

Утверждено

Директором КУ ВО «СПДП г. Воронежа»



Л.Н. Филатова

Директор 1512-02
от 09.01.2017г.

ПОЛОЖЕНИЕ

О СИСТЕМЕ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ

КУ ВО «СПДП г. Воронежа»

1. Общие положения.

1.1. Настоящее положение является элементом контроля за деятельностью подразделений и работников учреждения по оказанию социальных услуг, разработано в соответствии:

- с Федеральным законом Российской Федерации от 28.12.2013г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
- Уставом КУ ВО «СПДП г. Воронежа».

1.2. Внутренний контроль – неотъемлемая часть управленческой деятельности Учреждения, действия директора Учреждения, заместителя директора, заведующих отделениями и других должностных лиц по обеспечению достижения целей и задач работы Учреждения, выявлению возможных нарушений и отклонений в принятии оперативных мер по их корректировке, совершенствованию системы деятельности Учреждения.

1.3. Деятельность комиссии по внутреннему контролю осуществляется в соответствии с положением (приложение №1 к данному положению).

1.4. Внутренний контроль сопровождается инструктированием должностных лиц по вопросам контроля.

1.5. Целью внутреннего контроля является создание необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей клиентов, повышение качества и эффективности услуг на всех стадиях их

предоставления, предупреждение возможных отклонений от заданных требований к этим услугам.

1.6. Задачи системы внутреннего контроля:

- достижение и подтверждение уровня качества услуг, соответствующего требованиям национальных стандартов, иных нормативных правовых документов;

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

- предотвращение и устранение любых несоответствий услуг предъявляемых к ним требованиям;

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

1.7. Система внутреннего контроля базируется на следующих основных принципах:

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

- ответственность и объективность – предоставление специалистами, осуществляющими контроль, достоверность предоставляемой информации по итогам контроля;

- системность – периодичность проведения контрольных мероприятий.

1.8. Объекты, подлежащие контролю, представлены в приложении №2 к настоящему положению.

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

1.10. При оценке качества социальных услуг используются следующие критерии:

- полнота предоставления социальной услуги в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, в том числе с учетом объема

предоставляемой социальной услуги, сроков предоставления социальной услуги;

- своевременность предоставления социальной услуги, в том числе с учетом степени нуждаемости получателя социальных услуг;

- результативность (эффективность) предоставления социальной услуги (улучшение условий жизнедеятельности получателя социальных услуг);

- доля получателей социальных услуг, удовлетворенных качеством и доступностью социальных услуг, по отношению в общей численности получателей социальных услуг;

- наличие обоснованных жалоб получателей социальных услуг.

2. Формы внутреннего контроля.

2.1. Внутренний контроль осуществляется в виде плановых, оперативных или внезапных проверок.

2.1.2. Плановый контроль осуществляется в соответствии с утвержденным планом Учреждения, который обеспечивает периодичность и исключает нерациональное дублирование в организации проверок.

2.1.3. Оперативный контроль осуществляется по приказу директора в случаях ухудшения показателей работы отделений, установленных услуг, урегулирования конфликтных ситуаций.

2.1.4. Внезапный контроль осуществляется по распоряжению директора Учреждения.

2.2. Формы контроля по направленности:

2.2.1. Личностно-профессиональный контроль – изучение и анализ выполнения должностных инструкций, качества оказания социальных услуг, уровня знаний современных технологий социального обслуживания, повышение квалификации отдельными сотрудниками Учреждения.

2.2.2. 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.

2.2.3. Комплектный контроль проводится с целью получения полной информации о работе структурного подразделения, его продолжительность не должна превышать 10 дней.

2.3. Формы контроля по времени проведения:

2.3.1. Предварительный контроль осуществляется до начала выполнения работы и дает возможность оценить существующие организационные кадровые, методические ресурсы, степень их готовности к предстоящей деятельности в целях предупреждения проблем.

2.3.2. Текущий контроль проводится непосредственно в ходе деятельности, направлен на анализ эффективности отдельных этапов, аспектов, степени реализации конкретных задач, оценку действий подразделений и работников.

В его основе лежат нормативные показатели.

Текущий контроль может включать контроль оперативный и систематический.

2.3.3. Итоговый контроль дает информацию о достигнутых результатах, позволяет выявить положительные и отрицательные стороны деятельности, определить пути его дальнейшего развития и совершенствования.

2.4. Формы контроля по объекту.

2.4.1. Самоконтроль.

2.4.2. Взаимоконтроль.

