok, Pracovné zmluvy
- Overenie schopnosti dosahovať plánované výsledky – Záznamy opatrovateľskej , zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti
- Implementáciu opatrení na prevenciu ľudských zlyhaní – Katalóg rizík a príležitostí a požiadaviek ZS - (číslo E17/01.05.2022), Postupy a pravidlá prevencie krízových situácií (číslo OS25/03.06.2019)
- Implementácia uvoľňovania činností a služieb - Záznamy opatrovateľskej , zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti

Počas realizácie sociálnych služieb každý zamestnanec je zodpovedný za dodržanie technologických postupov a za výsledky práce, ktorú vykonáva. Preto **kontroluje - verifikuje** svoju prácu.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	25 z 33

Zamestnanec, zodpovedný za realizáciu služby neukončí svoju prácu, kým výsledky vlastnej kontroly nie sú v súlade s kritériami prijatia uvedenými v technologických postupoch a v Individuálnych plánoch PSS.

8.5.2 Identifikácia a sledovateľnosť

Identifikácia a sledovanosť výstupov, záznamov poskytovania služieb je daná zákonnými požiadavkami a Registratúrnym plánom (číslo OS18/01.06.2012). Zamestnanci sú oboznámení s povinnosťami archivovať záznamy o zdravotnej, ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti PSS.

8.5.3 Majetok patriaci zákazníkovi, alebo externým poskytovateľom

Majetkom PSS sú prevzaté a uložené predmety PSS, ako aj prevzaté a uložené finančné prostriedky. V rámci majetku klienta sú evidované aj účty v peňažných ústavoch, s ktorými poskytovateľ služieb disponuje pre účely krytia zmluvných nákladov pobytu PSS v zariadení.

Spôsob evidencie, prevzatia, uloženie, odovzdanie majetku klienta, ako aj dispozičné činnosti s účtami klienta sú popísané v procesnom modeli v procesoch A2.8 Hospodárenie s finančnými prostriedkami klienta a úschova vecí a A4.4 Prijímanie darov a v smerniciach:

- Smernica o úschove cenných vecí PSS – číslo OS33/01.06.2020,
- Smernica o daroch – číslo OS24/30.04.2019.

8.5.4 Ochrana

Ochrana materiálov a pomôcok pre starostlivosť o PSS je v našej organizácii realizovaná tak, aby materiály a pomôcky neboli znehodnotené a poškodené. Využívajú sa na to tieto úložné priestory:

- Skladovanie zdravotných pomôcok – uzamykateľný sklad, zodpovedným zamestnancom za sklad je vedúca soc.-zdravotného úseku a úseku výchovy
- Skladovanie liekov – uzamykateľný priestor v miestnosti hlavnej sestry, zodpovedným za skladovanie liekov je vedúca soc.-zdravotného úseku a úseku výchovy
- Skladovanie pomocných strojov na údržbu, samostatný sklad - dielňa, zodpovedným zamestnancom za sklad v dielni je šofér - údržbár
- Skladovanie nábytku – sklad vozíkov, nábytku, pivnica, zodpovedným zamestnancom za sklad je šofér – údržbár.

Skladovacie priestory sú vybavené potrebnými vlastnosťami, aby sa uskladnená komodita neznehodnotila. Lieky podliehajúce uskladneniu pri nižších teplotách sú umiestnené v chladničkách. Expiračné doby uložených materiálov, liekov sa pravidelne kontrolujú 1x mesačne. Za vykonanie kontroly je zodpovedná vedúca soc.-zdravotného úseku a úseku výchovy. O kontrole sa spracuje záznam (E05/02.11.2019).

Nakupovaný tovar je kontrolovaný ihneď po dodaní ešte pred prevzatím od prepravcu. Vstupná kontrola je vykonaná na dodané množstvo, na požadovaný druh a či nie je materiál alebo jeho obal viditeľne poškodený. Tieto údaje sú porovnané s dodacím listom, ktorý príde spolu s materiálom. Okrem toho sa kontrolujú aj expiračné doby hlavne liekov a zdravotníckeho materiálu.

