


 TRENČIANSKY SAMOSPRÁVNÝ KRAJ	Centrum sociálnych služieb - SLOVEN	 CENTRUM SOCIÁLNYCH SLUŽIEB SLOVEN
	Interná smernica	
	Príručka systému manažérstva kvality	

IS 13/2023
Príručka systému manažérstva kvality

Centra sociálnych služieb – SLOVEN
Slavnica

	Centrum sociálnych služieb - SLOVEN	
	Interná smernica	
	Príručka systému manažérstva kvality	

IS 13/2023

Príručka systému manažérstva kvality

Centra sociálnych služieb – SLOVEN
Slavnica

Číslo výtlačku:1

	Meno a priezvisko	Funkcia	Dátum	Podpis
Vypracoval:	Mgr. Jana Briestenská	Referent soc. agendy	30.09.2023	
Preveril:	RNDr., PhDr.Martina Mutalová, PhD.	Riaditeľ	30.09.2023	
Schválil:	RNDr., PhDr.Martina Mutalová, PhD.	Riaditeľ	30.09.2023	
Platnosť dokumentu:	OD: 02.10.2023			

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.

Záznam o zmenách

P.č.	Dátum	Číslo kapitoly	Popis zmien	Navrhol	Schválil

Obsah:

Obsah:	3
1 Účel a rozsah príručky kvality	5
1.1 Účel príručky.....	5
1.2 Rozsah platnosti	5
2 Pojmy a skratky	6
2.1 Definícia pojmov.....	6
2.2 Použité skratky	6
3 Predstavenie organizácie.....	7
4 Systém manažérstva kvality	7
4.1 Pochopenie organizácie a jej súvislostí	7
4.2 Pochopenie potrieb a očakávaní zainteresovaných strán.....	8
4.3 Určenie predmetu systému manažérstva kvality.....	8
4.4 Systém manažérstva a jeho procesy	9
5 Vodcovstvo	10
5.1 Vodcovstvo a záväzok manažmentu	10
5.1.1 Zameranie na zákazníka	11
5.2 Politika.....	11
5.3 Roly, zodpovednosti a právomoci v organizácii	11
6 Plánovanie	12
6.1 Opatrenia na zvládnutie rizík a príležitostí.....	12
6.1.1 Proces riadenia rizík.....	12
6.1.2 Opatrenia na zvládanie rizík a príležitostí.....	13
6.2 Ciele kvality a plánovanie ich dosiahnutia.....	13
6.3 Plánovanie zmien	14
7 Podpora	14
7.1 Zdroje	14
7.1.1 Poskytovanie zdrojov.....	14
7.1.2 Pracovníci	15
7.1.3 Infraštruktúra	16
7.1.4 Prostredie pre prevádzku procesov	16
7.1.5 Zdroje monitorovania a merania.....	16
7.1.6 Poznatky organizácie.....	17
7.2 Kompetentnosť.....	17
7.3 Povedomie.....	18
7.4 Komunikácia	18
7.5 Zdokumentované informácie	19
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.....	22
8.3	Návrh a vývoj.....	22
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.....	23
8.5	Výroba a poskytovanie služby.....	24
8.5.1	Riadenie výroby a poskytovania služby.....	24
8.5.2	Identifikácia a sledovateľnosť.....	24
8.5.3	Majetok patriaci zákazníkovi, alebo externým poskytovateľom.....	25
8.5.4	Ochrana.....	25
8.5.5	Činnosti po dodaní.....	25
8.5.6	Riadenie zmien.....	26
8.6	Uvoľňovanie produktov a služieb.....	26
8.7	Riadenie nezhodných výstupov.....	26
9	Hodnotenie výkonnosti.....	26
9.1	Monitorovanie, meranie, analýza a hodnotenie.....	26
9.1.1	Plnenie požiadaviek na monitorovanie, meranie, analýzu a hodnotenie.....	26
9.1.2	Spokojnosť zákazníka.....	27
9.1.3	Analýza a hodnotenie.....	27
9.2	Interný audit.....	27
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.....	30
11	Zoznam príloh:.....	31

1 Účel a rozsah príručky kvality

1.1 Účel príručky

Príručka kvality zariadenia sociálnych služieb CSS - SLOVEN 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 podienky
 - Prevádzkové podienky
- 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 osobu poverenú SMK v zmysle povinností uvedených v organizačnom poriadku.
- Základné údaje o organizácii:
 - Zriaďovateľ: Trenčiansky samosprávny kraj
 - názov organizácie: Centrum sociálnych služieb - SLOVEN
 - sídlo organizácie: 68, 018 54 Slavnica
 - forma hospodárenia: Rozpočtová organizácia s právnou subjektivitou
 - IČO: 00632406
 - e-mail: martina.mutalovasssloven.sk
 - internetová stránka : www.csssloven.sk

- o vedenie organizácie : RNDr., PhDr. Martina Mutalová, PhD.
- o Manažér kvality: Mgr. Jana Briestenská

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.