2.4.3. Административный контроль.

2.4.4. Участие клиентов в оценке качества (анкетирование, отзыв в журналах, опросы).

2.4.5. Мониторинг, предусматривающий сбор, системный учет, обработку и анализ информации по организации и результатам социального обслуживания.

3. Методы внутреннего контроля.

3.1. Изучение документации.

3.2. Тестирование.

3.3. Анкетирование.

3.4. Наблюдение.

3.5. Опрос.

3.6. Беседа.

3.7. Анализ.

3.8. Хронометраж.

3.9. Мониторинг.

4. Алгоритм проверки системы качества.

4.1. Определение цели проверки.

При определении цели проверки необходимо руководствоваться основными задачами работы и реальным состоянием дел в Учреждении.

4.2. Определение объекта проверки.

Определяется, какие именно направления работы структурных подразделений или отдельных специалистов будут проверяться.

4.3. Разработка плана проверки.

Составляется подробный план проверки, в котором намечаются основные вопросы проверки, методы его проведения, сроки.

4.4. Проведение проверки начинается с ознакомления контролируемого с целями и планом проверки, после этого начинается непосредственное изучение работы в соответствии с планом проверки.

4.5. Первичный анализ проверки.

Весь полученный в результате проверки материал систематизируется и обобщается. Отмечаются положительные и отрицательные стороны, формируются объективные выводы о состоянии работы.

4.6. Выработка убедительные, доказательные предложения по устранению недостатков. Указываются конкретные сроки по устранению выявленных недостатков.

4.7. Оформление итога проверки.

По итогам проверки оформляется справка, вносятся записи в «Журнал контроля». Подлежащий проверке специалист, ознакамливается с результатами проверки под роспись.

4.8. Проверка исполнения рекомендаций.

Положение

о комиссии по внутреннему контролю.

1. Общие положения.

1.1. Настоящее положение разработано в соответствии с нормативными правовыми актами, регулирующими деятельность Учреждения, положением о системе внутреннего контроля 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 подразделений и отдельных сотрудников по оказанию социальных услуг, ее соответствие законодательству Российской Федерации.

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 работников.

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 законности запросов и потребностей получателей социальных услуг.

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 графиком проведения внутреннего контроля, утвержденным директором Учреждения.

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

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

3.2.2. Результаты внутреннего контроля отражаются заместителем директора в анализе по результатам деятельности Учреждения, а также заслушиваются на производственных совещаниях, где отмечаются выявленные недостатки и принятые меры по их устранению.

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

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

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;
- 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.

Объекты, подлежащие внутреннему контролю.

1. Условия размещения зданий и помещений Учреждения.
2. Состояние специального технического и табельного оснащения Учреждения, его структурных подразделений.
3. Качество предоставления услуг и ведение документации специалистами административно-управленческого персонала.
4. Качество предоставления услуг и ведение документации специалистами приемного отделения.
5. Качество предоставления услуг и ведение документации специалистами отделения социальной реабилитации.
6. Качество предоставления услуг и ведение документации специалистами отделения диагностики и социальной адаптации.
7. Качество предоставления услуг и ведение документации специалистами отделения социально-правовой помощи.
8. Качество предоставления услуг и ведение документации специалистами хозяйственно-обслуживающими персонал.

УТВЕРЖДЕНО:

Директор КУ ВО «СПДП г. Воронежа»


Л.Н. Филатова /
«09» 01 2017 г.

*Приказ № 12-08
от 09.01.2017г.*

ПЛАН ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА

В КУ ВО «СПДП г. Воронежа» на 2017г.

Цель: проверка качества предоставления услуг.

№ п/п	Наименование мероприятия	Сроки	Проверяющий	Ответственный
1.	Проверка контроля качества предоставления услуг административно-управленческим персоналом	ежеквартально	Комиссия по внутреннему контролю	Директор
2.	Проверка контроля качества предоставления услуг отделением социальной реабилитации	ежеквартально	Комиссия по внутреннему контролю	Зав.отделением социальной реабилитации
3.	Проверка контроля качества предоставления услуг приемным отделением	ежеквартально	Комиссия по внутреннему контролю	Зав. приемным отделением
4.	Проверка контроля качества предоставления услуг отделением диагностики и социальной адаптации	ежеквартально	Комиссия по внутреннему контролю	Зам. директора по воспитательной работе

