

ПОЛОЖЕНИЕ

о системе качества в муниципальном бюджетном учреждении «Комплексный центр социального обслуживания населения «Вера» Искитимского района Новосибирской области»

I. Общие положения.

Настоящее положение о системе качества (далее - Положение) в муниципальном бюджетном учреждении «Комплексный центр социального обслуживания населения «Вера» Искитимского района Новосибирской области» (далее – Учреждение) разработано на основе ГОСТа Р 52496-2019 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг. Основные положения»; ГОСТа Р 52497-2020 «Социальное обслуживание населения. Система качества учреждений социального обслуживания»; ГОСТа Р 52142-2013 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения», ГОСТа Р 52143-2013 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг».

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

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

1.3. 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.

II. 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;
- решение других задач, отражающих специфику деятельности учреждений и могущих повлиять на качество предоставляемых 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 положений 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 обеспечения качества, предъявляемых к политике в области качества.

III. 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 порядка проведения внутренних проверок функционирования системы.

3.1.1. В состав документации входят:

- Устав и (положение) Учреждения, включающий в себя сведения о предназначении Учреждения, порядке его формирования, содержании, реорганизации, сведения об основных задачах его деятельности, категориях обслуживаемых лиц, порядке и условиях зачисления на обслуживание, о структурных подразделениях и их основных задачах, сведения об объеме и порядке предоставления ими услуг и о других организационных и технических задачах и темах;
- положения о структурных подразделениях Учреждения, содержащие сведения о категориях граждан, обслуживаемых тем или иным подразделением, стоящих

перед ним задачах, сроках и условиях обслуживания граждан, сведения о дополнительных документах, необходимых для зачисления на обслуживание в данное подразделение, сведения о количестве сотрудников подразделения, их основных обязанностях и т. д.;

- 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;

- национальные стандарты, составляющие нормативную основу практической работы Учреждения в области предоставляемых клиентам социальных услуг;

- специальный комплект документов, представляющий собой документальное оформление системы обеспечения качества Учреждения.

3.1.2. Условия размещения Учреждения:

- Учреждение и его структурные подразделения должны быть размещены 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, требованиям безопасности труда и должны быть защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенных температуры воздуха, влажности воздуха, запыленности, загазованности, шума, вибрации и т.д.), требованиям противопожарной безопасности;

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

3.1.3. 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. В документации системы обеспечения качества Учреждения изложение информации должно отвечать следующим требованиям:

а) Учреждение обязано доводить до граждан свое наименование и местонахождение любым способом, предусмотренным законодательством Российской Федерации, предоставлять по требованию клиентов необходимую и достоверную информацию о выполняемых услугах, позволяющую им сделать компетентный выбор:

б) состав информации об услугах должен включать 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 (при необходимости),

- возможность получения оценки качества услуги со стороны клиента,

- взаимосвязь между предложенной услугой и реальными потребностями клиента,

- правила и условия эффективного и безопасного использования услуг,

- гарантийные обязательства Учреждения — исполнителя услуг,

- возможность влияния клиентов на качество услуги,

- адекватные и легкодоступные средства для эффективного общения персонала с клиентами учреждения,

- наименование национальных стандартов социального обслуживания, требованиям которых должны соответствовать предоставляемые услуги;

в) информация должна быть достоверной и полной. Если предоставление недостоверной или недостаточно полной информации об услуге повлекло за собой причинение вреда жизни, здоровью или имуществу клиента (вследствие производственных, рецептурных и иных недостатков услуги), он вправе предъявить Учреждению требования о возмещении причиненного вреда.

IV. Политика Учреждения в области качества.

4.1. Политика Учреждения в области качества предоставления услуг формируется директором Учреждения на основе ГОСТа Р 52143-2013 «Основные виды социальных услуг», ГОСТа Р 52142-2013 «Социальное обслуживание. Качество социальных услуг. Общие положения», ГОСТа Р 52497-2020 «Социальное обслуживание населения. Система качества учреждений социального обслуживания» и устанавливает основные цели, задачи и принципы деятельности Учреждения в области качества, документально оформленные и принятые к обязательному исполнению.

