КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
«СПАССКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ ИНВАЛИДОВ»

УТВЕРЖДЕНО
приказом директора
КГБУСО «Спасский ДИПИ»
от 30.06.2022 года № 80

РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ

2022 год

Основные разделы Руководства.

Введение.

I. Политика в области качества.

1. Цель политики в области качества.
2. Задачи политики в области качества.
3. Принципы деятельности учреждения в области качества.
4. Основные факторы, влияющие на качество услуг.
5. Нормативно-законодательная база.
6. Перечень социальных услуг, требования к качеству их оказания.
7. Ответственность за политику в области качества.

II. Организация системы качества.

1. Описание основных функций служб и отдельных специалистов по обеспечению качества социальных услуг.
2. Документы, определяющие работу системы качества КГБУСО «Спасский ДИПИ»

III. Организация работы по контролю качества.

1. Полномочия и ответственность персонала.
2. Организационная структура внутренних проверок системы качества.
3. Порядок внутренних проверок системы качества.
4. Инструменты оценки работы учреждения, структурного подразделения и специалистов в области качества.
5. Стандартизированные бланки для проведения мониторинга результативности и качества работы учреждения, структурного подразделения, сотрудников и специалистов учреждения:
5.1. Критерии оценки результативности услуг учреждения и структурного подразделения.
5.2. Критерии оценки качества работы сотрудников КГБУСО «Спасский ДИПИ».
6. Подготовка кадров.

IV. Анализ системы качества руководством учреждения и принятие управленческих решений.

ВВЕДЕНИЕ

Руководство по качеству обслуживания (далее по тексту – Руководство) представляет собой систему качества учреждения, документально оформленную в виде схем, положений, методик, инструкций, планов, графиков на электронном и бумажном носителях.

Настоящее Руководство по качеству предназначено для использования внутри организации с целью повышения результативности деятельности КГБУСО «Спасский ДИПИ» и повышения степени удовлетворённости получателей социальных услуг.

Руководство разработано в соответствии с Национальными стандартами Российской Федерации «Социальное обслуживание населения»:

ГОСТ Р 52142-2013 «Качество социальных услуг»,

ГОСТ Р 52496-2019 «Контроль качества социальных услуг»,

ГОСТ Р 52497-2020 «Система обеспечения качества учреждений социального обслуживания»,

ГОСТ Р 54342-2011 «Методы контроля качества социальных услуг»,

ГОСТ Р 52143-2021 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»,

ГОСТ Р 53059-2019 «Социальные услуги инвалидам»,

ГОСТ Р 53348-2019 «Контроль качества социальных услуг инвалидам»,

ГОСТ Р 57760-2017 «Коммуникативные реабилитационные услуги гражданам с ограничениями жизнедеятельности»,

ГОСТ Р 53874-2017 «Основные виды реабилитационных и абилитационных услуг»,

ГОСТ Р 53872-2021 «Услуги по психологической реабилитации и абилитации инвалидов»,

ГОСТ Р 52495-2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения»,

ГОСТ Р 50646-2012 «Услуги населению. Термины и определения».

В Руководстве учтены основные положения ГОСТ Р ИСО 9000:2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».

Руководство является основным документом системы качества учреждения и используется в целях:

- описания и внедрения эффективной системы качества учреждения;
- представления системы качества учреждения заявителям;
- обучения персонала учреждения требованиям системы качества учреждения;
- обеспечения документированной основы для проведения внутренних проверок;
- обеспечения контроля порядка выполнения работ по управлению качеством;

- предъявления системы качества учреждения инспектирующему органу;
- реализации политики в области качества, процессов и процедур системы качества учреждения.
Действие Руководства по качеству распространяется на все службы учреждения и на деятельность всего персонала учреждения.