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
ĽZ	- Ľudské zdroje
PK	- Príručka kvality
PM	- Procesný model
PK	- Príručka kvality
PSS	- Prijímateľ sociálnej služby
SS	- Sociálna služba

3 Predstavenie organizácie

Centrum sociálnych služieb SLOVEN Slavnica je v zriaďovateľskej pôsobnosti Trenčianskeho samosprávneho kraja ako jeho rozpočtová organizácia s právnou subjektivitou.

CSS - SLOVEN Slavnica poskytuje komplexné sociálne služby formou celoročného pobytu 185 klientom (schválená kapacita zariadenia) - dospelým ženám a dospelým mužom 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.

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 zariadenia je prostredníctvom tímovej práce zabezpečiť prijímateľom sociálnej služby najvyššiu možnú kvalitu života, vytvárať a udržiavať pozitívne vzťahy s ich sociálnou sieťou.

Poskytovať sociálne služby podľa individuálnych potrieb PSS a možností zariadenia postavené na základných princípoch etického a odborného prístupu v súlade s ochranou bezpečnosti a života PSS a s ochranou ľudských práv a základných slobôd.

Svoje poslanie CSS – SLOVEN naplňa v súlade s platnou legislatívou, inovatívnymi technológiami, kvalitným odborným personálom a dobrou spoluprácou so všetkými zainteresovanými stranami.

Vízia nášho zariadenia je byť vyhľadávaným zariadením v rámci Trenčianskeho kraja, ktoré poskytuje kvalitné služby v sociálnej a zdravotnej oblasti so zameraním na odborný prístup kvalifikovaným personálom s dôrazom na individualitu a dôstojnosť prijímateľa sociálnej služby, aby človek, ktorý príde do nášho zariadenia bol spokojný so službami a zostal človekom s vlastným príbehom a dušou. Prijímateľ je naším partnerom a jeho názor je pre nás dôležitý.

Centrum sociálnych služieb - SLOVEN dosiahne prostredníctvom naplňania štandardov vysokú kvalitu ponúkaných služieb tak, aby sa kvalita ponúkaných služieb stala prirodzenou súčasťou a hodnotou všetkých prijímateľov, zamestnancov a ostatných zainteresovaných strán.

4 Systém manažérstva kvality

4.1 Pochopenie organizácie a jej súvislostí

Organizácia určila pomocou SWOT analýzy interné a externé záležitosti (E 15/2022) , 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 CSS - SLOVEN (F 01/2022).

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 zákazníkom 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 B3.1 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 (F 01/2022).

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:

Príklad:

CSS - SLOVEN Slavnica poskytuje komplexné sociálne služby formou celoročného pobytu 185 klientom (schválená kapacita zariadenia) - dospelým ženám a dospelým mužom so zdravotným postihnutím, ktorí sú odkázaní na sociálnu službu poskytovanú v domove sociálnych služieb. Ide o fyzické osoby so zdravotným postihnutím, ktorým sú telesné postihnutie, duševné poruchy a poruchy správania alebo zmyslové postihnutie, prípadne kombinácia uvedených postihnutí.

V rámci našich služieb poskytujeme:

- pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
- sociálne poradenstvo,
- sociálna rehabilitácia,
- ubytovanie,
- stravovanie,
- upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva,

zabezpečujeme:

- ošetrovateľská starostlivosť
- pracovnú terapiu,
- záujmovú činnosť
- utvárame podmienky na úschovu cenných vecí.

- Z hľadiska vybavenia sa organizácia nachádza v obci Slavnica, adresa: Slavnica 68. Objekty (pracoviská) , v ktorých realizujeme naše služby sú:
 - Kompletne oplotený areál CSS - SLOVEN pozostáva zo štyroch samostatne stojacich ubytovacích budov, administratívnej budovy (spoločenská sála, zasadačka, kancelárie, kuchyňa, jedáleň, sklady, práčovňa), dielne, skleník – sklad, vodáreň, plynová kotolňa, vrátnica, garáž - márnica, trafostanica, sušiareň, sklady.

