



**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

**Краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания
«Комплексный центр социального обслуживания населения «Дивногорский»
(КГБУ СО «КЦСОН «Дивногорский»)**

П Р И К А З

«29» 01 2020 г. Дивногорск

№ 26/1

**Об организации работы по контролю
качества предоставляемых
социальных услуг населению**

В соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Законом Красноярского края от 16.12.2014 № 7-3023 «Об организации социального обслуживания граждан в Красноярском крае», в соответствии с Постановлением Правительства Красноярского края № 600-п от 17.12.2013 «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг, включая перечень документов, необходимых для предоставления социальных услуг и порядок предоставления получателями социальных услуг сведений и документов, необходимых для предоставления социальных услуг», государственными стандартами, необходимостью повышения качества и доступности государственных услуг в сфере социального обслуживания населения, Уставом КГБУ СО «КЦСОН «Дивногорский»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Положение о системе качества в КГБУ СО «КЦСОН «Дивногорский» согласно Приложению 1 к приказу.
2. Утвердить Положение о системе контроля качества социальных услуг в КГБУ СО «КЦСОН «Дивногорский» согласно Приложению 2 к приказу.
3. Утвердить Положение о службе внутреннего контроля качества в КГБУ СО «КЦСОН «Дивногорский» согласно Приложению 3 к приказу.
4. Утвердить Положение о порядке рассмотрения обращений получателей социальных услуг в КГБУ СО «КЦСОН «Дивногорский» согласно приложению 4 к приказу.
5. Создать комиссию по внутреннему контролю качества в КГБУ СО «КЦСОН «Дивногорский» в следующем составе:

Председатель комиссии:
Чикунова О.В., директор.
Секретарь комиссии:
Симановская К.Р., ведущий юрисконсульт.

Члены комиссии:
Комбель Е.А., заместитель директора;
Канаев А.В., методист.




6. Приказ вступает в силу со дня его подписания.
7. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Директор



О.В. Чикунова

С приказом работник ознакомлен:

 Е.А. Комбель
 К.Р. Симановская
 А.В. Канаев

Приложение 1 к Приказу
от 29.01.2020 № 2611

ПОЛОЖЕНИЕ
о системе качества в краевом государственном бюджетном учреждении
социального обслуживания «Комплексный центр социального
обслуживания населения «Дивногорский»

Дивногорск, 2020

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение о системе качества (далее – Положение) в краевом государственном бюджетном учреждении социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения «Дивногорский» (далее – Учреждение) разработано на основе ГОСТа Р52496-2019 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг. Основные положения»; ГОСТа Р52497-2005 «Социальное обслуживание населения. Система качества учреждений социального обслуживания»; ГОСТа Р52142-2013 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения».

1.2. Система качества Учреждения создается для достижения и поддержания уровня качества услуг, предоставляемых получателям, соответствующего предъявляемым к нему требованиям действующего законодательства.

1.3. Система качества услуг является неотъемлемой частью общей системы управления деятельностью Учреждения.

1.4. Система качества услуг предназначена для создания в Учреждении необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей получателей услуг, повышения эффективности и качества услуг на всех стадиях их предоставления.

2. Основные задачи и принципы функционирования системы качества учреждения.

2.1. Основными задачами, на решение которых направлена система качества услуг, являются:

осуществление эффективного контроля за техническими, организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых услуг;

предотвращение или устранение любых несоответствий услуг предъявляемым к ним требованиям;

обеспечение стабильно высокого уровня качества услуг.

2.2. Функционирование системы качества услуг базируется на следующих основных принципах:

приоритетности требований (запросов) получателей услуг по обеспечению качества услуг, то есть обеспечение уверенности в том, что требования (запросы) будут полностью реализованы при предоставлении услуг;

предупреждения проблем качества услуг, то есть, обеспечение уверенности в том, что эти проблемы будут предупреждаться, а не выявляться и разрешаться после их возникновения;

соблюдения положения нормативных документов, регламентирующих требования к порядку и правилам предоставления услуг;

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

четкого распределения полномочий и ответственности персонала за его деятельность по предоставлению услуг, влияющую на обеспечение их качества;

личной ответственности руководства Учреждения за качество предоставляемых услуг получателям, разработку, внедрение и контроль эффективности системы качества, за определение политики в области качества, организацию и общее руководство работами по обеспечению качества;

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

документального оформления правил и методов обеспечения качества услуг;

обеспечения понимания всеми сотрудниками Учреждения требований системы качества к политике в области качества.

3. Основные факторы, влияющие на качество услуг, и порядок их использования при формировании системы качества Учреждения.

3.1. Основными факторами, влияющими на качество услуг, являются: наличие и состояние документации, в соответствии с которой функционирует Учреждение;

условия размещения Учреждения;

укомплектованность Учреждения специалистами и их квалификация;

специальное и табельное техническое оснащение Учреждения (оборудование, приборы, аппаратура и т.д.);

состояние информации об Учреждении, порядке и правилах предоставления услуг получателям;

наличие собственной и внешней систем контроля качества деятельности Учреждения.

3.1.1. В состав документации входят:

устав Учреждения, включающий в себя сведения о правовом статусе и предназначении Учреждения;

положения об отделениях Учреждения, содержащие сведения о категориях граждан, обслуживаемых тем или иным подразделением, стоящих перед ним задачах, сроках и условиях обслуживания граждан, сведения о документах, необходимых для зачисления на обслуживание в данное подразделение, сведения о штатах сотрудников отделений и др.;

должностные инструкции, правила, методики, технологии, предназначенные для регламентирования процесса предоставления услуг, определения методов (способов) их предоставления и контроля, а также для совершенствования работы Учреждения;

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

национальные стандарты социального обслуживания населения Российской Федерации, составляющие нормативную основу практической работы Учреждения в области предоставления социальных услуг получателям.