4.2. Основным документом системы обеспечения качества Учреждения является руководство по качеству.

В нем излагают общее описание системы обеспечения качества Учреждения, разъясняют политику Учреждения в области качества, отражают организационную структуру системы обеспечения качества, задачи и функции подразделений и служб Учреждения в области качества, приводят сведения о комплекте документов всех уровней, составляющих нормативно-методическую базу системы обеспечения качества, устанавливают порядок внедрения, функционирования и контроля системы обеспечения качества.

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

- обеспечение постоянного удовлетворения получателей услуг предоставляемыми социальными услугами;
- повышение качества услуг и эффективности (результативности) их предоставления;
- принятие профилактических мер по предупреждению или урегулированию претензий и жалоб получателей услуг;
- прочие вопросы, отражающие специфику деятельности Учреждения.

4.4. Наряду с подробным изложением целей, задач и принципов в руководстве по качеству должны быть четко определены и сформулированы порядок и способы (методы) их реализации.

4.5. 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.

4.6. Политика Учреждения в области качества должна охватывать все направления деятельности, отвечать потребностям и запросам клиентов, способствовать улучшению социальных и экономических показателей Учреждения.

4.7. Политика Учреждения в области качества должна внедряться во всех структурных подразделениях и регулярно подвергаться анализу на предмет ее постоянной актуальности и пригодности.

4.8. Реализация политики Учреждения в области качества должна быть обеспечена необходимыми ресурсами (кадровыми, материально-техническими, информационными и др.)

V. Организация работы по качеству услуг в системе обеспечения качества

5.1. Контроль качества социальных услуг заключается в проверке полноты, своевременности предоставления этих услуг, а также их результативности (материальной, определяющей степень решения материальных или финансовых проблем клиентов, или нематериальной, определяющей степень повышения физического, морально-психологического состояния клиента, решения его бытовых, правовых и других проблем в результате взаимодействия с исполнителем услуги).

5.2. Контролю подлежат следующие основные факторы:

- наличие и состояние документов, в соответствии с которыми 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, правила и порядок предоставления услуг клиентам Учреждения;
- наличие собственной (комиссия по внутреннему контролю качества Учреждения) и внешней системы (службы) контроля за деятельностью учреждения.

5.2.1. При контроле документов (Устава учреждения, положения об Учреждении, руководств, правил, служебных инструкций, методик работы с клиентами и собственной деятельности, эксплуатационных документов на оборудование, приборы и аппаратуру, национальных стандартов социального обслуживания населения и др.) проверяют их соответствие предъявляемым к ним требованиям по полноте и правильности оформления, актуальности, своему назначению.

Одновременно контролируют своевременность проверки состояния и пересмотра документов, их обновления и изъятия из обращения устаревших.

5.2.2. При контроле условий размещения Учреждения проверяют соответствие размеров и состояния зданий и помещений санитарно-гигиеническим нормам и правилам, требованиям противопожарной безопасности. Одновременно проверяют полноту обеспечения Учреждения всеми видами коммунально-бытового обслуживания, оснащения телефонной связью, создания необходимых условий для пребывания в нем клиентов, обслуживающего персонала, а также предоставления социальных услуг.

5.2.3. При контроле специального и табельного технического оснащения Учреждения проверяют укомплектованность этим оснащением (оборудованием, аппаратурой, приборами), его состояние, соответствие требованиям стандартов, технических условий, других нормативных документов, правильность и эффективность использования, своевременность его приобретения.

5.2.4. Укомплектованность Учреждения специалистами проверяют по штатному расписанию. Квалификацию, образование, профессиональную подготовку специалистов, их соответствие занимаемым должностям, деловые, моральные и морально-этические качества, умение поддерживать нормальные человеческие отношения с клиентами Учреждения проверяют путем изучения личных дел, собеседования, опроса руководителей, коллег по работе и клиентов, а также путем

изучения письменных отзывов о работе специалистов.