5.	Проверка контроля качества предоставления услуг отделением социально-правовой помощи.	ежеквартально	Комиссия по внутреннему контролю	Зав.отделением соц.-прав. помощи
6.	Проверка контроля качества предоставления услуг отделением организации питания.	ежеквартально	Комиссия по внутреннему контролю	Зам.директора по АХЧ
7.	Проверка контроля качества предоставления услуг хозяйственно-обслуживающий персонал	ежеквартально	Комиссия по внутреннему контролю	Зам.директора по АХЧ

Ознакомлена:

Зав.отделением социальной реабилитации

Зав.отделением соц.-прав. помощи

Зав. приемным отделением

Зам. директора по воспитательной работе

Зам.директора по АХЧ

 / Киселева
 / Тимофеев С.С.
 _____ / _____ /
 / Киселева /
 _____ / _____ /



Утверждено
Директором
КУ ВО «СПДП г. Воронежа»
Л.Н. Филатова /

Приказ № 12-02
От «09» 01 2017г.

ПОЛОЖЕНИЕ
по качеству обслуживания населения
в КУ ВО «СПДП г. Воронежа»

Основные разделы положения

1. Общие положения.
2. Нормативные документы, в соответствии с которыми функционирует учреждение.
3. Политика учреждения в области качества.
4. Социальные услуги, предоставляемые населению КУ ВО «СПДП г. Воронежа», подлежащих проверке на их соответствие государственным стандартам качества.
5. Система контроля качества.
6. Порядок проведения контроля качества.
7. Нормативно-методическая документация всех уровней.
8. Критерии оценки качества социальных услуг предоставляемых сотрудниками учреждения.

1. Общие положения

1.1 Настоящее **Положение по качеству обслуживания населения КУ ВО «СПДП г. Воронежа»** (далее – Положение по качеству) содержит общее описание системы качества применительно к КУ ВО «СПДП г. Воронежа» (далее – Учреждение), разъясняет политику учреждения в области качества, отражает организационную структуру системы качества, задачи и функции отделений Учреждения в области качества, проводит сведения о комплекте документов всех уровней, составляющих нормативно - методическую базу системы качества, устанавливает порядок внедрения, функционирования и контроля системы качества.

2. Нормативные документы, в соответствии с которыми функционирует учреждение

Нормативно-методическая база, регламентирующая качество оказываемых клиентам социальных услуг:

- Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан Российской Федерации»;
- Закон Воронежской области от 19.06.2015г. № 113-ОЗ «О регулировании отдельных отношений в сфере социального обслуживания граждан на территории Воронежской области»;
- Постановление Правительства Воронежской области от 12.12.2014г. №1152 «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг на территории Воронежской области»;
- Закон Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Федеральный закон от 21.12.1994 № 69-ФЗ «О пожарной безопасности»;
- Федеральный закон от 22.07.2008 № 123-ФЗ «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности»;
- ГОСТ Р 52142 - 2013 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг»;
- ГОСТ Р 52143 – 2013 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»;
- ГОСТ Р 52496 – 2005 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг»;
- ГОСТ Р 52497-2005 «Социальное обслуживание населения. Система качества учреждений социального обслуживания»;
- Устав Учреждения, Положение об отделениях, должностные инструкции сотрудников Учреждения;
- Планы внутреннего контроля по организации качества обслуживания населения в КУ ВО «СПДП г. Воронежа».
- График контроля качества обслуживания комиссии по внутреннему контролю качества предоставляемых социальных услуг в КУ ВО «СПДП г. Воронежа».
- Анализ качества оказываемых услуг населению требованиям национальных стандартов (конец года).

3. Политика Учреждения в области качества

3.1. Система качества Учреждения - это совокупность организационной структуры (с распределением ответственности работников и качество услуг), правил, методов обеспечения качества услуг, процессов предоставления услуг, ресурсов учреждения (людских, материально - технических,

информационных и др.), обеспечивающая осуществление административного руководства качества услуг.

3.2. Система качества Учреждения создается для достижения и поддержания уровня качества услуг, соответствующего предъявляемым к нему требованиям.

3.3. Система качества Учреждения является неотъемлемой частью общей системы управления деятельностью Учреждения по предоставлению социальных услуг.

3.4. Цель - предоставление клиентам социальных услуг с гарантированным стабильно высоким уровнем качества, соответствующим ожиданиям клиентов, снизить количество жалоб со стороны клиентов, нести ответственность перед клиентом за качество предоставляемых услуг.