3.1.2. Условия размещения Учреждения:

Учреждение должно быть размещено в специально предназначенном здании (зданиях) или помещениях, доступных для всех категорий обслуживаемых граждан, в том числе для инвалидов и других маломобильных групп населения. Помещения должны быть обеспечены всеми средствами коммунально-бытового обслуживания и оснащены телефонной связью;

по размерам и состоянию помещения должны отвечать требованиям санитарно-гигиенических норм и правил, безопасности труда и должны быть защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенная температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, загазованность, шум, вибрация и т.д.);

площадь, занимаемая Учреждением, должна позволять нормальное размещение получателей услуг и персонала.

Укомплектованность Учреждения специалистами и их квалификация:

укомплектованность Учреждения необходимыми специалистами в соответствии со штатным расписанием;

подбор специалистов с соответствующим образованием, квалификацией, профессиональной подготовкой, обладающих знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на них обязанностей, постоянное повышение их квалификации с помощью освоения программ дополнительного профессионального образования (курсы профессиональной

переподготовки или повышения квалификации, онлайн-курсы или иные способы);

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

обязательная аттестация специалистов в установленном порядке;

воспитание у всех сотрудников Учреждения высоких морально-этических качеств, чувства ответственности и необходимости руководствоваться в своей работе с получателями услуг принципам гуманности, справедливости, объективности и доброжелательности, учитывая их физическое и психическое состояние;

принятие мер к недопущению разглашения сотрудниками Учреждения сведений личного характера о получателях услуг, так как эти сведения составляют служебную тайну, и за их разглашение виновные несут ответственность в установленном законом порядке.

3.1.4. Специальное и табельное техническое оснащение (оборудование, приборы, аппаратура и т.д.):

оснащение Учреждения специальным и табельным оборудованием, отвечающим требованиям стандартов и технических условий;

использование оборудования, приборов и аппаратуры строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию;

содержание оборудования, приборов, аппаратуры в технически исправном состоянии; неисправное оборудование, приборы и аппаратура, дающие при работе сомнительные результаты, своевременно должны сниматься с эксплуатации, ремонтироваться (если они подлежат ремонту), а пригодность отремонтированных должна подтверждаться документально оформленной проверкой.

3.1.5. Состояние информации об Учреждении, порядке и правилах предоставления получателям услуг:

состояние информации должно соответствовать установленным требованиям по обеспечению информационной открытости организации - поставщика социальных услуг;

состав информации об услугах должен быть следующим:

перечень предоставляемых услуг;

характеристика услуги;

возможность влияния получателей услуг на качество услуги;

возможность получения оценки качества услуги со стороны получателей услуг.

3.1.6. Наличие собственной и внешней системы контроля качества деятельности Учреждения.

4. Политика Учреждения в области качества.

4.1. Политика учреждения в области качества предоставления услуг формируется директором Учреждения на основе ГОСТа Р52143-2013 «Основные виды социальных услуг», ГОСТа Р52142-2013 «Качество социальных услуг», ГОСТа Р52496-2019 «Контроль качества социальных услуг», ГОСТа Р52497-2005 «Система качества учреждений социального обслуживания» и представляет собой основные цели, задачи и принципы деятельности Учреждения в области качества, документально оформленные и принятые к обязательному исполнению.

4.2. Цели политики Учреждения в области качества отражают следующие вопросы:

обеспечение постоянного удовлетворения получателей услуг предоставляемыми социальными услугами;

повышение качества услуги эффективности (результативности) их предоставления;

принятие профилактических мер по предупреждению или урегулированию претензий и жалоб получателей услуг;

принятие профилактических мер по недопущению не качественного предоставления социальных услуг.

4.3. Ответственность за политику в области качества несет руководитель Учреждения. Он обеспечивает разъяснение и доведение политики до всего персонала Учреждения, четко определяет полномочия, ответственность и порядок взаимодействия всего персонала, осуществляющего руководство, предоставление услуг и контроль деятельности, влияющей на качество услуг.

4.4. Ответственность за обеспечение качества услуг в целом по Учреждению несет заместитель директора.

4.5. Ответственность за обеспечение качества услуг в каждом подразделении несет заведующий подразделением.

4.6. Ответственность за качество услуг лежит на каждом исполнителе, предоставляющем услуги населению.

4.7. В формировании политики в области качества принимают участие заместитель директора и заведующие отделениями.

4.8. Политика Учреждения в области качества охватывает все направления его деятельности, соответствует потребностям и запросам получателей услуг, способствует постоянному улучшению качества обслуживания получателей услуг и улучшению социальных и экономических показателей Учреждения.

4.9. Политика Учреждения в области качества внедряется во всех отделениях Учреждения и регулярно подвергается анализу на предмет ее актуальности и применения.

4.10. В Учреждении проводятся мероприятия, обеспечивающие понимание, поддержку и реализацию политики в области качества всеми сотрудниками Учреждения.

5. Внутренняя и внешняя системы контроля качества.

5.1. Система контроля качества представляет собой совокупность организационной структуры Учреждения (с распределением ответственности сотрудников за качество услуг), правил, методов обеспечения качества услуг, процессов оказания услуг, ресурсов Учреждения (кадровых, материально-технических, информационных). Она имеет несколько уровней.

5.2. Первый уровень предполагает выполнение функций контроля лично директором. Он определяет саму политику учреждения в области качества, распределяет полномочия, контролирует порядок взаимодействия персонала Учреждения по контролю качества услуг.

5.3. Второй уровень предусматривает участие административно-управленческого персонала, наделённого соответствующими полномочиями, который осуществляет администрирование контроля качества услуг по Учреждению и его подразделениям (комиссия по контролю качества).

5.4. Комиссия по контролю качества назначается приказом директора из числа работников Учреждения.