Одновременно проверяют организацию и проведение работ Учреждения по повышению квалификации специалистов, а также своевременность проведения этих работ и аттестации специалистов.

5.2.5. Состояние информации об Учреждении (сведений о наименовании учреждения, его местонахождении, характере, видах и объеме предоставляемых услуг, порядке, правилах и условиях их предоставления и др.) проверяют на соответствие требованиям национальным стандартам.

Состав информации об услугах в обязательном порядке должен включать в себя:

- перечень основных услуг, предоставляемых Учреждением;
- характеристику услуги, область ее предоставления и затраты времени на ее предоставление;
- наименование национальных стандартов социального обслуживания, требованиям которых должны соответствовать предоставляемые услуги;
- взаимосвязь между качеством услуги, условиями ее предоставления и стоимостью (для полностью или частично оплачиваемой услуги);
- возможность влияния клиентов на качество услуги;
- адекватные и легкодоступные средства для эффективного общения персонала с клиентами учреждения;
- возможность получения оценки качества услуги со стороны клиента;
- установление взаимосвязи между предложенной услугой и реальными потребностями клиента;
- правила и условия эффективного и безопасного предоставления услуг;
- гарантийные обязательства Учреждения

5.2.6. При проверке собственной службы контроля (комиссии по внутреннему контролю качества) за деятельностью Учреждения проверяют наличие и структуру этой документально оформленной службы, позволяющей руководству Учреждения контролировать деятельность подразделений и отдельных сотрудников по оказанию социальных услуг, ее соответствие национальным стандартам и другим нормативным документам по социальному обслуживанию населения, эффективность от ее применения.

При проверке внешней системы контроля изучают документально оформленные результаты проводимых проверок, характер отмечаемых недостатков и степень реализации мероприятий по их устранению.

5.3. Полномочия и ответственность персонала.

5.3.1. Ответственность за обеспечение качества услуг в целом по Учреждению несет заместитель директора, который независимо от других возложенных на него обязанностей должен отвечать за надлежащее выполнение требований, установленных стандартами и иметь полномочия:

- для обеспечения разработки системы обеспечения качества, ее внедрения и поддержания в рабочем состоянии;
- для предоставления отчета руководителю Учреждения о функционировании системы обеспечения качества с целью ее анализа и использования полученных результатов как основы для дальнейшего совершенствования.

5.3.2. В Учреждении установлен порядок разработки (или корректировки, при необходимости) рассмотрения, утверждения и введения всех документов,

относящихся к системе обеспечения качества, а также порядок их предоставления.

VI. Внутренняя и внешняя системы контроля качества.

6.1. Внутренние проверки системы качества

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.

6.1.1. 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.

6.1.2. 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).

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

Основные функции комиссии:

- Контроль основных факторов, установленных ГОСТ Р 52142.

- Комиссия систематически осуществляет мероприятия по контролю качества предоставляемых услуг.

- Заключение комиссии оформляются в виде справок (протоколов) и являются обязательными для исполнения всеми работниками Учреждения.

6.1.3. 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, который 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.

-заведующие подразделениями оформляют проведенные мероприятия по контролю путем заполнения соответствующих журналов, составления актов, справок, других документов.

6.1.4. В Учреждении действует самоконтроль работников, который включает в себя:

- качественное и профессиональное исполнение должностных обязанностей работниками;

- постоянное совершенствование профессионального мастерства;

- ведение рабочих журналов, предоставление отчетов.

6.1.5. Специалист, ответственный за предоставление социальной услуги, несет персональную ответственность за качество и сроки ее предоставления. Персональная ответственность закреплена в должностной инструкции.

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

6.1.7. В системе обеспечения качества Учреждения разработан и поддерживаться в рабочем состоянии порядок проведения внутренних проверок функционирования системы обеспечения качества. Внутренние проверки системы обеспечения качества Учреждения проводят с целью регулярной оценки ее эффективности и соответствия установленным требованиям, а также для получения информации, необходимой для эффективного функционирования этой системы.