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, ktoré sú detailne popísané v smerniciach (procesné mapa – procesy štandardov kvality a riadiace a podporné 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“.

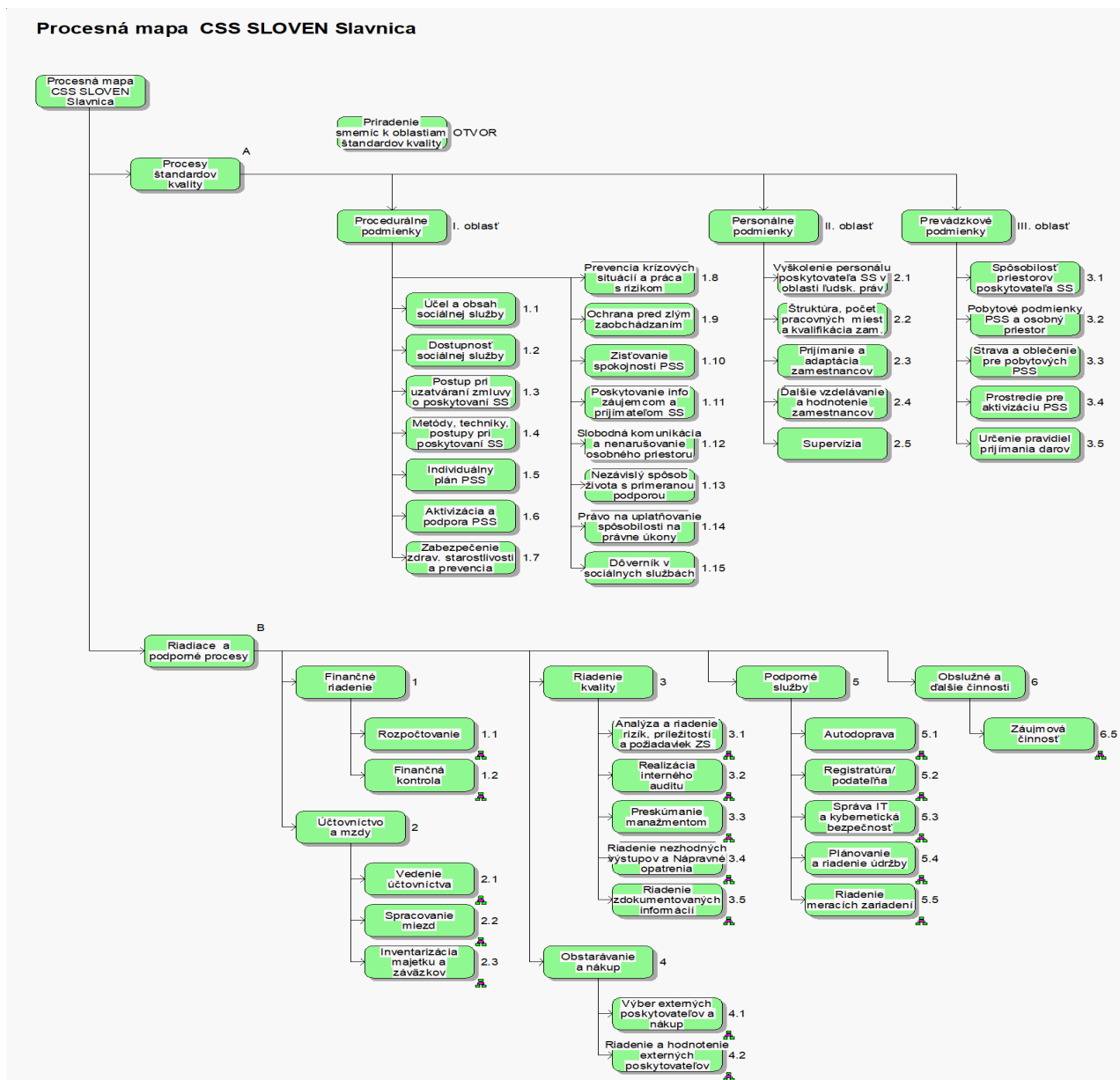
Všetky procesy organizácie sú rozdelené do 2 hlavných kategórií:

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.

Procesný model organizácie:

Procesná mapa CSS SLOVEN Slavnica



Procesy, zobrazené na obrázku sa otvoria po kliknutí na hierarchizačný symbol umiestnený v pravom dolnom rohu procesu. V rámci procesov je možné otvárať zdokumentované informácie, ktoré majú v pravom hornom rohu symbol kľúčika. Takto si zamestnanci pri overovaní procesných postupov môžu otvoriť príslušný dokument.