Ak je zistená nezrovnalosť ešte počas preberania, poškodená, alebo inak nezhodný dodaný tovar sa neprevezme a vráti prepravcovi späť. Ak sa na nezhodný tovar príde neskôr, označí sa viditeľne tak, aby sa nedal použiť pre PSS. Takýto tovar sa uzamkne a zaháji sa reklamačné konanie voči dodávateľovi.

V prípade, ak je dodaný tovar v poriadku v zhode so špecifikáciou v objednávke, prevezme sa potvrdením na dodacom liste.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	26 z 33

8.5.5 Činnosti po dodaní

Pri poskytovaní sociálnych služieb sa činnosti po dodaní služby prejavujú rôzne. Závisí to od zdravotného stavu PSS. Vzhľadom na to, že sociálna služba v našom zariadení je poskytovaná nepretržite kým trvá zmluva o poskytovaní SS pre PSS, trvajú aj poskytované služby kontinuálne a nepretržite počas celého pobytu PSS v zariadení.

Spokojnosť s poskytovanými službami sleduje naša organizácia pravidelne v zmysle zákonných požiadaviek (zákon 448/2008Z.z.) a procesu A2.12 Monitoring spokojnosti s poskytovanými službami a ďalšími internými smernicami:

- Smernica – Určenie postupov a pravidiel na zisťovanie spokojnosti PSS – číslo OS50/01.05.2022

8.5.6 Riadenie zmien

Naša organizácia preskúmava a riadi okrem plánovaných zmien aj neplánované zmeny, ktoré sú podstatné pre poskytovanie našich služieb. Zmeny sú prerokované na porade riaditeľa, kde je následne schválený ďalší postup vrátane určenia zodpovedností, termínov a úloh.

8.6 Uvoľňovanie produktov a služieb

Počas realizácia sociálnych služieb každý zamestnanec je zodpovedný za dodržanie technologických postupov a za výsledky práce, ktorú vykonáva. Preto **kontroluje - verifikuje** svoju prácu. Zamestnanec, zodpovedný za realizáciu služby neukončí svoju prácu, kým výsledky vlastnej kontroly nie sú v súlade s kritériami prijatia uvedenými v technologických postupoch a v Individuálnych plánoch PSS.

O vykonaných vybraných zdravotných, opatrovateľských a ošetrovateľských činnostiach sa vedú povinné záznamy, ktoré sú popísané v Smernici – Ošetrovateľské a opatrovateľské služby DSS Púchov – Nosice (číslo OS28/02.11.2019)

- Zodpovednosť za poskytovanú ošetrovateľskú starostlivosť má vedúca soc.-zdravotného úseku a úseku výchovy
- Zodpovednosť za opatrovateľskú starostlivosť má vedúca soc.-zdravotného úseku a úseku výchovy
- Zodpovednosť za prevádzkovú a ekonomickú činnosť má riaditeľka DSS.

8.7 Riadenie nezhodných výstupov

V našej organizácii je vytvorený a udržiavaný postup riadenia nezhodných výstupov (služieb). Nezhodným výstupom (službou) chápeme také poskytovanie služieb, na ktoré je negatívna odozva u PSS, alebo následná reklamácia PSS, alebo rodinného príslušníka.

Je to prípad, kedy nebola poskytnutá služba v zmysle individuálneho plánu, alebo bola poskytnutá služba a reakcia na liek je negatívna. Uvedené prípady sú popísané v interných dokumentoch:

- Individuálny plán PSS – (číslo OS30/01.06.2020)
- Vybavovanie sťažností v DSS Púchov – Nosice – (číslo OS32/01.06.2020)

Postupy pre riadenie nezhodných produktov sú stanovené v procesoch A2.6 Riadenie nezhodných výstupov a nápravné opatrenia a A2.11 Sťažnosti, pripomienky, námietky, návrhy.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	27 z 33

9 Hodnotenie výkonnosti

9.1 Monitorovanie, meranie, analýza a hodnotenie

9.1.1 Plnenie požiadaviek na monitorovanie, meranie, analýzu a hodnotenie

Základným zámerom organizácie je dosiahnutie spokojnosti klientov a ZS pri efektívnom riadení procesov a činností. Pre dosiahnutie tohto zámeru sme spracovali Ciele kvality a výkonové parametre procesov.