6.1.8. Ответственным лицом за организацию и проведение проверки системы обеспечения качества Учреждения является заместитель директора, ответственный за систему обеспечения качества.

6.1.9. Ответственными исполнителями по проведению проверок назначаются заведующие структурными подразделениями, эффективность и качество деятельности которых зависят от качества деятельности проверяемых подразделений.

6.1.10. Эффективность системы обеспечения качества Учреждения определяют по результатам ее оценок, получаемых при проверках.

6.1.11. В процессе проверки системы обеспечения качества Учреждения (и его структурных подразделений) осуществляют:

- контроль соответствия системы обеспечения качества требованиям национальных стандартов и документации на нее;
- анализ и оценку состояния функционирования системы обеспечения качества в целом и отдельных ее составных частей;
- анализ соответствия предоставляемых услуг требованиям нормативных документов;
- анализ и оценку результатов работы Учреждения в области качества услуг;
- выработку корректирующих действий, направленных на устранение недостатков, выявленных в процессе предоставления услуг, и совершенствование системы обеспечения качества.

6.1.12 Проверки системы качества учреждений могут быть плановыми и оперативными.

- Периодичность плановых проверок устанавливают в зависимости от результатов анализа качества услуг.

- Оперативную проверку системы обеспечения качества или отдельных ее составных частей проводят в случае резкого ухудшения показателей, характеризующих конечные результаты работы по обеспечению качества услуг, предоставляемых каким-либо подразделением или Учреждением в целом, в случае оценки эффективности корректирующих действий, а также при значительных изменениях организации работ и технологий предоставления услуг, которые могут отрицательно повлиять на их качество.

- После окончания внутренней проверки ее результаты оформляют в виде отчета

о состоянии системы качества обеспечения Учреждения, в котором отражают данные анализа соответствия показателей и результатов деятельности Учреждения в области обеспечения качества предоставляемых услуг установленным требованиям.

- Результаты проверок системы обеспечения качества Учреждения являются основанием для разработки и реализации мероприятий по ее совершенствованию, по разработке новых методов и средств управления качеством предоставляемых услуг, улучшению состава и содержания нормативной документации на систему обеспечения качества.

6.2. Внешняя система контроля включает в себя контроль, который осуществляют:

- уполномоченные органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания;

- общественные объединения (фонды, центры и др.), занимающиеся в соответствии с их учредительными документами защитой интересов граждан соответствующих категорий.

6.3. Работа Учреждения в области качества услуг должна быть направлена на полное удовлетворение нужд клиентов, непрерывное повышение качества услуг и эффективности социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

6.4. При оценке качества услуги используют следующие критерии:

-полнота предоставления услуги в соответствии с требованиями документов и ее своевременность;

- результативность (эффективность) предоставления услуги:

- материальную (степень решения материальных или финансовых проблем клиента), оцениваемую непосредственным контролем результатов выполнения услуги;

- нематериальную (степень улучшения психоэмоционального, физического состояния клиента, решение его правовых, бытовых и других проблем в результате взаимодействия с исполнителем услуги), оцениваемую косвенным методом, в том числе путем проведения социальных опросов, при этом должен быть обеспечен приоритет клиента в оценке качества услуги.

VII. Подготовка кадров.

7.1. В учреждении разрабатывается, документально оформляется и утверждается план мероприятий по подготовке (обучению, повышению квалификации, аттестации, стажировке и т. д.) персонала, выполняющего работы, непосредственно влияющие на качество услуг.

7.2. Подготовкой персонала должны быть охвачены все сотрудники учреждения, непосредственно влияющие на качество услуг, включая руководящий состав всех уровней.

7.3. При разработке и реализации планов мероприятий по подготовке кадров необходимо учитывать требования, касающиеся порядка работы со специалистами Учреждения.

VIII. Анализ функционирования системы качества руководством Учреждения.

8.1. Систему обеспечения качества периодически должно анализировать руководство Учреждения для того, чтобы можно было убедиться в том, что она удовлетворяет предъявляемым к ней требованиям и эффективна.