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.“

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, 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 hlavného cieľov kvality – viď zdokumentovaná informácia (F 02/2022),
- vykonávanie neustáleho zlepšovania – záznamy z navrhovaných opatrení a zlepšení sa evidujú v Knihe nápravných opatrení (Kniha NO) (F 03/2022),
- 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 pre PSS, ktoré sú popísané v procesoch A –

I. oblasť Procedurálne podmienky: A1.2. Dostupnosť sociálnej služby, A1.3 Postup pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní sociálnej služby, A1.4 Metódy, techniky, postupy pri poskytovaní sociálnej služby, A1.5 Individuálny plán PSS, A1.6 Aktivizácia a podpora PSS, A1.7. Zabezpečenie zdravotnej starostlivosti a prevencia, A1.8 Prevencia krízových situácií a práca s rizikom, A1.9. Ochrana pred zlým zaobchádzaním, A1.10 Zisťovanie spokojnosti PSS, A1.11 Poskytovanie informácií záujemcom a prijímateľom SS, A1.12 Slobodná komunikácia a nenarušovanie osobného priestoru, A1.13 Nezávislý spôsob života s primeranou podporou, A1.14. Právo na uplatňovanie spôsobilosti na právne úkony, A1.15 Dôverník v sociálnych službách .

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.

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 (IS 15/2016). 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, Pracovnom poriadku, Etickom kódexe a v Procesnom modeli organizácie.

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 vedení 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 A1.8. Prevencia krízových situácií a práca s rizikom vo vzťahu k PSS a B3.1 Analýza a riadenie rizík, príležitostí a požiadaviek zainteresovaných strán (ZS).

Činnosti pri riadení rizík vo vzťahu k PSS sú spracované v dokumente IS 10A/2015 Vypracovanie IP PSS a IS 26/2022 Určenie postupov a pravidiel prevencie krízových situácií.

Výsledok riadenia rizík a príležitostí a požiadaviek ZS je dokument Katalóg rizík a príležitostí a požiadaviek ZS (F 01/2022).

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.

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 (F 01/2022).

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 vtahujúcich sa k jednotlivým zainteresovaným stranám a ich hodnotení, sú zaznamenané v Katalógu rizík, príležitostí a požiadaviek ZS (F 01/2022), 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 počiatkové riziká eliminovať, alebo znížiť na úroveň zvyškového (akceptovateľného) rizika.

Nie je možné a veľaokrát 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. Preskúmava sa:

- aktuálnosť záznamov v katalógu - t.j. či niektoré riziká nezanikli, alebo či počas roka niektoré riziká nevznikli. Čerpá sa hlavne z udalostí, ktoré sa v organizácii vyskytli počas roka.
- 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 Ciele kvality a parametre výkonnosti procesov na rok (F 02/2022). 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 vyhodnotené 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 osoba poverená SMK vypracuje Ročný program a plán interných auditov (F 04/2022), ktorý je vstupom do procesu B3.2 – 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 B3.3 – 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 popísané v procesnom modeli v procesoch B3.1, B3.2, B3.3, B3.4, B3.5

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;
- 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 Pravidlá rozpočtového procesu TSK Smernica č.2/2018 a IS 7/2016 Systém finančného riadenia a finančnej kontroly a IS 41/2016 Obeh účtovných dokladov.

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 2.2 Štruktúra, počet pracovných miest a kvalifikácia zamestnancov
Personálne podmienky II.oblasť
- Prijímanie zamestnancov do pracovného pomeru – popísaný v procese A 2.3 Prijímanie a adaptácia zamestnancov
Personálne podmienky II.oblasť
- Adaptáciu zamestnancov do pracovného procesu . popísaný v procese A 2.3 Prijímanie a adaptácia zamestnanco
Personálne podmienky II.oblasť
- Zvyšovanie motivácie zamestnancov – Popísané v procesoch A 2.5 Supervízia a A2.5 Ďalšie vzdelávanie a hodnotenie zamestnancov
Personálne podmienky II.oblasť

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 rozvoja ďalšieho vzdelávanie zamestnancov, zvyšovania odbornej spôsobilosti zamestnancov CSS – SLOVEN pre rok (zdokumentovaná informácia Pr.1-IS3/2015). 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 personálnej zložke zamestnanca (Plán adaptačného procesu - Pr.1-IS4/2015).

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 (IS 15/2016).