Prezentácia zhody produktu s požiadavkami zákazníka je znázornená v procesoch:

- A1.3 Komunikácia so žiadateľmi o SS/PSS
- A1.5 Komunikácia a spolupráca s rodinou a blízkymi osobami
- A1.6 Spracovanie plánov podľa individuálnych potrieb klienta
- A2.4 Poskytovanie sociálneho poradenstva
- A2.15 Opatrovateľská starostlivosť
- A2.17 Psychologická starostlivosť
- A2.18 Ošetrovateľská starostlivosť

Zhoda SMK ako aj trvalé zlepšovanie systému je riadené procesmi:

- B3.2 Realizácia interného auditu
- B3.3 Preskúvanie manažmentom

Parametre výkonnosti procesov sú sledované štvrťročne a sú prerokovávané na porade vedenia vždy najneskôr jeden mesiac po skončení štvrťroku. Tento časový posun závisí od výsledkov získaných z účtovníctva na základe ktorých sa hodnotia niektoré vybrané výkonové parametre procesov.

Za hodnotenie cieľov kvality a parametrov výkonnosti procesov je zodpovedný riaditeľka DSS.

9.1.2 Spokojnosť zákazníka

Dosiahnutie spokojnosti klientov a ZS je základnou úlohou všetkých zamestnancov organizácie. Monitorovaním a meraním jej aktuálnej úrovne získavame podklady na zabezpečenie zvyšovania spokojnosti klientov a ZS.

Zisťovanie spokojnosti klientov a ZS je popísané v smerniciach:

- Smernica – Určenie postupov a pravidiel na zisťovanie spokojnosti PSS – číslo OS50/01.05.2022

Výsledky monitoringu sú k dispozícii ako vstup pre Preskúvanie manažmentom, kde sú vyhodnotené z hľadiska možností zlepšovania poskytovaných sociálnych služieb.

9.1.3 Analýza a hodnotenie

Na monitorovanie a meranie procesov používame metódy vyhodnotenia výkonových parametrov procesov organizácie. Výkonové parametre procesov sú pravidelne, v stanovených časových intervaloch vyhodnocované a hodnotenie je predkladané vedeniu organizácie, ktoré prijíma nápravné opatrenia. Pre jednotlivé parametre sú stanovené periódy ich sledovania a vykazovania. Podľa typu výkonového parametra procesov sa kvartálne alebo ročne hodnotí jeho plnenie v dokumente Ciele kvality a parametre výkonnosti procesov (E18/01.05.2022) .

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	28 z 33

9.2 Interný audit

Na monitorovanie skutočného stavu SMK používa organizácia metódu monitorovania pomocou interných auditov. V rámci interných auditov zisťujeme či SMK:

- zodpovedá plánovaným opatreniam a požiadavkám SMK určených organizáciou,
- je efektívne zavedený a udržiavaný.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	29 z 33

Program a plán interných auditov spracováva zamestnanec poverený SMK. Ročný program a plán interného auditu obsahuje:

- Cieľ auditu
- Stupne auditu
- Kritérium úspešnosti auditu
- auditovanú oblasť,
- auditovaný organizačný útvar ,
- funkčné miesto vedúceho auditovaného útvaru
- auditorský tím, (mená audítorov)
- plánovaný termín realizácie auditu
- čísla auditovaných procesov
- auditované články normy ISO 9001.
- časový plán auditu
- Meno spracovateľa a podpis
- Meno schvaľovateľa a podpis

Ročný program a plán interných auditov schvaľuje riaditeľ organizácie. So schváleným Ročným programom a plánom interných auditov oboznámi spracovateľ vedúcich organizačných útvarov, ktorých sa interné audity budú týkať, rovnako aj auditorský tím.

Neplánované audity vykonávame pri zistení závažných nezhôd alebo na základe rozhodnutia vedenia organizácie. Podrobný postup plánovania a realizácie interných auditov je spracovaný v procese B3.2 Realizácia interného auditu.

Povinnosťou vedenia organizácie je zabezpečiť bezodkladnú realizáciu odstránenia zistených nezhôd a ich príčin. V prípade, ak po verifikácii nápravných opatrení je zistené, že nápravné opatrenia neboli realizované, alebo boli realizované nesprávne, spíše zamestnanec poverený SMK správu, ktorú predloží na najbližšiu poradu vedenia organizácie.