3.5. Основные задачи, на решение которых направлена система качества:

3.5.1. Непрерывное совершенствование системы качества в соответствии с требованиями государственных стандартов, включая совершенствование механизмов управления учреждением, необходимых для обеспечения улучшения качества предоставляемых услуг.

3.5.2. Предотвращение или устранение любых несоответствий услуг предъявляемым к ним требованиям.

3.5.3. Доведение и разъяснение «Политики в области качества» до всех работников учреждения с целью вовлечения персонала в работу по улучшению качества предоставляемых услуг.

3.5.4. Совершенствование системы мотивации персонала на повышение профессиональной компетентности в работе и постоянное развитие профессиональных навыков.

3.5.5. Регулярный сбор, анализ данных о деятельности организации, а так же разработка, реализация и оценка результативности мероприятий по улучшению качества услуг.

3.6. Разработка и функционирование системы качества Учреждения базируется на следующих основных принципах:

3.6.1. Приоритетности требований (запросов) клиента по обеспечению качества социальных услуг, т.е. обеспечения уверенности клиента в том, что эти требования будут полностью реализованы при предоставлении социальных услуг.

3.6.2. Предупреждения проблем качества социальных услуг, т.е. обеспечения уверенности клиента в том, что эти проблемы будут предупреждаться и разрешаться после их возникновения.

3.8.1. Ответственность за политику в области качества несет директор Учреждения.

3.8.2. Директором Учреждения определены и доведены до сведения работников ответственность и полномочия с целью внедрения и поддержания в рабочем состоянии системы качества. Доказательством ознакомления работников с ответственностью и полномочиями в области качества являются личная подпись в листке ознакомления Положения по качеству.

3.9. Ответственность отделений, непосредственно участвующих в предоставлении социальных услуг и отделений, обеспечивающих их предоставление.

3.9.1. Заведующий отделением несет ответственность за:

- а) некачественное и несвоевременное выполнение задач, возложенных на отделение;
- б) несоблюдение и не выполнение федеральных, краевых муниципальных нормативных правовых актов;
- в) состояние трудовой и исполнительской дисциплины в отделении;
- г) невыполнение возложенных на отделение обязанностей, плановых и нормативных показателей работы отделения;
- д) несоблюдение сотрудниками отделения санитарно-эпидемиологического, противопожарного режимов, правил техники безопасности и правил внутреннего трудового распорядка Учреждения;
- е) совершенные в процессе осуществления своей деятельности правонарушения в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством РФ;
- ж) причинение материального ущерба в пределах, определенных действующим трудовым, уголовным и гражданским законодательством РФ;
- з) разглашение конфиденциальной информации о гражданах, находящихся на обслуживании в Учреждении.

3.10. В состав Учреждения входят следующие структурные подразделения:

1. Административно-управленческий персонал
2. Отделение социальной реабилитации
3. Приемное отделение
4. Отделение диагностики и социальной адаптации
5. Отделение социально-правовой помощи
6. Отделение организации питания
7. Хозяйственно-обслуживающий персонал

**План работы по контролю основных факторов,
влияющих на качество услуг, предоставляемых КУ ВО «СПДП г.
Воронежа»**

№ п/п	Основные факторы контроля	Периодичность осуществления контроля	Ответственный
1.	Наличие и состояние документов. Нормативно-правовая база учреждения	По мере изменения правовых документов, регламентирующих деятельность Центра	Директор, зам. директора, гл. бухгалтер, зав. отделениями
2.	Условия размещения учреждения (текущее содержание)	Постоянно	Директор, гл. бухгалтер,
3.	Укомплектованность учреждения специалистами	Постоянно	Директор, Инспектор по кадрам
4.	Специальное и техническое оснащение (программа производственного контроля)	Постоянно	Директор
5.	Состояние информации об учреждении, правила и порядок предоставления услуг	Постоянно	Директор, зам. директора, зав. отделениями
6.	Внутренняя служба контроля за деятельностью учреждения	По утвержденному графику	Директор, зам. директора, зав. отделениями

**4. Социальные услуги, предоставляемые населению КУ ВО «СПДП г.
Воронежа», подлежащих проверке на их соответствие государственным
стандартам качества**

В КУ ВО «СПДП г. Воронеж» оказываются следующие социальные услуги:

4.1. Социально-бытовые услуги.