I. Политика КГБУСО «Спасский ДИПИ» в области качества.

Под политикой в области качества предоставления услуг понимается выбранная совокупность методов оценки деятельности служб и отдельных сотрудников, направленных на полное удовлетворение нужд получателей социальных услуг, повышение качества услуг и эффективности социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в учреждении.
Политика учреждения в области качества представляет собой механизм, с помощью которого специалисты и сотрудники учреждения осуществляют комплекс мер по обеспечению качества предоставляемых социальных услуг, его последовательного повышения, а также осуществляют административное руководство и контроль качества услуг.
Основными взаимосвязанными и дополняющими друг друга компонентами качества являются планирование качества, контроль качества (предполагает мониторинг, наблюдение и оценку в результате которых обеспечивается соблюдение стандартов каждой службой и каждым сотрудником учреждения, а также предоставление ими качественных услуг) и повышение качества.
В формировании политики в области качества принимают участие директор учреждения, заместители директора, главный бухгалтер, руководители служб.
Политика учреждения в области качества охватывает все направления его деятельности, соответствует потребностям и запросам получателей социальных услуг, способствует постоянному улучшению качества обслуживания получателей и улучшению социальных и экономических показателей учреждения.
Политика учреждения в области качества внедряется во всех службах учреждения и ежегодно подвергается анализу на предмет её актуальности и применения.
Реализация политики учреждения в области качества обеспечивается необходимыми ресурсами (кадровыми, материально-техническими, информационными и другими).
Политика учреждения в области качества представляет собой основные цели, задачи и принципы деятельности учреждения в области качества, документально оформленные и принятые к обязательному исполнению.

1. Цель политики в области качества:

- создание необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей получателей социальных услуг, повышение эффективности и качества услуг на всех стадиях их

предоставления с целью предупреждения возможных отклонений от заданных требований к этим услугам.

2. Задачи деятельности учреждения в области качества:

- обеспечить стабильный уровень качества услуг;
- обеспечить репутацию учреждения как надежного и порядочного исполнителя услуг, повышение конкурентоспособности учреждения на рынке социальных услуг;
- принимать профилактические меры по предупреждению или урегулированию претензий и жалоб клиентов;
- осуществлять эффективный контроль за техническими, организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых услуг;
- предотвращать или устранять любые несоответствия услуг предъявляемым к ним требованиям;
- решать другие задачи, отражающие специфику деятельности учреждения.

3. Основные принципы деятельности учреждения в области качества:

- приоритетность требований (запросов) клиента по обеспечению качества услуг, то есть обеспечение уверенности в том, что эти требования (запросы) будут полностью реализованы при предоставлении услуг;
- предупреждение проблем качества услуг, то есть обеспечение уверенности в том, что эти проблемы будут предупреждаться, а не выявляться и разрешаться после их возникновения;
- соблюдение положений нормативных документов, регламентирующих требования к порядку и правилам предоставления услуг;
- обеспеченность учреждения соответствующими людскими, материально-техническими и другими ресурсами (базовой и оперативной информацией, технической документацией, данными о результатах предоставления услуг и их контроля, итогах оценки качества и др.);
- чёткое распределение полномочий и ответственности персонала за его деятельность по предоставлению услуг, влияющую на обеспечение их качества;
- личная ответственность директора учреждения за качество предоставляемых услуг, разработку, внедрение и контроль эффективности системы качества, за определение политики в области качества, организацию и общее руководство работами по обеспечению качества;
- обеспечение личной ответственности каждого исполнителя за качество услуг в сочетании с материальным и моральным стимулированием качества;
- документальное оформление правил и методов обеспечения качества услуг;
- обеспечение понимания всеми сотрудниками учреждения требований системы качества к политике в области качества.

4. Основные факторы, влияющие на качество услуг:

- 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 клиентам.

4.1. Наличие и состояние документации, в соответствии с которой функционирует учреждение

В состав документации входят:

- Устав учреждения;
- положения о подразделениях учреждения;
- свидетельство о постановке на учёт в налоговом органе;
- свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц;
- выписка ЕГРН;
- лицензии на медицинскую деятельность;
- руководства, служебные инструкции, правила, методики технологий, 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;
- стандарты социального обслуживания населения в Приморском крае, составляющие нормативную основу практической работы учреждения в области предоставляемых клиентам социальных услуг;

- должностные инструкции сотрудников учреждения;

- номенклатура дел учреждения.

4.2. Условия размещения учреждения

Учреждение и его отделения размещаются в специально предназначенных зданиях или помещениях, доступных для всех категорий обслуживаемых граждан, в том числе для инвалидов и других маломобильных групп населения. Помещения 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 (повышенные температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, загазованность, шум, вибрация и т.д.).
Площадь, занимаемая учреждением, должна позволять нормальное размещение персонала, клиентов и предоставление им услуг.