Основные функции комиссии:

контроль наличия и ведения в Учреждении документов, регламентирующих предоставление социальных услуг (руководства, правила, инструкции, эксплуатационные документы на имеющееся оборудование, ГОСТы социального обслуживания);

контроль наличия и исправности технологического оборудования, средств защиты персонала, хозяйственного инвентаря;

контроль укомплектованности Учреждения специалистами и их квалификации;

контроль проведения инструктажей (вводного, первичного, на рабочем месте и др.) работников;

контроль состояния информации об Учреждении, порядке и правилах предоставления услуг получателям;

проведение социальных опросов среди получателей социальных услуг для оценки качества предоставляемых услуг.

5.5. Комиссия систематически, в соответствии с Планом работы осуществляет мероприятия по контролю качества предоставляемых услуг. План работы утверждается директором ежегодно.

5.6. Заключение комиссии оформляются в виде справок и являются обязательными для исполнения всеми работниками Учреждения.

5.7. На третьем уровне главным субъектом контроля выступает руководитель структурного подразделения. Он непосредственно сталкивается с трудовым процессом каждого своего подчинённого, имеет возможность отслеживать различные нюансы во взаимодействии сотрудника и получателя услуги, наиболее полно осведомлён о деловых и нравственных качествах своих подчинённых, а также об особенностях обслуживаемого контингента. Руководитель подразделения осуществляет должностной контроль.

5.8. Контроль заведующих отделениями включает в себя:

проведение планерок, инструктажей, семинаров в своих отделениях;
контроль качества, своевременности и объема предоставляемых отделениями услуг;

контроль наличия и исправности технического оборудования, средств защиты персонала;

контроль санитарного и противопожарного состояния помещений отделений.

5.9. Заведующие отделениями оформляют проведенные мероприятия по контролю путем заполнения соответствующих журналов, составления актов, справок, других документов.

5.10. В Учреждении действует самоконтроль работников, который включает:

качественное и профессиональное исполнение должностных обязанностей работниками;

постоянное совершенствование профессионального мастерства;

ведение рабочих журналов, предоставление отчетов.

5.11. Специалист, ответственный за предоставление социальной услуги, несет персональную ответственность за качество и сроки ее

предоставления. Персональная ответственность закреплена в должностной инструкции.

5.12. В случае нарушений прав граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации к нарушителю применяются меры дисциплинарного взыскания.

5.13. В Учреждении существует система внеплановых проверок:

внеплановые проверки осуществляются по приказу директора в случае нестандартной или конфликтной ситуации;

внеплановая проверка направлена на изучение ситуации, предупреждение некачественного предоставления услуги и выработку плана по улучшению работы Учреждения в целом или его подразделения.

5.14. Внутренними элементами системы контроля качества являются: комиссия по контролю качества; должностной контроль; самоконтроль.

5.15. К внешним элементам системы контроля качества относятся: ведомственный контроль (Министерство социальной политики Красноярского края); надзорные и контролирующие органы; независимая оценка качества предоставления услуг организациями-поставщиками услуг.

Приложение 2 к Приказу
от 29.01.2020 № 26/1

ПОЛОЖЕНИЕ
о системе контроля качества социальных услуг в краевом
государственном бюджетном учреждении социального обслуживания
«Комплексный центр социального обслуживания населения
«Дивногорский»

Дивногорск, 2020

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение о системе контроля качества социальных услуг (далее–Положение) устанавливает основы формирования политики в краевом государственном бюджетном учреждении социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения «Дивногорский» (далее–Учреждение) в области контроля качества предоставляемых социальных услуг населению.

1.2. Настоящее Положение является основой контроля деятельности отделений и сотрудников Учреждения по оказанию социальных услуг на их соответствие государственным стандартам социального обслуживания, другим нормативным документам в области социального обслуживания населения.

1.3. Эффективность системы контроля качества обеспечивается:
наличием Политики Учреждения в области контроля качества предоставляемых социальных услуг населению;
разработкой планов работы Учреждения и его отделений по контролю качества предоставляемых социальных услуг населению;
составлением графиков проверки списка вопросов к ним;
документальным оформлением результатов проверок;
выработкой и реализацией мероприятий по устранению выявленных недостатков.

1.4. Под Политикой Учреждения в области контроля качества предоставляемых услуг населению понимается выбранная им совокупность методов оценки деятельности отделений и отдельных сотрудников, направленной на полное удовлетворение нужд получателей услуг, повышение качества услуг и эффективности социальной адаптации и реабилитации получателей услуг, признанных нуждающимися в социальном обслуживании.

1.5. Основными критериями оценки качества предоставления социальных услуг населению являются:

полнота и своевременность предоставления социальной услуги в соответствии с требованиями нормативных правовых документов, регламентирующих их предоставление;

результативность (эффективность) предоставления социальной услуги: материальная (степень решения материальных и финансовых проблем получателя услуги) оценивается непосредственным контролем результатов выполнения социальной услуги; нематериальная (степень улучшения психоэмоционального, физического состояния получателя услуги, решения его правовых, бытовых и других проблем), оценивается косвенным методом, в том числе проведением социальных опросов и т.д.

1.6. При контроле качества предоставляемых социальных услуг: проверяются и идентифицируются социальные услуги на соответствие нормативным документам, регламентирующим их предоставление;

обеспечивается самоконтроль специалистов, предоставляющих

социальные услуги;

проводится регулярная оценка степени удовлетворенности потребностей получателей услуги, путем проведения анкетирования, социологических опросов и др.

2. Политика учреждения в области контроля качества предоставляемых социальных услуг населению.