9.3 Preskúmanie manažmentom

Správu z preskúmania SMK spracováva a predkladá vedeniu organizácie zamestnanec poverený SMK najmenej 1x ročne. Správa z preskúmania SMK je prerokovaná vo vedení organizácie. Preskúmanie manažmentom sa vykonáva v zmysle procesu B3.3 – Preskúmanie manažmentom. Výsledkom preskúmania zavedeného systému kvality je vyhodnotenie predložených podkladov vedením organizácie a podľa potreby stanovenie nápravných opatrení k predloženej správe a jej uzavretie s písomným záznamom – zápis z porady vedenia organizácie. Správa je po preskúmaní uložená v kancelárii riaditeľky DSS.

V prípade zistenia závažných nedostatkov sa nariaďuje neplánovaný interný audit.

Nápravné opatrenia vyplývajúce z preskúmania sa evidujú v Knihe nápravných opatrení (číslo E22/01.05.2022). Evidencia je vedená elektronicky. Za vedenie evidencie zodpovedá zamestnanec poverený SMK. Do knihy NO môže robiť zápis len interný auditor. Overenie skutočného stavu realizácie nápravného opatrenia zabezpečí interný auditor a potvrdí to zápisom do knihy nápravných opatrení.

Vstupy do preskúmania manažmentom:

- Stav opatrení z predchádzajúcich preskúmaní manažmentom
- Zmeny v externých a interných záležitostiach, ktoré majú vplyv na SMK
- Informácie o monitoringu spokojnosti klientov a ZS
- Miera splnenia cieľov kvality
- Miera splnenia výkonových parametrov procesov a zhody služieb s požiadavkami

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	30 z 33

- Nezhody a nápravné opatrenia
- Výsledky monitorovania a merania
- Výsledky auditov
- Výkonnosť externých poskytovateľov
- Primeranosť zdrojov
- Efektívnosť opatrení na zvládanie rizík a príležitostí
- Príležitosti na zlepšenie pre ďalšie obdobie

Výstupom z preskúmania manažmentom sú prijaté nápravné a preventívne opatrenia, ktoré obsahujú:

- postupy na zlepšenie účinnosti procesov a SMK,
- postupy pre zlepšenie kvality služieb vo vzťahu k zákazníkovi,
- opatrenia na zníženie dopadov rizík a využitie príležitostí
- zabezpečenie potrebných zdrojov,
- zlepšenie infraštruktúry a nástrojov na riadenie,
- opatrenia k nápravnej činnosti.

10 Zlepšovanie

10.1 Prístup k zlepšovaniu

V našej organizácii je zavedený systém zlepšovania, do ktorého sú zapojení prakticky všetci zamestnanci organizácie. Nástrojmi zlepšovania sú vyhodnotenia cieľov, preskúmania politiky kvality, výsledky auditov, analýzy všetkých zhromaždených údajov, nápravné opatrenia a výsledky preskúmania manažmentom. Zodpovedným za riadenie trvalého zlepšovania je riaditeľ organizácie. Pri riadení zlepšovania úzko spolupracuje so zainteresovanými stranami, hlavne so zriaďovateľom. Proces zlepšovania manažérskeho systému je zameraný na všetky oblasti organizácie a zahrňuje všetky činnosti spojené s chodom zariadenia sociálnych služieb. Proces zlepšovania je zameraný na elimináciu rozdielov poskytovaných sociálnych služieb od definovaných požiadaviek.

Trvalé zlepšovanie kvality poskytovaných služieb, výkonnosti celej organizácie, efektívnosti všetkých procesov a zlepšovanie systému manažérstva, sú prvoradým cieľom organizácie. Otázky zlepšovania sú zakotvené v Politike kvality, ktorá je záväzná pre všetkých zamestnancov organizácie.

10.2 Nezhoda a nápravné opatrenie

Opatrenia k náprave sú zamerané na odstránenie vzniknutej nehody a zabezpečenie nápravnej činnosti tak, aby nedošlo k jej opakovaniu. Nápravné opatrenia ako výsledok preskúmania manažmentom sa evidujú v dokumentácii Kniha nápravných opatrení, ktorá je prístupná všetkým zamestnancom v elektronickej forme na sieti. Zamestnanec poverený SMK má právo do nej zapisovať údaje na základe podnetov z preskúmania manažmentom, ostatní si môžu dokument iba prezerať.