При разработке системы качества учреждения предусматриваются меры, направленные на создание или поддержание упомянутых условий, а при необходимости и возможности - на их улучшение.

4.3. Укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация

Вопросы укомплектованности учреждения специалистами и их квалификация один из важнейших факторов, влияющих на качество услуг.
В рамках системы качества руководство учреждения решает вопросы:
- укомплектованности 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 учёбой на курсах переподготовки и повышения квалификации или иными способами;
- четкого распределения обязанностей специалистов, изложенных в должностных инструкциях, методиках и других документах, регламентирующих их обязанности, права и ответственность;
- обязательной аттестации специалистов в установленном порядке;
- воспитания у всех сотрудников учреждения высоких моральных и морально-этических качеств, чувства ответственности и необходимости руководствоваться в своей работе с клиентами принципами гуманности, справедливости, объективности и доброжелательности, учитывая их физическое и психическое состояние;
- принятия мер к недопущению разглашения сотрудниками учреждения сведений личного характера о клиентах, составляющих служебную тайну, за разглашение которой виновные несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4.4. Специальное и табельное техническое оснащение учреждения (оборудование, приборы, аппаратура и т.д.)

Для качественного предоставления услуг учреждение принимает меры по оснащению специальным и табельным оборудованием, аппаратурой и приборами, отвечающими требованиям соответствующих стандартов, технических условий, других нормативных документов и обеспечивающими надлежащее качество предоставляемых услуг.
Мероприятия, направленные на поддержание специального, табельного оборудования, аппаратуры и приборов в состоянии, обеспечивающем надлежащее качество предоставляемых услуг:
- использование оборудования, приборов и аппаратуры строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию, содержание в технически исправном состоянии, которое систематически проверяется;

- обеспечение своевременного снятия с эксплуатации, замену или ремонт, неисправного оборудования, приборов и аппаратуры, дающих при работе сомнительные результаты, подтверждение пригодности отремонтированных средств проверкой оборудования.

4.5. Состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления услуг клиентам

Вопросы информации являются составной частью системы качества учреждения, призванные обеспечить качество предоставляемых услуг, соответствующее запросам и нуждам клиентов.
В соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» изложены следующие требования к информации:
а) учреждение доводит до граждан своё наименование и местонахождение любым способом, предусмотренным законодательством Российской Федерации, предоставляет по требованию клиентов необходимую и достоверную информацию о выполняемых услугах, позволяющую им сделать компетентный выбор;
б) состав информации об услугах (в соответствии с Федеральным законом "О защите прав потребителей") включает в себя:
- перечень основных услуг, предоставляемых учреждением;
- характеристику каждой услуги, область ее предоставления и затраты времени на ее предоставление;
- взаимосвязь между качеством услуги, условиями ее предоставления и стоимостью;
- возможность получения оценки качества услуги со стороны клиента;
- установление взаимосвязи между предложенной услугой и реальными потребностями клиента;
- правила и условия эффективного и безопасного использования услуг;
- гарантийные обязательства учреждения – исполнителя услуг;
Если предоставление недостоверной или недостаточно полной информации об услуге повлекло причинение вреда жизни, здоровью или имуществу клиента социальной службы (вследствие производственных, рецептурных и иных недостатков услуги), он вправе предъявить учреждению требования о возмещении причинённого вреда.

5. Нормативно-законодательная база

В состав нормативно-законодательной базы, на основании которой функционирует КГБУСО «Спасский ДИПИ», входят:

- Конституция Российской Федерации;
Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;

Закон Приморского края от 26.12.2014 № 541-КЗ «О социальном обслуживании граждан в Приморском крае»;

Закон Приморского края от 26.12.2014 № 542-КЗ «О перечне социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг, в Приморском крае»;

постановление Правительства РФ от 18.10.2014 № 1075 «Об утверждении Правил определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно»;

приказ Минтруда России от 23.05.2018 № 317н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг организациями социального обслуживания и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы»;

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 24.12.2020 № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»;

приказ Минтруда России от 10.11.2014 № 874н «О примерной форме договора о предоставлении социальных услуг, а также о форме индивидуальной программы предоставления социальных услуг»;

приказ Минздрава России от 29.04.2015 № 216н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний»;

приказ Минтруда России от 24.11.2014 № 940н «Об утверждении Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений»;