2.1. Политика учреждения в области контроля качества предоставляемых социальных услуг формируется директором Учреждения на основе ГОСТа Р52143-2003 «Основные виды социальных услуг», ГОСТа Р52142-2003 «Качество социальных услуг», ГОСТа Р52496-2019 «Социальное облуживание населения. Контроль качества социальных услуг. Основные положения», ГОСТа Р52497-2005 «Социальное облуживание населения. Система качества учреждений социального облуживания».

2.2. Система контроля качества предоставляемых социальных услуг населению создаётся с целями: проверки деятельности Учреждения на соответствие социальной услуги требованиям нормативных правовых актов Российской Федерации и Красноярского края, регламентирующих данный вид деятельности, предотвращение (устранение) любых выявленных несоответствий:

обеспечения постоянного удовлетворения получателей предоставляемыми социальными услугами;

повышения качества услуг и эффективности их предоставления;

принятия профилактических мер по предупреждению или урегулированию претензий и жалоб получателей социальных услуг.

2.3. Основными задачами, на решение которых направлена система контроля качества, являются:

осуществление эффективного контроля за техническими, организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых социальных услуг;

осуществление контроля исполнения законодательства в области социального облуживания, предотвращение или устранение любых несоответствий социальных услуг предъявляемым к ним требованиям;

выявление случаев нарушений и неисполнения законодательных и иных нормативных правовых актов и принятие мер по их пресечению, обеспечение стабильно высокого уровня качества предоставляемых социальных услуг;

анализ причин, лежащих в основе нарушений, принятие мер по их предупреждению;

анализ и экспертная оценка эффективности результатов деятельности сотрудников;

изучение результатов деятельности, выявление отрицательных и положительных тенденций в организации реабилитационного процесса и разработка на этой основе предложений по

устранению негативных тенденций и распространение положительного опыта;

анализ результатов исполнения приказов и распоряжений в Учреждении, оказание методической помощи специалистам в процессе контроля.

2.4. Внутренними элементами системы контроля качества являются: комиссия по контролю качества; должностной контроль; самоконтроль.

2.5. К внешним элементам относятся: ведомственный контроль (Министерство социальной политики Красноярского края); надзорные и контролирующие органы; независимая оценка качества предоставления услуг организациями- поставщиками услуг.

2.6. Функции внутреннего контроля качества:

аналитическая;

контрольно-диагностическая;

коррекционно-регулятивная.

2.7. Методы контроля, используемые для изучения состояния осуществляемой деятельности:

наблюдение;

анализ;

беседа;

изучение документации;

анкетирование;

социологический опрос;

хронометраж;

мониторинг.

3. Уровни управления контролем качества.

3.1. Система контроля качества предусматривает три уровня контроля:

самоконтроль специалиста структурного подразделения;

контроль директора, руководителя структурного подразделения, заместителя директора;

работа комиссии Учреждения по контролю качества предоставляемых социальных услуг населению.

3.2. Специалисты Учреждения осуществляют деятельность в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, нормативных документов Министерства труда и социальной защиты РФ, министерства социальной политики Красноярского края, локальных актов Учреждения.

3.3. Специалисты обязаны квалифицированно оказывать социальные услуги в соответствии с государственными стандартами социального обслуживания.

3.4. Самоконтроль проводится специалистами Учреждения ежедневно с учетом оценки качества, полноты, результативности и своевременности предоставления социальных услуг.

3.5. Руководитель структурного подразделения: обеспечивает исполнение нормативных требований по предоставлению социальной услуги; анализирует качество и своевременность предоставления социальных услуг населению; принимает меры к повышению качества предоставляемых социальных услуг и устранению недостатков и некачественного их предоставления; отчитывается по управлению контролем качества предоставляемых социальных услуг населению.

3.6. Заместитель директора координирует деятельность, осуществляет контроль качества деятельности структурных подразделений Учреждения по предоставлению социальных услуг в соответствии с требованиями законодательства; анализирует деятельность Учреждения по контролю качества предоставляемых социальных услуг населению; отчитывается за эту деятельность.

3.7. Директор Учреждения организует работу по контролю качества в Учреждении, несет персональную ответственность за выполнение возложенных на Учреждение функций и задач.

3.8. Комиссия Учреждения по контролю качества предоставляемых социальных услуг создается приказом директора Учреждения из числа специалистов, руководителей Учреждения с целью проведения плановых комплексных проверок, экспертных проверок при проведении аттестации работников и повторных проверок по приказу директора Учреждения.

4. Порядок проведения контроля качества.

4.1. Внутренний контроль осуществляется в виде плановых, внеплановых оперативных проверок, мониторинга.

4.2. Внутренний контроль в виде плановых проверок осуществляется в соответствии с утвержденным планом-графиком Учреждения, который обеспечивает периодичность и исключает нерациональное дублирование в организации проверок, и доводится до персонала в начале года.

4.3. Внутренний контроль в виде внеплановых проверок осуществляется руководителями структурных подразделений, заместителем директора, директором Учреждения и с целью предупреждения (предварительный) недостатков (нарушений) при выполнении действий по предоставлению социальных услуг неопытными и (или) недостаточно квалифицированными специалистами, а так же с целью проверки (последующий) фактов устранения недостатков (нарушений), выявленных в ходе планового контроля.

4.4. Внутренний контроль в виде повторных (экспертных) проверок осуществляется комиссией по контролю по приказу директора Учреждения в целях: устранения фактов выявленных нарушений и проверки сведений о нарушениях, указанных в обращениях участников реабилитационного

процесса или других граждан, организаций; урегулирования конфликтных ситуаций и отношений между участниками реабилитационного процесса; аттестации специалистов, а так же в связи с возникшими обстоятельствами, вызванными необходимостью изменения (улучшения) основных направлений деятельности Учреждения.

4.5. Внутренний контроль в виде мониторинга предусматривает сбор, системный учет, обработку и анализ информации по организации и результатам реабилитационного процесса для эффективного решения управления качеством социального обслуживания населения.