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 68, 018 54 Slavnica. Budovy, v ktorých sídli sú vlastné v zriaďovateľskej pôsobnosti Trenčianskeho samosprávneho kraja. Kancelárie sú vybavené technickým vybavením potrebným pre výkon funkcie t.j. osobné počítače a tlačiarne, kopírky. Pobytové zariadenia sú z časti bezbariérové a vybavené potrebnými zariadeniami, pomôckami a materiálom pre zabezpečenie sociálnych služieb.

Organizácia disponuje vozovým parkom, ktorý v súčasnosti tvoria 4 motorová vozidlá, ktorých údržbu zabezpečujú vodiči a opravy zabezpečuje prevádzkar prostredníctvom externej firmy. Evidencia vozidiel a informácií o ich údržbe je vedená písomne. Za evidenciu je zodpovedný prevádzkar.

Organizácia má dostatočné 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 prevádzkar prostredníctvom externých firiem.

Starostlivosť o parkoviská, záhrady, parky, a pod. má prevádzkar.

Organizovanie opráv a údržby technického vybavenia zabezpečuje prevádzkar a externé firmy.

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 prevádzkara. Vykonávanie poriadku na pracoviskách (upratovanie, odnos smetí 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

Detailná práca s meradlami je popísaná v smernici – IS 31/2022 Metrológia.

Kalibráciu/overenie meradiel v predpísaných lehotách zabezpečuje prevádzkar, ktorý archivuje externé kalibračné listy/protokoly o overení. Platnosť kalibrácie/overenia meradiel prevádzkar 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. Užívateľia meradiel sú povinní rešpektovať stav meradla po kalibrácii/overení.

Meradlá používané v organizácii sú evidované v Zozname používaných meradiel v prevádzke (Pr.1-IS31/2022)

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

Externe kalibrované meradlá alebo overené meradlá 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 prevádzkar na vyradenie. O vyradení meradiel rozhoduje riaditeľ organizácie.

7.1.6 Poznatky 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. Opatrovateľské a ošetrovateľské postupy sú súčasťou riadenej dokumentácie, ktorá je aktualizovaná podľa najnovších poznatkov a sú s ňou oboznamovaní zainteresovaní zamestnanci. Táto dokumentácia je súčasťou Štandardov kvality podľa zákona 448/2008Z.z.

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.

Vedomosti, ktoré zamestnanci nadobudli pri vzdelávaní sú zdieľané ostatnými zainteresovanými zamestnancami (preškolenie, uloženie školiacich materiálov na zdieľané miesto na sieti, uložené poznatky na určenom mieste, informovanie zamestnancov čo majú k dispozícii, a pod).

7.2 Kompetentnosť

Plánovanie vzdelávania zamestnancov sa riadi procesmi:

A 2.4 Ďalšie vzdelávanie a hodnotenie zamestnancov, A 2.5 Supervízia – IS 23/2022.

Potreba školení vychádza z požiadaviek na zvyšovanie kvalifikácie, hodnotenia jednotlivých zamestnancov, zvyšovania zastupiteľnosti zamestnancov, platnej legislatívy, ktorá upravuje pravidelné preškolenie pracovníkov, ale aj záujmov pracovníkov (motivačný faktor). Na základe potrieb školení pracovníkov spracuje vedúca sociálneho Plán rozvoja ďalšieho vzdelávania zamestnancov, zvyšovania odbornej spôsobilosti zamestnancov, ktorý schvaľuje riaditeľ. Vzdelávanie pracovníkov prebieha v súlade s požiadavkami definovanými v schválenom pláne vzdelávania a vyššie uvedenými procesmi.

Plnenie Plánu rozvoja ďalšieho vzdelávania zamestnancov, zvyšovania odbornej spôsobilosti zamestnancov pravidelne kontroluje vedúca sociálneho úseku. Vyhodnotenie efektívnosti resp. účinku jednotlivých vzdelávacích akcií zabezpečuje vedúca sociálneho úseku. Plnenie plánu sa sleduje priebežne a vyhodnocuje sa 1x ročne na porade riaditeľky. V prípade potreby je Plán v priebehu roka aktualizovaný.

Organizácia zabezpečuje pre zamestnancov okrem externých školení aj interné školenia, ktoré sú tiež evidované v rámci Plánu rozvoja ďalšieho vzdelávania zamestnancov, zvyšovania odbornej spôsobilosti zamestnancov. Pri interných školeniach, na ktorých sa zúčastňujú všetci zamestnanci organizácie sa vyhotovuje záznam s prezenčnou listinou (Pr.3-IS3/2015), ktorý je uložený v kancelárii vedúcej ekonomicko- prevádzkového úseku. 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 personalista, 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 vykonáva prevádzkar - BOZO,PO, školenia vodičov vozidiel vykonáva pre organizáciu externý poskytovateľ. Po absolvovaní príslušného školenia je vyhotovený záznam, ktorý je uložený u prevádzkara.