постановление Правительства Приморского края от 07.09.2021 № 584-пп «Об утверждении норм питания и нормативов обеспечения мягким инвентарем при предоставлении социальных услуг организациями социального обслуживания Приморского края, Порядка обеспечения продуктами питания или денежной компенсацией на их приобретение детей, находящихся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, подведомственных министерству труда и социальной политики Приморского края, при временной передаче в семьи граждан, постоянно проживающих на территории Российской Федерации»;

постановление Администрации Приморского края от 02.09.2014 № 350-па «Об утверждении нормативов обеспечения площадью жилых помещений при предоставлении социальных услуг в стационарных учреждениях социального обслуживания Приморского края»;

постановление Администрации Приморского края от 10.12.2014 № 512-па «Об утверждении размера платы за предоставление социальных услуг и порядка ее взимания»;

распоряжение министерства труда и социальной политики Приморского края от 21.04.2020 № 26/11-205р «Об утверждении порядка обеспечения бесплатного доступа к информации о поставщиках социальных услуг Приморского края, предоставляемых ими социальных услугах, видах социальных услуг, сроках, порядке и об условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги, в том числе через средства массовой информации, включая размещение информации на официальных сайтах в сети Интернет»;

приказ министерства труда и социальной политики Приморского края от 12.04.2021 № 189 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания получателям социальных услуг поставщиками социальных услуг в Приморском крае»;

приказ департамента труда и социального развития Приморского края от 05.12.2014 № 762 «Об утверждении Порядка расходования средств, образовавшихся в результате взимания платы за предоставление социальных услуг учреждениями социального обслуживания, подведомственными департаменту труда и социального развития Приморского края»;

6. Паспорта социальных услуг учреждения.

Паспорта социальных услуг, оказываемых КГБУСО «Спасский ЛИПИ» и требования к качеству их оказания, установленные стандартами социального обслуживания в приложении 1 настоящего руководства.

7. Ответственность за политику в области качества.

В формировании политики в области качества принимают участие директор учреждения, его заместители, главный бухгалтер и руководители служб.
Ответственность за политику в области качества несет директор учреждения.
Он обеспечивает разъяснение и доведение политики до всего персонала учреждения, чётко определяет полномочия, ответственность и порядок взаимодействия всего персонала учреждения, осуществляющего руководство, предоставление услуг и контроль деятельности, влияющей на качество услуг.
Политика учреждения в области качества внедряется во всех службах учреждения, регулярно анализируется на предмет ее постоянной актуальности и пригодности.
Реализация политики учреждения в области качества обеспечивается необходимыми кадровыми, материальными, информационными и другими ресурсами.
Для выполнения политики учреждения в области качества перед службами ставятся задачи на конкретные плановые периоды, которые при необходимости своевременно уточняются и корректируются руководством учреждения.
Управление процессами оказания услуг в учреждении обеспечивается путём:

- своевременного обеспечения руководителей всех служб необходимой информацией о требованиях к услугам;
- документирование процедур предоставления социальных услуг;
- установления единых требований к характеристикам процессов в социальных паспортах предоставления услуг, рабочих инструкциях;
- привлечения к ответственным работам только подготовленного персонала;
- проведения систематического анализа данных о результатах работы согласно актов внутренней проверки качества предоставляемых услуг;
- осуществления периодического контроля процессов оказания услуг.

Ответственность за управление процессами несут руководители служб.

II. Организация системы качества.

1. Описание основных функций служб и отдельных специалистов по обеспечению качества социальных услуг.

Структурное подразделение	Основные функции
Руководство	1. Создание условий для обеспечения стабильного функционирования служб. 2. Обеспечение организации деятельности служб в соответствии с уставными целями и стандартами качества социального обслуживания. 3. Обеспечение своевременности и качества предоставления установленной отчетности.
Финансово-экономическая служба	1. Обеспечение финансовой дисциплины, достоверного учёта бюджетных средств и материальных ресурсов, находящихся в пользовании учреждения. 2. Обеспечение своевременности и качества установленной отчетности.
Специалист по работе с персоналом	1. Обеспечение соблюдения норм законодательства (по направлениям деятельности) при осуществлении деятельности учреждения. 2. Обеспечение соблюдения норм законодательства в отношении работников учреждения. 3. Обеспечение своевременности и