5. Ответственность за политику в области контроля качества.

5.1. Ответственность за качество предоставляемых услуг, разработку, внедрение и контроль эффективности системы контроля качества, за определение политики в области контроля качества, организацию и общее руководство работами по обеспечению качества, а также за обеспечение понимания всеми сотрудниками Учреждения требований системы контроля качества несет директор Учреждения.

5.2. Ответственность за обеспечение качества услуг в каждом подразделении несет заведующий подразделением (отделением).

5.3. Ответственность за сроки и качество предоставления социальной услуги несет специалист, ответственный за ее предоставление.

Приложение 3 к Приказу
от 29.01.2020 №26/1

ПОЛОЖЕНИЕ

**о службе внутреннего контроля качества в краевом государственном
бюджетном учреждении социального обслуживания «Комплексный
центр социального обслуживания населения «Дивногорский»**

Дивногорск, 2020

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано с целью применения в деятельности КГБУ СО «КЦСОН «Дивногорский» (далее Учреждение) в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами:

с Федеральными законами Российской Федерации:

«Об основах социального обслуживания населения в РФ» от 28.12.2013 № 442-ФЗ;

«О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1-ФЗ;

«О пожарной безопасности» от 21.12.1994 № 69-ФЗ;

«Технический регламент о требованиях пожарной безопасности» от 22.07.2008 № 123-ФЗ;

Национальными стандартами Российской Федерации:

ГОСТ Р 52142 - 2013 «Качество социальных услуг»;

ГОСТ Р 52496-2005 «Контроль качества социальных услуг»;

ГОСТ Р 52497-2005 «Система качества учреждений социального обслуживания»;

ГОСТ Р 52882-2007 «Специальное техническое оснащение учреждений социального обслуживания»;

ГОСТ Р 52883-2007 «Требования к персоналу учреждений социального обслуживания»;

ГОСТ Р 52884-2007 «Порядок и условия предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам»;

ГОСТ Р 53058-2008 «Социальные услуги гражданам пожилого возраста»;

ГОСТ Р 53060-2008 «Документация учреждений социального обслуживания».

1.2. Внутренний контроль качества является неотъемлемой частью управленческой деятельности Учреждения, действий директора, заместителя директора, заведующих отделениями и других должностных лиц по обеспечению достижения целей и задач работы Учреждения, выявлению возможных нарушений и отклонений в деятельности специалистов Учреждения, принятию оперативных мер по устранению выявленных нарушений и отклонений, совершенствованию направлений деятельности Учреждения.

1.3. Целью внутреннего контроля является создание необходимых условий для гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей получателей услуг, повышение качества и эффективности услуг на всех стадиях их предоставления, предупреждение возможных отклонений от заданных законодательством требований к социальным услугам.

1.4. Задачи внутреннего контроля качества:

достижение и поддержание уровня качества предоставляемых социальных услуг, соответствующего требованиям государственных, национальных стандартов, иных нормативных правовых документов;

осуществление эффективного контроля за техническими, организационными, кадровыми факторами, влияющими на качество предоставляемых социальных услуг;

предотвращение и устранение любых несоответствий услуг предъявляемым к ним требованиям;

выработка корректирующих действий, направленных на устранение недостатков, выявленных в процессе предоставления услуг, и совершенствование системы качества.

1.5. Служба внутреннего контроля качества основывается на следующих основных принципах:

законность- соблюдение специалистами, осуществляющими контроль, требований законодательства, локальных нормативных правовых актов, определяющих их полномочия;

ответственность и объективность-предоставление специалистами, осуществляющими контроль, достоверной информации по итогам контроля;

системность-соблюдение периодичности проведения контрольных мероприятий.

1.6. Объекты, подлежащие контролю:

качество предоставляемых подразделениями Учреждения социальных услуг получателям.

1.7. Результаты внутреннего контроля оформляются в зависимости от его формы и задач письменно в виде справки.

1.8. При оценке качества предоставляемых социальных услуг используют следующие критерии:

полнота предоставления услуги в соответствии с требованиями документов, на основании которых функционирует Учреждение;

своевременность предоставления услуги;

результативность (эффективность) предоставления услуги: степень решения материальных проблем получателей услуг, степень улучшения эмоционального, физического состояния получателя услуг, решения его правовых, бытовых и других проблем.

1.9. Методы внутреннего контроля качества, используемые для изучения состояния осуществляемой деятельности:

наблюдение;

анализ;

беседа;

изучение документации;

анкетирование;

социологический опрос;

хронометраж;

мониторинг.

2. Организационная структура внутреннего контроля качества предоставляемых социальных услуг.

2.1. В Учреждении действует 3-х уровневая система контроля за деятельностью отделений и отдельных сотрудников в области качества предоставления услуг:

- система плановых проверок;
- система оперативных проверок;
- система самоконтроля.

Наличие 3-х-урвневой системы контроля способствует соблюдению принципа предупреждения проблем качества услуг, профилактике возможных нарушений в области качества предоставления услуг, в случае нестандартной или конфликтной ситуации, изучению и выработке плана по улучшению оказания качества услуг.

2.2. 1-й уровень. Система плановых проверок осуществляется Службой контроля, состав которой утверждается приказом директора. При плановой проверке может использоваться многофункциональный подход: комплексный, тематический, фронтальный, сравнительный. Плановая проверка проводится согласно плану работы учреждения в области контроля качества.

2.3. 2-й уровень. Оперативные проверки осуществляются по приказу директора в случае нестандартной или конфликтной ситуации. Оперативная проверка направлена на изучение ситуации и выработку плана по улучшению работы учреждения.

2.4. 3-й уровень. Специалисты Учреждения осуществляют деятельность в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, нормативных документов Министерства труда и социальной защиты РФ, министерства социальной политики Красноярского края, локальных актов Учреждения.