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 (IS 15/2016), v zákonných požiadavkách na pracovné miesto a v Pracovnom poriadku (IS7/2018) .

7.3 Povedomie

Vzdelávanie zamestnancov prebieha v súlade s požiadavkami definovanými v schválenom pláne rozvoja ďalšieho vzdelávanie zamestnancov, zvyšovania odbornej spôsobilosti zamestnancov a riadi sa procesmi

A 2.4 Ďalšie vzdelávanie a hodnotenie zamestnancov

A 2.5 Supervízia – IS 23/2022.

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), resp. prostredníctvom počítačovej siete organizácie, resp. prostredníctvom zdieľaných adresárov organizácie. 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 sú zodpovední vedúci úsekov. Spôsob poskytovania a získavania informácií v CSS – SLOVEN je vypracovaný v smernici IS 2/2022 Informačná stratégia.

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).

Základným dokumentom v SMK je táto Príručka kvality. Zodpovednosť za jej spracovanie a aktualizáciu má referent sociálnej agendy – osoba poverená SMK, ktorý 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 u riaditeľa, elektronická verzia PK je uverejnená na sieti 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 (IS XX/rr, 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 (E 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 číslovanie dokumentov:

XX/RRRR - Dvojmiestne číslo dokumentu/ rok platnosti dokumentu.

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.: F01/2022 – Katalóg rizík a príležitostí
Pr.1-IS02/2022 Záznam z porady riaditeľky

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

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.: Interná smernica - ISO1/2022- Kolektívna zmluva

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 B 5.5 Riadenie zdokumentovaných informácií. Za tvorbu a aktualizáciu dokumentov zo zoznamu zdokumentovaných informácií sú primárne zodpovední príslušní majitelia procesov. Za vedenie Zoznamu zdokumentovaných informácií je zodpovedná osoba poverení riadením SMK.

7.5.2 Riadenie zdokumentovaných informácií

Riadenie zdokumentovaných informácií sa realizuje v zmysle procesu B 5.5– 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 E 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, 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.

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

Postup archivovania, vyradovania upravuje smernica Registratúrny poriadok a plán (IS 36/2016) .

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

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 (IS 36/2016).

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, v rámci firemného intranetu sa presunie do priechinka 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 s prístupom na sieť prístup vždy k najaktuálnejšej verzii riadeného dokumentu.
- Nainštalované sú na všetkých prevádzkových počítačoch v jednotnej štruktúre adresátov, pričom sa zabezpečuje, aby neplatné dokumenty boli na týchto počítačoch zmazané.
- Pracoviská, ktoré nie sú vybavené počítačmi majú k dispozícii výtlačky platných smerníc, formulárov a evidencií, ktoré sú povinní zamestnanci dodržiavať a používať. Smernice sú opatrené číslovaním výtlačkov (výtlačok č. 1, výtlačok č.2)
 - o Organizácia zabezpečuje, aby zamestnanci boli poučení o dodržiavaní a používaní platných výtlačkov smerníc.
 - o Pri výmene smerníc, formulárov a evidencií na pracoviskách organizácia sťahuje neplatné dokumenty s cieľom, aby sa nepoužívali.

Riaditeľ a osoba poverená SMK riadi celý proces zmien v riadených dokumentoch. Pri akejkoľvek zmene v riadených dokumentoch (aktualizácii existujúceho/tvorbe nového dokumentu) má osoba poverená SMK po schválení riaditeľom právo na vykonanie finálnych úprav. Zároveň je osoba poverená SMK povinná 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 informuje zodpovedná osoba za smernicu 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 Postup pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní sociálnej služby, A1.5 Individuálny plán PSS A2.5 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 dokumentovaný 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.

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 jednáť s potenciálnymi PSS, resp. so žiadateľmi o služby riaditeľ, vedúca sociálneho úseku, referent sociálnej agendy, sociálny pracovník.

Po vybavení formálnych žiadostí o poskytnutie služieb je žiadateľ buď prijatý do zariadenia, alebo je zapísaný do zoznam čakateľov na prijatie do zariadenia. Za evidenciu zoznamu čakateľov sú zodpovední: sociálny pracovník a asistent na soc. úseku.