	качества установленной отчетности.
Медицинская служба	1. Выполнение нормативных показателей деятельности. 2. Обеспечение стандартов качества предоставления социально-бытовых, социально-медицинских услуг, социально-трудовых, услуги в целях повышения коммуникативного потенциала, срочные услуги. 3. Удовлетворенность получателей полнотой и качеством предоставляемых услуг.
Социальная служба	1. Обеспечение стандартов качества предоставления социально-бытовых, социально-педагогических и социально-правовых услуг, услуги в целях повышения коммуникативного потенциала. 2. Удовлетворенность получателей полнотой и качеством предоставляемых услуг.
Прачечная служба	1. Выполнение нормативных показателей деятельности службы. 2. Обеспечение стандартов качества предоставления социально-бытовых услуг. 3. Удовлетворенность получателей полнотой и качеством предоставляемых услуг.
Служба организации питания.	1. Обеспечение стандартов качества предоставления социально-бытовых услуг. 2. Удовлетворенность получателей полнотой и качеством предоставляемых услуг.
Административно-хозяйственная служба	1. Создание условий для обеспечения стабильного функционирования учреждения (по направлениям деятельности). Обеспечение стандартов качества предоставления социально-бытовых услуг. 2. Добросовестное выполнение должностных обязанностей.

Служба охраны труда	1. Создание условий для обеспечения стабильного функционирования учреждения. 2. Осуществление контроля соблюдения всеми работниками учреждения правил, норм, инструкций по ОТ и безопасности труда, пожарной и антитеррористической безопасности, ГОЧС.

2. Документы, определяющие работу системы качества КГБУСО «Спасский ДИПИ»

Документы системы качества представлены в виде самих документов, разработанных вновь (руководство по качеству, паспорта социальных услуг) или уже действующих в учреждении (положения, инструкции, методики, правила и т.д.), но откорректированных при необходимости в целях более полного учёта в них вопросов качества, либо в виде ссылки на эти документы с информацией об их предназначении и кратком содержании.

Документация системы качества учреждения постоянно поддерживается в рабочем состоянии, устаревшая документация своевременно изымается и заменяется новой.
Ответственность за поддержание в актуальном состоянии документов, определяющих работу системы качества в учреждении возлагается на старшую медицинскую сестру учреждения.
В практической реализации политики учреждения в области качества применяются следующие документы, положения, инструкции и методики:

- Руководство по организации работы системы качества, утверждённое приказом директора учреждения.
- Приказ о создании комиссии по контролю качества за деятельностью служб и отдельных сотрудников по оказанию социальных услуг и их соответствию, государственным стандартам социального обслуживания.
- Положение о комиссии учреждения по контролю качества предоставления государственных социальных услуг.
- Критерии оценки результативности деятельности и качества работы работников учреждения.
- Графики плановых проверок.
- Справка о проверке качества услуг .
- Акт проведения внутренней проверки качества предоставляемых услуг на основании справок за текущий месяц с указанием мероприятий по устранению недостатков (если таковые выявлены).
- Журнал учета предоставленных услуг в структурных подразделениях.

- анализ качества предоставления услуг в годовом отчете согласно Актов, справок.

III. Организация работы по контролю качества.

Настоящее руководство устанавливает основы формирования и раскрытия Политики КГБУСО «Спасский ДИПИ» в области качества предоставляемых услуг и является элементом контроля за деятельностью служб и сотрудников учреждения по оказанию социальных услуг на их соответствие государственным стандартам социального обслуживания, другим нормативным документам в области социального обслуживания населения.

1. Полномочия и ответственность персонала

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

Старшая медицинская сестра учреждения (отделения) является ответственным сотрудником в руководстве по качеству и отвечает за надлежащее выполнение требований, установленных настоящим Руководством.

Обязанности ответственного сотрудника:

- обеспечение функционирования системы качества, её поддержания в рабочем состоянии;
- ежемесячное представление Актов проведения внутренней проверки качества предоставляемых услуг до 20 числа месяца, до 20 января предоставление годового отчета за истекший год руководителю учреждения (отделения).

Ответственность за обеспечение качества услуг в каждой службе несёт руководитель службы учреждения (отделения).

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

2. Организационная структура внутренних проверок системы качества

2.1. Цель внутреннего контроля: улучшение качества социального обслуживания получателей социальных услуг учреждения (отделения).