Специалисты обязаны квалифицированно оказывать социальные услуги в соответствии с государственными стандартами социального обслуживания.

Самоконтроль проводится специалистами Учреждения ежедневно с учетом оценки качества, полноты и результативности предоставления социальных услуг внутри каждого отделения Учреждения.

3. Порядок проведения внутреннего контроля качества предоставляемых социальных услуг.

3.1. Служба контроля за деятельностью подразделений по оказанию социальных услуг и их соответствием государственным стандартам социального обслуживания первого уровня:

3.1.1. Служба контроля 1-го уровня возглавляется директором Учреждения, в её состав могут входить заместитель директора, методист, а также другие специалисты Учреждения, имеющие высокую квалификацию и

достаточный опыт работы в сфере социального обслуживания. План работы Службы внутреннего контроля утверждается директором Учреждения.

3.1.2. Служба осуществляет плановую проверку каждого структурного подразделения не реже, чем 1 раз в год, согласно плану проверок.

3.1.3. Вопросы для проведения проверок (планы-задания) разрабатываются заместителями директора и методистом, утверждаются директором Учреждения.

3.1.4. Одной из форм ежегодного контроля качества предоставления социальных услуг может быть проведение членами Службы контроля выборочных опросов (анкетирования) получателей услуг. Содержание опросов устанавливается Службой контроля согласно соответствующим деятельности каждого отделения государственным стандартам.

3.1.5. План-задание с конкретным списком вопросов контроля и указанием сроков его проведения вручается для ознакомления заведующему отделением под роспись, не позднее, чем за 5 дней до начала проверки.

3.1.6. После окончания проверки служба контроля 1-го уровня в течение 10 дней документально оформляет результаты проверки, составляет справку по итогам проверки и знакомит с ней руководителя проверяемого отделения под роспись.

3.1.7. Заведующий отделением в 10-тидневный срок на основании справки и рекомендаций разрабатывает и согласовывает с заместителем директора Учреждения план мероприятий по устранению недостатков, с указанием ответственных лиц и сроков их выполнения.

3.2. Служба контроля за деятельностью подразделений и отдельных сотрудников по оказанию социальных услуг и их соответствием государственным стандартам социального обслуживания второго уровня:

3.2.1. Служба контроля 2-го уровня формируется по приказу директора Учреждения, возглавляется его заместителем, её состав определяется руководителем, исходя из ситуации.

3.2.2. Оперативная проверка осуществляется для изучения ситуации и выработки плана по улучшению работы учреждения в случае нестандартной или конфликтной ситуации.

3.2.3. Вопросы для проведения оперативной проверки разрабатываются заместителем директора и утверждаются директором Учреждения.

3.2.4. Конкретный список вопросов проверки вручается для ознакомления заведующему отделением, которое подлежит проверке, за один день до её начала под роспись.

3.2.5. После окончания проверки служба контроля 2-го уровня в течение 7 дней документально оформляет результаты проверки, составляет справку

по итогам проверки, знакомит с ней руководителя проверяемого отделения под роспись и предоставляет её директору Учреждения для принятия управленческих решений.

3.2.6. Заведующий отделением в 10-дневный срок на основании справки и рекомендаций разрабатывает и согласовывает с заместителем директора Учреждения план мероприятий по устранению недостатков с указанием ответственных лиц и сроков их выполнения.

3.3. Система самоконтроля:

3.3.1. В Учреждении действует самоконтроль работников, который включает:

качественное и профессиональное исполнение должностных обязанностей работниками;

постоянное совершенствование профессионального мастерства;

ведение рабочих журналов, предоставление отчетов;

4. Нормативно-методическая база системы внутреннего контроля качества предоставляемых услуг.

4.1. В комплект документов Учреждения, необходимых для организации работы системы контроля качества, входят:

положение о системе внутреннего контроля качества;

приказ о создании службы контроля за деятельностью отделений Учреждения по предоставлению социальных услуг;

планы-задания к проверкам;

справки по итогам проверки качества услуг.

4.2. В комплект документов каждого отделения Учреждения, необходимый для организации работы системы контроля качества за деятельностью сотрудников отделения, входят:

положение об отделении;

план работы отделения, включающий мероприятия в области контроля качества;

аналитические отчёты;

график посещения получателей услуг отделения с целью контроля качества предоставляемых услуг;

журнал контроля качества работы сотрудников;

план мероприятий по устранению недостатков (если таковые выявлены).

5. Содержание контроля качества.

5.1. Содержание контроля качества представляет собой совокупность критериев по отслеживанию выполнения основных требований к качеству предоставленных услуг и их эффективности.

5.2. Основными критериями оценки качества предоставляемых услуг являются:

полнота предоставления услуги и её соответствие другим нормативным документам в области социального обслуживания;

охват нуждающихся различными видами и формами социального обслуживания;

своевременность оказания услуги;

результативность предоставления услуги в решении социальных, бытовых, правовых и других проблем;

отсутствие заявлений и жалоб на работу отделения;

уровень удовлетворенности получателей услуг действиями по решению социальных проблем их жизнедеятельности.

5.3. Контролю могут подлежать также следующие основные факторы, влияющие на качество социальных услуг:

наличие и состояние документов, в соответствии с которыми функционирует отделение;

правильность и оперативность ведения учёта и отчетности;

условия размещения отделения;

укомплектованность отделения специалистами соответствующей квалификации;

специальное и табельное техническое оснащение учреждения;

состояние информации об отделении, правила и порядок предоставления получателем социальных услуг;

наличие собственной системы внутреннего контроля за деятельностью отделения;

удовлетворенность работников условиями и результатами труда;

мотивация персонала.