8.2. Анализ должен включать оценку результатов внутренних проверок, проводимых непосредственно директором Учреждения или заместителем директора, ответственным за функционирование системы обеспечения качества Учреждения.

Результаты подобных анализов следует использовать для подтверждения достижения требуемого качества и эффективности функционирования системы.

IX. Контроль и оценка качества услуг.

9.1. При контроле и оценке качества предоставляемых Учреждением услуг Учреждение должно:

- проверять и идентифицировать услуги на соответствие нормативным документам, регламентирующим их предоставление
- обеспечивать самоконтроль персонала, предоставляющего услуги, как составную часть процесса контроля
- обеспечивать приоритет клиентов в оценке качества услуг
- практиковать в Учреждении регулярную оценку степени удовлетворенности клиентов услугами путем проведения социологических опросов.

9.2. Сравнение оценок клиентов и исполнителей услуг следует проводить постоянно для того, чтобы оценить совместимость двух мер их качества, провести (при необходимости) корректирующие действия и определить, насколько деятельность исполнителей услуг отвечает потребностям и запросам клиентов.

Положение
о комиссии по внутреннему контролю качества социальных услуг в
муниципальном бюджетном учреждении «Комплексный центр социального
обслуживания населения «Вера» Искитимского района Новосибирской области

1. Общие положения.

1.1. Настоящее положение разработано в соответствии с нормативными правовыми и локальными актами, регулирующими деятельность Учреждения, положением о системе качества и регламентирует содержание и порядок работы комиссии по внутреннему контролю (далее комиссия).

1.2. Комиссия представляет собой действующую на функциональной основе рабочую группу, которая позволяет контролировать деятельность структурных подразделений Учреждения и отдельных сотрудников по оказанию социальных услуг, ее соответствие государственным и национальным стандартам и иным нормативным правовым актам по социальному обслуживанию населения.

1.3. Комиссия создается приказом директора Учреждения, в котором указывается ее состав и сроки полномочий комиссии.

1.4. Состав комиссии определяется спецификой работы Учреждения, штатным расписанием и должностными обязанностями сотрудников.

2. Основные задачи комиссии по внутреннему контролю.

2.1. Контроль основных факторов, непосредственно влияющих на качество предоставляемых услуг.

2.2. Проверка полноты, своевременности предоставления социальных услуг, а также их результативность.

2.3. Создание необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей клиентов и осуществления их социальной реабилитации.

2.4. Повышение эффективности работы Учреждения, качества и результативности социальных услуг на всех стадиях их предоставления.

3. Организация работы комиссии по внутреннему контролю.

3.1. Комиссия осуществляет свою деятельность в соответствии с планом проведения внутреннего контроля, утвержденным директором Учреждения.

3.2. Результаты внутреннего контроля оформляются письменно в зависимости от его формы и задач в виде аналитической справки или акта.

3.2.1. В справке (акте) о проведенной проверке указываются факты нарушений, выявленные в ходе проверки, или отсутствие таковых, ссылки на нарушенные нормы государственных и национальных стандартов качества социальных услуг и иных нормативных правовых актов, а также выводы и предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений. Справка (акт) подписывается членами комиссии, а также заведующими структурных подразделений, где проводилась проверка. Если проводилась проверка отдельного специалиста, то справку (акт) подписывает специалист, в отношении которого проводилась проверка. Если

проверка проводилась не комиссионно, а отдельным членом комиссии, то справку (акт) подписывает проверяющий, проверяемый, заведующий отделением и содержание акта доводится до директора Учреждения. Если проверка проводится по обращению получателя услуг, то дополнительно акт подписывает получатель социальных услуг

3.2.2. Ежеквартально результаты внутреннего контроля отражаются заместителем директора в анализе по результатам деятельности Учреждения, где отражаются выявленные недостатки и принятые меры по их исправлению.

3.2.3. Результаты контроля учитываются при планировании работы Учреждения на следующий календарный период.