2.2. Задачи внутреннего контроля:

- осуществление контроля над исполнением законодательства по предоставлению социальных услуг получателям социальных услуг учреждения;
- выявление случаев нарушений и неисполнения законодательных и иных нормативных правовых актов и принятие мер по их пресечению;

- анализ причин, лежащих в основе нарушений, принятие мер по их предупреждению;
- анализ и экспертная оценка результатов деятельности сотрудников учреждения (отделения);
- изучение результатов деятельности специалистов, распространение передового и инновационного опыта;
- анализ результатов реализации приказов и распоряжений в учреждении;
- оказание методической помощи специалистам в процессе контроля.

2.3. Методы внутреннего контроля.

2.3.1. Методы контроля деятельности специалистов:
- анкетирование;
- тестирование;
- социологический опрос;
- мониторинг;
- наблюдение;
- собеседование;
- взаимопосещение;
- анализ практик.

2.3.2. Методы контроля результатов социального обслуживания и качества предоставления социальных услуг:
- аналитический метод – анализ содержания документов учреждения, контроль наличия документов, правильности их оформления, объективности, соответствия задачам и целям учреждения; оценка динамики развития учреждения; проверка наличия сертификатов, удостоверений о повышении квалификации, методик работы с получателями социальных услуг;
- визуальный метод – осмотр зданий, жилых помещений, помещений для оказания социальных услуг, других объектов учреждения, средств технического оснащения с целью контроля их состояния и соответствия требованиям безопасности клиентов и персонала учреждения при предоставлении услуг требованиям пожарной безопасности, санитарно-гигиеническим нормам и требованиям, требованиям к удобству размещения получателей социальных услуг;
- социологический метод-опрос – (интервьюирование) получателей социальных услуг социальных услуг, оценка результатов опроса, наблюдение за получателями социальных услуг, анкетирование, беседа;
- сравнение оценок качества получателей социальных услуг и исполнителей услуг с предпочтением оценки услуг получателями социальных услуг;
- экспертный метод – личное присутствие проверяющих при предоставлении отдельных вызывающих сомнение услуг с целью уточнения их качества или личное ознакомление с организацией работы по предоставлению подобных услуг;
- метод супервизии – регулярное и структурированное обсуждение сложных случаев оказания социальных услуг получателям социальных услуг, оценка достигнутых результатов;

- рассмотрение и анализ жалоб и претензий к качеству и своевременности предоставления социальных услуг, а также мероприятий по устранению недостатков, выявленных при контроле качества.

2.4. Виды внутреннего контроля.

2.4.1. Внутренний контроль учреждения может осуществляться в виде плановых или оперативных проверок, мониторинга и самоконтроля специалистов учреждения и управленческого персонала.

2.4.2. Внутренний контроль учреждения в виде плановых проверок осуществляется в соответствии с утвержденным планом-графиком, который обеспечивает периодичность в организации проверок и исключает нерациональность и дублирование в организации проверок и доводится до членов коллектива в начале календарного года.

2.4.3. Внутренний контроль учреждения в виде оперативных проверок осуществляется в целях проверки сведений о нарушениях, указанных в обращениях получателей социальных услуг или других граждан, организаций, урегулирования конфликтных ситуаций в отношениях между участниками социального обслуживания.

2.4.4. Внутренний контроль учреждения в виде мониторинга предусматривает сбор, системный учет, обработку и анализ информации по организации и результатам социального обслуживания для эффективного решения задач управления качеством предоставления социальных услуг.

2.4.5. Внутренний контроль учреждения в виде самоконтроля специалистов учреждения и управленческого персонала осуществляется ежедневно.

2.5. Формы внутреннего контроля:

- личностно-профессиональный (персональный) контроль – изучение и анализ выполнения должностных инструкций, качества оказания социальных услуг, уровня знаний современных технологий социального обслуживания, повышения квалификации отдельными сотрудниками учреждения;
- тематический контроль проводится по отдельным проблемам деятельности учреждения, направлен не только на изучение фактического состояния дел по конкретному вопросу, но и внедрение в существующую практику инновационных технологий;
- систематический – постоянно повторяющийся в определённой системе;
- оперативный контроль осуществляется по приказу директора в случаях ухудшения показателей работы службы, установления факта нарушения технологий, инструкций, алгоритмов оказания социальных услуг, урегулирования конфликтных ситуаций;
- комплексный контроль проводится с целью получения полной информации о состоянии дел и организации социального обслуживания в учреждении (отделении) или служб по конкретному вопросу.