5.4. Проверяющий имеет право:

избирать методы проверки в соответствии с тематикой и объемом проверки;

использовать тесты, анкеты, согласованные с психологом;

по итогам проверки вносить предложения о поощрении работника, о направлении его на курсы повышения квалификации и др.;

рекомендовать по итогам проверки изучение и обобщение опыта работы специалиста;

перенести сроки проверки по просьбе проверяемого, но не более, чем на один месяц.

5.5. Проверяющий несёт ответственность за:

тактичное отношение к проверяемому работнику во время проведения контрольных мероприятий;

ознакомление работника с итогами проверки до вынесения результатов на широкое обсуждение;

срыв сроков проведения проверки;
качество проведения анализа деятельности работника;
соблюдение конфиденциальности при обнаружении недостатков в
работе при условии устранения их в процессе проверки;
доказательность выводов по итогам проверки.

Приложение 4 к Приказу
от 29.01.2020 № 26/1

ПОЛОЖЕНИЕ

**о порядке рассмотрения обращений получателей социальных услуг в
краевом государственном бюджетном учреждении социального
обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания
населения «Дивногорский»**

Дивногорск, 2020

1. Общие положения

1.1. Настоящим Положением регулируется порядок (далее-Порядок) взаимоотношений между организацией-поставщиком социальных услуг, краевым государственным бюджетным учреждением социального обслуживания «Дивногорский» (далее - Учреждение) и получателем (или его законным представителем) социальных услуг по осуществлению его права на обжалование действий (бездействий) специалиста, оказывающего социальные услуги, и получение официального ответа от руководства Учреждения.

1.2. Право граждан на обращение:

получатели социальных услуг согласно действующему законодательству имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения руководителю Учреждения-поставщика социальных услуг;

получатели услуг реализуют право на обращение свободно и добровольно;

осуществление потребителями права на обращение не должно нарушать права и свободы других лиц.

1.3. Основные термины, используемые в настоящем Порядке:

обращение потребителя (далее - обращение) - направленные руководителю Учреждения или в вышестоящий орган письменные или устные предложения, заявления или жалобы;

предложение - рекомендация получателя услуг по совершенствованию порядка, перечня и условий предоставления социальных услуг;

заявление - просьба получателя услуг о содействии в реализации его конституционных прав и свобод или конституционных прав и свобод других лиц, либо сообщение о нарушении законов и иных нормативных правовых актов, недостатках в работе Учреждения либо критика деятельности Учреждения;

жалоба - просьба получателя услуг о восстановлении или защите его нарушенных прав, свобод или законных интересов либо прав, свобод или законных интересов других лиц.

1.4. Права получателей услуг при рассмотрении обращения:

представлять дополнительные документы и материалы либо обращаться с просьбой об их истребовании;

знакомиться с документами и материалами, касающимися рассмотрения обращения, если это не затрагивает права, свободы и законные интересы других лиц и если в указанных документах и материалах не содержатся сведения, составляющие государственную или иную тайну;

получать письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов, за исключением случаев, указанных в разделе 1.10. настоящего Порядка, уведомление о переадресации письменного обращения в другие

органы, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов;

обращаться с жалобой на принятое по обращению решение или на действие (бездействие) в связи с рассмотрением обращения в административном и (или) судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации;

обращаться с заявлением о прекращении рассмотрения обращения.

1.5. Гарантии безопасности получателя услуг в связи с его обращением:

запрещается преследование получателя услуг в связи с его обращением к руководителю Учреждения;

при рассмотрении обращения не допускается разглашение сведений, содержащихся в обращении, а также сведений, касающихся частной жизни получателя услуг, без его согласия. Не является разглашением сведений, содержащихся в обращении, направление письменного обращения в иной орган, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов.

1.6. Требования к письменному обращению:

получатель услуг в своем письменном обращении в обязательном порядке указывает либо фамилию, имя, отчество соответствующего должностного лица, либо должность соответствующего лица, а также свои фамилию, имя, отчество, почтовый адрес, по которому должны быть направлены ответ, уведомление о переадресации обращения, излагает суть предложения, заявления или жалобы, ставит личную подпись и дату;

в случае необходимости в подтверждение своих доводов получатель услуг прилагает к письменному обращению документы и материалы либо их копии;

обращение по информационным системам общего пользования, подлежит рассмотрению в порядке, установленном настоящим Порядком.

1.7. Регистрация письменного обращения:

письменное обращение подлежит обязательной регистрации в течение трех дней с момента поступления в Учреждение;

письменное обращение, содержащее вопросы, решение которых не входит в компетенцию Учреждения, направляется в течение семи дней со дня регистрации в соответствующий орган или соответствующему должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, с уведомлением направившего обращение, о переадресации обращения;

в случае если решение поставленных в письменном обращении вопросов относится к компетенции нескольких органов, копия обращения в течение семи дней со дня регистрации направляется в соответствующие органы или соответствующим должностным лицам;

учреждение при направлении письменного обращения на рассмотрение в другой орган может в случае необходимости запрашивать у него

документы и материалы о результатах рассмотрения письменного обращения;

запрещается направлять жалобу на рассмотрение в орган, решение или действие (бездействие) которого обжалуется;

в случае если в соответствии с запретом, невозможно направление жалобы на рассмотрение в органы, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, жалоба возвращается потребителю с разъяснением его права обжаловать соответствующие решение или действие (бездействие) в установленном порядке в суд.

1.8. Обязательность принятия обращения к рассмотрению:

обращение, поступившее в Учреждение, подлежит обязательному рассмотрению;

в случае необходимости Учреждение может обеспечить рассмотрение обращения с выездом на место.

1.9. Рассмотрение обращения.