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 **Postup pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní sociálnej služby**
- Výsledky procesu A1.6 **Aktivizácia a podpora PSS**
- Výsledky procesu A1.10 **Zisťovanie spokojnosti PSS**
- 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 prispôsobujú 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 zodpovedný riaditeľ.

8.2.4 Zmeny v požiadavkách na produkty a služby

Zmeny v zadaní od klientov počas realizácie služieb zabezpečí vedúca sociálneho úseku. Činnosti pri zmenách, alebo činnosti pri pravidelných aktualizáciách individuálnych plánov sú popísané v procese A1.5 Individuálny plán PSS.

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 udržaniu 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 (Pr.1-IS16/2022).

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 nesúladu 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.

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
 - IS 17/2016 Ľudské práva
 - IS 5/2017 Smernica o poskytovaní sociálnych služieb
 - IS 9/2018 Poslanie, vízia a ciele CSS – SLOVEN, E 14 2022 Poslanie, vízia a hlavný cieľ CSS - SLOVEN
 - IS 4/2023 Štandardy kvality
 - IS 4/2019 Postup pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní soc. služby
 - IS 2/2020 Domáci poriadok
 - IS 2/2022 Informačná stratégia
 - IS 24/2022 Komunikácia s rodinou
 - IS 15/2022 Smernica o poskytovaní informácií v zmysle zákona o slobode informácií v CSS – SLOVEN
 - IS 2/2023 Požičiavanie pomôcok
- 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 používaných meradiel v prevádzke (Pr.1-IS31/2022),
- Implementácia činností na monitorovanie a meranie –A 1.7 Zabezpečenie zdravotnej starostlivosti a prevencia,
- 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 a ošetrovateľskej starostlivosti, Individuálne plány
- Implementáciu opatrení na prevenciu ľudských zlyhaní – Katalóg rizík a príležitostí a požiadaviek ZS - (F 01/2022) , IS 26/2022 Určenie postupov a pravidiel prevencie krízových situácií
- Implementácia uvoľňovania činností a služieb - Záznamy opatrovateľskej 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. 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 (IS 36/2016). 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 A1.2 **Dostupnosť sociálnej služby**, A 1.13 **Nezávislý spôsob života s primeranou podporou** a A3.5 **Určenie pravidiel prijímania darov** a v smerniciach:

- IS 4/2017 Hospodárenie s finančnými prostriedkami PSS a úschova cenných vecí
- IS 9/2016 Pravidlá pre prijímanie darov

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 zdravotného úseku
- Skladovanie liekov – uzamykateľný priestor - ambulancia, zodpovedným za skladovanie liekov je vedúca zdravotného úseku
- Skladovanie pomocných strojov na údržbu - samostatný sklad - dielňa, zodpovedným zamestnancom za sklad je údržbár
- Sklad potravín, zodpovedným zamestnancom za sklad je skladník potravín
- Registratúrne stredisko, zodpovedným zamestnancom za sklad je PAM

Skladovacie priestory sú vybavené potrebnými vlastnosťami, aby sa uskladnená komodita neznehodnotila. Lieky podliehajúce uskladneniu pri nižších teplotách sú umiestnené v chladničkách - Kontrola teploty v chladničke (Pr.16-IS19/2022).

Expiračné doby uložených materiálov, liekov sa pravidelne kontrolujú pri podávaní lieku. Za vykonanie kontroly je zodpovedná vedúca sestra.

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.

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 A1.10 Zisťovanie spokojnosti PSS i a ďalšími internými smernicami:

- IS 27/2022 Monitoring spokojnosti

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 opatrovateľských a ošetrovateľských činnostiach sa vedú povinné záznamy, ktoré sú popísané v IS 19/2022 Poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

- Zodpovednosť za poskytovanú ošetrovateľskú starostlivosť má vedúca zdravotného úseku
- Zodpovednosť za opatrovateľskú starostlivosť má vedúca zdravotného úseku
- Zodpovednosť za prevádzkovú a ekonomickú činnosť má vedúca ekonomicko-prevádzkového úseku

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:

- Požiadavka na nápravné opatrenia F 06/2022
- Písomný záznam o ústnom podaní sťažnosti Pr.1-IS18/2015

Postupy pre riadenie nezhodných produktov sú stanovené v procesoch B3.4 Riadenie nezhodných výstupov a nápravné opatrenia a A1.10 Zisťovanie spokojnosti PSS, A1.12 Slobodná komunikácia a nenarušovanie osobného priestoru.

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 výkonné parametre procesov.