Dokumentované postupy pre jednotlivé oblasti nezhôd sú vykonávané v súlade s procesom A2.6 – Riadenie nezhodných výstupov a nápravné opatrenia.

V prípade že sa jedná o nehody, ktoré sa ešte nevyskytli, ale je potenciálna možnosť ich výskytu tieto sa riešia v rámci preskúmania Katalógu rizík a príležitostí. Katalóg rizík a príležitostí sa preskúmava raz ročne. Nápravná činnosť sa vykonáva v súlade s procesmi – B3.3 - Preskúmanie manažmentom, a A2.6 – Riadenie nezhodných výstupov a nápravné opatrenia.

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	31 z 33

10.3 Trvalé zlepšovanie

Jedným z cieľov organizácie je trvalé zlepšovanie všetkých procesov tak, aby sa trvalo zvyšovala výkonnosť organizácie a odstránenie nedostatkov prinášalo prospech všetkým zainteresovaným stranám.

Trvalé zlepšovanie efektívnosti systému manažérstva kvality sa uskutočňuje podľa procesu – B3.3 - Preskúmanie manažmentom. Každoročne sa aktualizujú dokumenty ako sú Ciele kvality a výkonové parametre procesov. V súlade s procesom Preskúmanie manažmentom prebieha zber údajov a spracovanie výsledkov výkonových parametrov, ktoré sú predkladané vedeniu organizácie. Výsledkom preskúmania manažmentom sú rozhodnutia o úprave procesov, podnety na vzdelávanie, návrhy na nové ciele kvality alebo rozhodnutia o nápravných opatreniach.

11 Zoznam príloh:

Názov prílohy	Číslo prílohy
Zodpovednosť za prvky kvality	1
Interná a externá komunikácia	2

Príloha č.1

Zodpovednosť za prvky SMK

Prvok normy	Názov prvku normy	Zodpovednosť
Systém manažérstva kvality/ Systém environmentálneho manažmentu		
4	Súvislosti organizácie	Riaditeľ
5	Vodcovstvo	Riaditeľ
6.1	Opatrenia na riešenie rizík a príležitostí	Riaditeľ
6.2	Ciele kvality/ Environmentálne ciele a plánovanie ich dosiahnutia	Riaditeľ
7.1	Zdroje	Riaditeľ
7.2	Kompetentnosť	Riaditeľ
7.3	Povedomie	Riaditeľ
7.4	Komunikácia	Riaditeľ
7.5	Zdokumentované informácie	Riaditeľ
8.1	Plánovanie a riadenie prevádzky	Riaditeľ
8.2 (SMK)	Požiadavky na produkty a služby	Riaditeľ
8.2 (SEM)	Havarijná pripravenosť a reakcia	Riaditeľ
8.4 (SMK)	Riadenie externe poskytovaných produktov a služieb	Riaditeľ
8.5 (SMK)	Výroba a poskytovanie služieb	Riaditeľ
8.6 (SMK)	Uvolňovanie produktov a služieb	Riaditeľ
8.7 (SMK)	Riadenie nezhodných výstupov	Riaditeľ
9.1	Monitorovanie, meranie, analýza a vyhodnocovanie	Riaditeľ
9.2	Interný audit	Riaditeľ
9.3	Preskúmanie manažmentom	Riaditeľ
10.2	Nezhoda a nápravné opatrenie	Riaditeľ

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	32 z 33

10.3	Zlepšovanie	Riaditeľ
------	-------------	----------

Príloha č.2

Interná a externá komunikácia

Interná komunikácia

Názov	Téma/obsah	Účastníci	Termín/interval
Preskúmanie manažmentom	-Zhodnotenie plnenia cieľov kvality a výkonových parametrov procesov -Zhodnotenie SMK – 1x ročne	- Riaditeľ - vedúci úsekov	1 x ročne
Mesačná porada vedenia organizácie	-Rekapitulácia úloh a cieľov z predchádzajúceho mesiaca -Plán termínov cieľov na ďalší mesiac -Stanovenie mimoriadnych úloh	- Riaditeľ - Vedúci úsekov	1 x za mesiac
Ústne / telefonické / e-mailové pokyny a informácie	-V prípade potreby riaditeľ komunikuje s vedúcimi úsekov o termínoch cieľov a úloh a spôsobe ich realizácie	- Riaditeľ - Vedúci úsekov	Podľa potreby
Inventarizačná komisia			1 x ročne
Škodová komisia			Podľa potreby