3.3. На основании акта проверки или аналитической справки директор Учреждения может издать приказ с указанием сроков устранения нарушений и ответственных лиц, которые письменно информируют руководителя о принятых мерах.

3.4. Контролю подлежат следующие основные факторы:

- наличие и состояние документов, в соответствии с которыми 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, правила и порядок предоставления услуг клиентам Учреждения;
- наличие собственной (комиссия по внутреннему контролю качества Учреждения) и внешней системы (службы) контроля за деятельностью учреждения.

4. Права членов комиссии по внутреннему контролю.

4.1. Члены комиссии имеют право:

- знакомиться с документацией, изучать практическую деятельность работников по оказанию услуг клиентам; проводить анкетирование клиентов;
- проводить анкетирование клиентов, а также применять другие методы проведения внутреннего контроля;
- вносить на рассмотрение директора предложения по повышению эффективности деятельности структурных подразделений.

5. Ответственность членов комиссии по внутреннему контролю.

5.1. Члены комиссии несут ответственность за:

- соблюдение требований законодательства, нормативных правовых актов, определяющих их полномочия;
- объективность и достоверность предоставляемой информации по итогам контроля;
- качество проведения контроля;
- соблюдение конфиденциальности информации личного характера, ставшей известной в ходе контроля.

Комиссия по внутреннему контролю качества
в МБУ «КЦСОН» «Вера» Искитимского района НСО»

Председатель комиссии:

-Ковалёва А.В. - директор МБУ «КЦСОН «Вера»

Заместитель председателя комиссии:

-Абрамова Г.В. – заместитель директора по организации социального обслуживания

- Секретарь комиссии:

- Крылова Ю.Н. – специалист по социальной работе

Члены комиссии:

-Маслова У.Н. – заместитель директора по методической работе;

-Анохина О.В. – главный бухгалтер;

-Тресцова О.В.- заведующая отделением срочной социальной помощи;

-Кириллова О.Н. - заведующая отделением социального обслуживания на дому;

-Ковган Ю.А. - заведующая социальной службой филиал «Отделение социального обслуживания на дому»;

-Данилова З.Л. – заведующая социальной службой филиал «Отделение реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями»;

- Фроловская А.В.- заведующая социальной службой филиал «Отделение социальной реабилитации инвалидов»;

-Сотникова Е.Н. – заведующая отделением профилактики безнадзорности несовершеннолетних;

-Сотникова Е.А. – заведующая социальной службой филиал «Отделение милосердия для престарелых и инвалидов»;

-Зенкова Е.А.- специалист отдела кадров.

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке

рассмотрения обращений получателей социальных услуг в муниципальное бюджетное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения «Вера» Искитимского района Новосибирской области

1. Общие положения

1.1. Настоящим Положением регулируется порядок (далее-Порядок) взаимоотношений между организацией-поставщиком социальных услуг, муниципальным бюджетным учреждением «Комплексный центр социального обслуживания населения «Вера» Искитимского района Новосибирской области» (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 директору 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.

В настоящем Порядке используются следующие термины:

- **обращение потребителя** (далее - обращение) - направленные директору Учреждения или в вышестоящий орган письменные или устные предложение, заявление или жалоба.
- **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.

При рассмотрении обращения обратившийся имеет право:

- 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 директору 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. Директор 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 директором Учреждения либо уполномоченным лицом.

1.9.3. Ответ на обращение, поступившее директору 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 директору 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, директор 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 директору Учреждения.

1.11. Сроки рассмотрения письменного обращения.

- Письменное обращение, поступившее директору Учреждения в соответствии с его компетенцией, рассматривается в течение 30 дней со дня его регистрации.

- В исключительных случаях директор Учреждения или уполномоченное лицо вправе продлить срок рассмотрения обращения не более чем на 30 дней, уведомив о продлении срока его рассмотрения получателя услуг, направившего обращение.

1.12. Личный прием граждан.

- Личный прием граждан проводится директором 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 Новосибирской области, 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 Новосибирской области.

1.23. Контроль за соблюдением порядка рассмотрения обращений.

- директор 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.