Prezentácia zhody produktu s požiadavkami zákazníka je znázornená v procesoch:

- **A1.2 Dostupnosť sociálnej služby**
- **A1.5 Individuálny plán PSS**
- **A1.6 Aktivizácia a podpora PSS**
- **A1.7 Zabezpečenie zdravotnej starostlivosti a prevencia**

Zhoda SMK ako aj trvalé zlepšovanie systému je riadené procesmi:

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

Parametre výkonnosti procesov sú sledované polročne a sú prerokovávané na porade vedenia vždy najneskôr jeden mesiac po skončení polroku. 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 zodpovedná osoba poverená SMK.

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 smernici: IS 27/2022 Monitoring spokojnosti. Výsledky monitoringu sú k dispozícii ako vstup pre Preskúmanie 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 (F 02/2022).

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.

Metodika hodnotenia nálezov z interného auditu:

- Nezhoda – systémový nedostatok, nález, ktorý poukazuje na chýbajúce plnenie požiadavky normy
- Zistenie – poukazuje na čiastkové neplnenie požiadaviek normy, kde sa vyskytlo miesto, kde požiadavka normy nebola splnená, ale na ostatných miestach bola splnená
- Odporúčanie – námet na zlepšenie systému manažérstva, podnet na lepšie využitie kapacít, efektívnejšiu činnosť a pod.

Metodika vyhodnotenia úspešnosti interného auditu:

Úspešnosť interného auditu hodnotíme ako % úspešne auditovaných otázok podľa vzorca:

Počet bodov, získaných pri audite

Úspešnosť (%) = ----- x 100%

Počet max. dosiahnuteľných bodov

Kde Počet max. dosiahnuteľných bodov získame ako počet všetkých otázok x 10

Počet dosiahnutých bodov získame spočítaním dosiahnutých bodov v jednotlivých riadkoch.

Hodnotenie otázok:

Hodnotenie 10 – Otázka je zodpovedaná kladne, plne pokrýva požiadavku normy o čom sa IA presvedčil a má zaznamenaný dôkaz. V prípade odporúčania sa otázka hodnotí číslom 10.

Hodnotenie 5 – Auditovaný splnil základnú (systémovú) požiadavku normy, ale vyskytli sa nedostatky, ktoré treba odstrániť. (Např. nevyhodnotené plnenie opatrení z Katalógu rizík.)

Hodnotenie 0 – Požiadavka normy (systémová) nie je splnená. Nepodarilo sa predložiť dôkaz o existencii dokumentu, alebo skutočnosť nezodpovedá očakávaniu podľa požiadavky normy.

Program a plán interných auditov spracováva osoba poverená SMK v spolupráci s internými audítormi.

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 osoba poverená SMK správu, ktorú predloží na najbližšiu poradu vedenia organizácie.

9.3 Preskúmanie manažmentom

Správu z preskúmania SMK spracováva a predkladá vedeniu organizácie osoba poverená 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 u riaditeľa.

V prípade zistenia závažných nedostatkov sa nariaďuje neplánovaný interný audit.

Nápravné opatrenia vyplývajúce z preskúmania sa evidujú v Knihe nápravných opatrení (F 03/2022). Evidencia je vedená elektronicky. Za vedenie evidencie zodpovedá osoba poverená SMK. Do Knihy NO môže robiť zápis len osoba poverená SMK. Overenie skutočného stavu realizácie nápravného opatrenia zabezpečí riaditeľ 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
- 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 zahŕňa 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. Riaditeľ a osoba poverená 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 B3.4. – 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 B3.4. – Riadenie nezhodných výstupov a nápravné opatrenia.

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)	Uvoľňovanie 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
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	- Riaditeľ - Vedúci úsekov	1 x za mesiac

Názov	Téma/obsah	Účastníci	Termín/interval
	-Plán termínov cieľov na ďalší mesiac -Stanovenie mimoriadnych úloh		
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			
Škodová komisia			

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	- Vedúci úsekov
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
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
Zdravotné poisťovne	- Registrácia zam. - Prihlášky a odhlášky, - Mesačné výkazy odvodov do fondov s finančným vyrovnaním	- Vedúci úsekov
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	Riaditeľ RNDr., PhDr. Martina Mutalová, PhD.		
2	Referent soc. agendy Mgr. Jana Briestenská		
3	Vedúca sociálneho úseku Mgr. Magdaléna Balážová		
4	Vedúca zdravotného úseku Mgr. Gabriela Hrnčiaroková		
5	Vedúca ekonomicko – prevádzkového úseku Mgr. Agneša Pružincová		
6	Interní audotori Mgr. Silvia Ragasová, Mgr. Ľubica Hudcovská		