Externá komunikácia

Externý partner	Téma	Zamestnanec zodpovedný za komunikáciu
Zriaďovateľ		
Médiá	Oznamy, vyhlásenia	- Riaditeľ
	Ponuka voľných pracovných miest	- Vedúci úsekov
Certifikačná spoločnosť	Certifikácia podľa ISO	- Riaditeľ
Právnik	Mzdové, pracovné a daňové záležitosti	- Riaditeľ
Právnik	Zmluvy a iné záležitosti	- Riaditeľ
Inšpektorát práce	Vo všetkých oblastiach	- Vedúci úsekov
Polícia, dopravný inšpektorát	Vo všetkých oblastiach	- Riaditeľ
Štatistický úrad	Vedenie štatistiky	- Vedúci úsekov
Obchodný register	Zmeny v registrácii	- Riaditeľ
Dodávatelia OOPP	Objednávky OOPP	- Vedúci úsekov
Daňový úrad	Daňové operácie	- Riaditeľ
Banka	Finančné operácie	- Vedúci úsekov

Domov sociálnych služieb – Púchov - Nosice	Organizačná smernica		Číslo dokumentu: OS52/12.05.2022	
	Príručka systému manažérstva kvality		Vydanie číslo: 1	
	Zmena číslo: 1	Dátum zmeny: 12.05.2022	Strana:	33 z 33

Audítori, daňoví poradcovia	Účtovné a daňové poradenstvo	- Riaditeľ
Oblasť IT		- Vedúci úsekov
Sociálna poisťovňa	- Registrácia zamestnancov - Prihlášky a odhlášky - Mesačné výkazy odvodov do fondov s finančným vyrovnaním	- Riaditeľ - Referent miezd a majetku
Zdravotné poisťovne	- Registrácia zam. - Prihlášky a odhlášky, - Mesačné výkazy odvodov do fondov s finančným vyrovnaním	- Riaditeľ - Referent miezd a majetku
Dodávatelia vstupných materiálov	- Objednávky vstupných materiálov - Vyhľadávanie nových dodávateľov	- Riaditeľ
Zákazníci, odberatelia	Dojednávanie a potvrdzovanie objednávok, monitoring spokojnosti zákazníkov	- Vedúci úsekov
Firmy poskytujúce reklamnú a propagačnú činnosť	Zadávanie a objednávanie reklamy	- Riaditeľ
Dodávatelia technológií a dopravných prostriedkov	Konzultácie a špecifikácie nových technológií a dopr. prostriedkov	- Vedúci úsekov
Poskytovateľ internetovej siete - Provider	Konzultácie v rámci poskytovania internetovej siete, domény	- Riaditeľ
Správca počítačovej siete	Konzultácie a riadenie počítačovej siete	- Vedúci úsekov
Dod. náhradných dielov a servis pre kopírky a PC	Špecifikácia a objednávka	- Riaditeľ
Primátori, starostovia a poslanci miestnej samosprávy	Reklamácie, požiadavky zákazníkov, VZN,	- Vedúci úsekov
Úrady ŽP	Povolenia, rozhodnutia, súhlasy, schválenia	- Riaditeľ
SIŽP	Povolenia, rozhodnutia, súhlasy, schválenia	- Vedúci úsekov
MŽP SR	Povolenia, rozhodnutia, súhlasy, schválenia	- Riaditeľ
Regionálny úrad verejného zdravotníctva	Povolenia, rozhodnutia, súhlasy, schválenia	- Vedúci úsekov

ROZDEĽOVNÍK

Potvrdenie o prevzatí výtlačkov:

Číslo výtlačku	Prevzal	Dátum	Podpis
1	Mgr. Miroslava Čabalová		
2	Mgr. Daniela Cigániková		

Koniec dokumentu