1.9.1. Руководитель Учреждения:

обеспечивает объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения, в случае необходимости - с участием получателя услуг, направившего обращение;

запрашивает необходимые для рассмотрения обращения документы и материалы в других органах и у должностных лиц, за исключением судов, органов дознания и органов предварительного следствия;

принимает меры, направленные на восстановление или защиту нарушенных прав, свобод и законных интересов получателя услуг;

дает письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов, за исключением случаев, указанных в разделе 1.10. настоящего Порядка;

уведомляет получателя услуг о направлении его обращения на рассмотрение в другой орган или должностному лицу в соответствии с их компетенцией.

1.9.2. Ответ на обращение подписывается руководителем Учреждения либо уполномоченным лицом.

1.9.3. Ответ на обращение, поступившее руководителю Учреждения по информационным системам общего пользования, направляется по почтовому адресу, указанному в обращении.

1.10. Порядок рассмотрения отдельных обращений:

в случае, если в письменном обращении не указаны фамилия получателя услуг, направившего обращение, и почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ, ответ на обращение не дается;

при получении письменного обращения, в котором содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу должностного лица, а также членов его семьи, Учреждение вправе оставить обращение без ответа по существу поставленных в нем

вопросов или сообщить гражданину, направившему обращение, о недопустимости злоупотребления правом;

в случае если текст письменного обращения не поддается прочтению, ответ на обращение не дается, и оно не подлежит направлению руководителю Учреждения, о чем сообщается получателю услуг, направившему обращение, если его фамилия и почтовый адрес поддаются прочтению;

в случае если в письменном обращении получателя услуг содержится вопрос, на который ему многократно давались письменные ответы по существу в связи с ранее направляемыми обращениями, и при этом в обращении не приводятся новые доводы или обстоятельства, руководитель Учреждения либо уполномоченное лицо вправе принять решение о безосновательности очередного обращения и прекращении переписки с потребителем по данному вопросу. О данном решении уведомляется получатель услуг, направивший обращение;

в случае если ответ по существу поставленного в обращении вопроса не может быть дан без разглашения сведений, составляющих государственную или иную тайну, получателю услуг, направившему обращение, сообщается о невозможности дать ответ по существу поставленного в нем вопроса в связи с недопустимостью разглашения указанных сведений;

в случае если причины, по которым ответ по существу поставленных в обращении вопросов не мог быть дан, в последующем были устранены, получатель услуг вправе вновь направить обращение руководителю Учреждения.

1.11. Сроки рассмотрения письменного обращения:

письменное обращение, поступившее руководителю Учреждения в соответствии с его компетенцией, рассматривается в течение 30 дней со дня его регистрации.

1.12. Личный прием граждан.

Личный прием граждан проводится руководителем Учреждения и/или уполномоченными на то лицами. Информация о месте приема, а также об установленных для приема днях и часах доводится до сведения получателей услуг (размещаются на информационных стендах Учреждения, находящихся в доступных для получателей услуг местах). При личном приеме получатель услуг предъявляет документ, удостоверяющий его личность.

Содержание устного обращения получателя услуг заносится в Журнал обращений граждан. В случае если изложенные в устном обращении факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия получателя услуг может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в Журнале обращений граждан. В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов.

Письменное обращение, принятое в ходе личного приема, подлежит регистрации и рассмотрению в порядке, установленном настоящим Порядком.

В случае если в обращении содержатся вопросы, решение которых не входит в компетенцию Учреждения, получателю услуг дается разъяснение, куда и в каком порядке ему следует обратиться.

В ходе личного приема получателю услуг может быть отказано в дальнейшем рассмотрении обращения, если ему ранее был дан ответ по существу поставленных в обращении вопросов.

1.13. В результате рассмотрения обращений граждан должностное лицо принимает одно из следующих решений:

- о полном или частичном удовлетворении обращения;
- об отказе в удовлетворении обращения;
- о разъяснении по вопросам, поставленным в обращении.

1.14. Изложение решения по жалобе должно быть мотивированным со ссылкой на конкретные статьи федеральных законов и законов Красноярского края, содержать информацию о конкретных мерах по восстановлению нарушенных действиями (бездействием) и решениями органов или должностных лиц прав или законных интересов граждан.

1.15. О решении, принятом по предложению или жалобе гражданина, ему, а также лицу, чьи действия (бездействие) или решение обжалуются должно быть сообщено в течение десяти дней со дня принятия решения.

1.16. Должностное лицо, принявшее решение по обращениям граждан, исполняет их, дает соответствующие распоряжения в порядке подчиненности.

1.17. Жалоба не считается разрешенной до момента исполнения, принятого по ней решения. Если решение не может быть исполнено, исполнитель дает письменный ответ должностному лицу, принявшему решение о жалобе, с указанием причины задержки и срока окончательного исполнения решения. Ответ исполнителя ставится на контроль до полного осуществления намеченных мер.

1.18. Если жалоба удовлетворена полностью или частично, должностное лицо, принявшее решение по жалобе, обязано принять в соответствии со своей компетенцией необходимые меры по восстановлению нарушенных прав получателя услуги.

1.19. Решение по обращениям получателей услуг не могут считаться исполненными на основании документа, в котором сообщается о предполагаемых мерах по их реализации.

1.20. Без согласия получателей услуг, обратившихся к должностным лицам, запрещается разглашать сведения и распространять информацию об их частной жизни, ставших известными этим должностным лицам в связи с рассмотрением обращений.

1.21. По просьбе обратившегося получателя услуги не подлежат разглашению сведения о его фамилии, имени, отчестве, месте жительства или месте работы, учебы и иные данные.

1.22. Нарушение порядка и срока письменного ответа на обращения получателей услуг влечет дисциплинарную и административную ответственность должностных лиц в соответствии с федеральным законодательством и законодательством Красноярского края.

1.23. Руководитель Учреждения в пределах своей компетенции осуществляет контроль за соблюдением порядка рассмотрения обращений, анализирует содержание поступающих обращений, принимает меры по своевременному выявлению и устранению причин нарушения порядка и условий обслуживания получателей услуг.