2.6. Правила проведения внутреннего контроля:

2.6.1. Внутренний контроль осуществляют сотрудники, уполномоченные приказом руководителя учреждения с планом внутреннего контроля.

2.6.2. В качестве экспертов к участию во внутреннем контроле учреждения могут привлекаться сторонние (компетентные) организации, отдельные специалисты.
2.6.3. Нарушения фиксируются в справках с приложением пояснения сотрудника, допустившего нарушения.
2.6.4. Анкетирование в учреждении (отделении) проводится среди дееспособных (способных по состоянию здоровья) получателей социальных услуг.
2.6.5. Основаниями для внутреннего контроля являются:
- плановый контроль;
- проверка состояния дел для подготовки управленческих решений;
- обращение физических и юридических лиц по поводу нарушений в области предоставления социальных услуг.
2.6.6. Результаты внутреннего контроля оформляются уполномоченным сотрудником комиссии по контролю качества в виде справки, свод по которым фиксируется актом. Ознакомление со справкой проверяемого сотрудника проводится в день проверки. Пояснение в письменном виде сотрудника, проверяемого и допустившего нарушения, предоставляется руководителю структурного подразделения не позднее 3 рабочих дней.
2.6.7. Акт внутренней проверки качества предоставляемых услуг должен содержать констатацию фактов, выводы и, при необходимости, предложения.
2.6.8. По итогам внутреннего контроля в зависимости от его формы, целей и задач и с учетом реального положения дел в учреждении (отделении):
- проводятся административные заседания, производственные совещания, рабочие совещания с сотрудниками учреждения (отделения), заседание комиссии по контролю качества предоставления социальных услуг получателям социальных услуг.
2.6.9. Директор учреждения по результатам внутреннего контроля принимает следующие решения:
- об издании приказа по размерам стимулирующих выплат, о привлечении к дисциплинарной ответственности должностных лиц, о поощрении сотрудников;
- об обсуждении итоговых материалов внутреннего контроля коллегиальным органом;
- о проведении повторного контроля с привлечением определенных специалистов (экспертов);
- иные решения в пределах своей компетенции.
2.6.10. О результатах проверки сведений по предоставлению социальных услуг, изложенных в обращениях получателей социальных услуг, обращениях и запросах других граждан и организаций, сообщается им в установленном порядке и в установленные сроки.

2.7. Контроль и оценка качества услуг

2.7.1. При контроле и оценке качества услуг учреждение:
- проверяет и идентифицирует услуги на соответствие нормативным документам, регламентирующим их предоставление;

- обеспечивает самоконтроль персонала, предоставляющего услуги, как составную часть процесса контроля;
- обеспечивает приоритет получателей социальных услуг в оценке качества услуг;
- практикует в учреждении регулярную оценку степени удовлетворённости получателей социальных услуг услугами путём проведения социологических опросов;
2.7.2. Сравнение оценок получателей социальных услуг и исполнителей услуг проводит постоянно, чтобы оценить совместимость двух мер их качества, провести (при необходимости) корректирующие действия и определить насколько деятельность исполнителей услуг отвечает потребностям и запросам получателей социальных услуг.

IV. Анализ функционирования системы качества руководством учреждения и принятие управленческих решений.

Руководство учреждения периодически анализирует Систему качества для того, чтобы можно было убедиться, что она удовлетворяет предъявляемым к ней требованиям и эффективна.
Анализ системы качества учреждения (отделения) проводится ежегодно в отчёте учреждения (отделения) по итогам работы за год.
Качество предоставления социальных услуг в службах анализируется ежемесячно, на основе результатов проверок системы качества в службах.
Качество услуг, предоставляемых специалистом учреждения оценивается в ходе проверок служб или персонально.
Анализ должен включать оценку результатов внутренних проверок, проводимых непосредственно руководством или представителем руководства, ответственным за функционирование системы качества учреждения.
Результаты подобных анализов используют для подтверждения достижения требуемого качества и эффективности функционирования системы. Они являются основанием для разработки и реализации мероприятий по ее совершенствованию, улучшению состава и содержания нормативной документации системы качества и принятия управленческих решений.

Приложение 1

ПАСПОРТА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