- предоставление площади жилых помещений согласно утвержденным нормативам;
- обеспечение мягким инвентарем (одеждой, обувью, нательным бельем и постельными принадлежностями) согласно утвержденным нормативам, в том числе обеспечение получателя социальных услуг при выбытии из организации социального обслуживания одеждой, обувью;
- организация досуга и отдыха, в том числе книгами, журналами, настольными играми;
- обеспечение питанием, согласно утвержденным нормативам;

- предоставление получателям социальных услуг возможности свободного посещения их законными представителями, а также родственниками и другими лицами в рабочее время учреждения;
- предоставление получателям социальных услуг возможности пользоваться услугами связи, в том числе информационно-телекоммуникационной сетью «Интернет»;
- обеспечение сохранности личных вещей и ценностей получателей социальных услуг;
- предоставление в пользование мебели;
- предоставление транспорта для поездок получателей социальных услуг к местам лечения, обучения, консультаций и участия в культурно — досуговых мероприятиях, если по состоянию здоровья им противопоказано пользоваться общественным транспортом;
- уборка жилых помещений.

4.2. Социально-медицинские услуги.

- выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья получателей социальных услуг (измерение температуры тела, контроль за приемом лекарств и другие);
- проведение оздоровительных мероприятий;
- систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья;
- проведение занятий, обучающих здоровому образу жизни;
- уход, первичная медико-санитарная помощь, в том числе при стоматологических заболеваниях, предоставляемая в организации социального обслуживания;
- содействие в оказании медицинской помощи в государственных медицинских организациях Воронежской области.

4.3. Социально-психологические услуги.

- социально-психологическое консультирование, в том числе по вопросам внутрисемейных отношений;
- психологическая помощь и поддержка несовершеннолетним, в том числе их законным представителям, в том числе психологические тренинги;
- социально-психологический патронаж;
- оказание консультационной психологической помощи анонимно, в том числе с использованием телефона доверия.

4.4. Социально-правовые услуги.

- услуги по защите прав и законных интересов получателей социальных услуг в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

- оказание помощи в оформлении и восстановлении документов получателей социальных услуг;
- оказание помощи в вопросах, связанных с предоставлением социальных выплат;
- содействие в осуществлении мер социальной поддержки, установленных законодательством Российской Федерации;
- обеспечение представительства в суде для защиты прав и интересов.

4.5. Социально-педагогические услуги.

- социально-педагогическая коррекция, включая диагностику и консультирование;
- формирование позитивных интересов (в том числе в сфере досуга) у получателей социальных услуг;
- организация досуга (праздники, экскурсии и другие культурные мероприятия).

4.6. Социально-экономические услуги.

- направлены на предоставление клиентам продуктов питания, средств санитарии и гигиены, средств ухода, одежды, обуви и других предметов первой необходимости, топлива, а также специальных транспортных средств, технических средств реабилитации.

5. Система контроля качества

В учреждении действует 4-х уровневая система контроля за деятельностью подразделений и отдельных сотрудников в области качества предоставления услуг:

- 1) Самоконтроль сотрудника структурного подразделения;
- 2) Контроль руководителя структурного подразделения;
- 3) Работа комиссии по внутреннему контролю качества социальных услуг оказываемых подразделением;
- 4) Система внезапных проверок.

Наличие 4-уровневой 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.

5.1. 1-й уровень. Система самоконтроля заключается в ежедневном систематическом контроле качества услуг внутри каждого структурного подразделения.

5.2. 2-й уровень. Контроль руководителя структурного подразделения осуществляется в соответствии с ежегодно составляемым планом не реже 1 раза в месяц. Целью контроля качества руководителем, является контроль полноты и своевременности оказания социальных услуг сотрудниками подразделения и их качества.

5.3. 3-й уровень. Целью деятельности комиссии является контроль за реализацией политики учреждения в области качества оказания социальных услуг. Система плановых проверок осуществляется комиссией, состав которой утвержден приказом директора. Плановая проверка может использовать многофункциональный подход: тематический, фронтальный, сравнительный. Плановая проверка проводится согласно плану работы учреждения в области контроля качества

5.4. 4-й уровень. Внезапные проверки осуществляются по устному указанию директора в случае нестандартной или конфликтной ситуации. Внезапная проверка направлена на изучение ситуации и выработку плана по улучшению работы учреждения.

5.5. Основными критериями проверок являются:

- соответствие предоставляемых услуг государственным стандартам и другим нормативным документам в области социального обслуживания;
- наличие и состояние документов, в соответствии с которым функционирует подразделение (положение об отделении, правила, инструкции, методики работы с клиентами, эксплуатационные документы на оборудование, приборы, аппаратуру, государственные стандарты социального обслуживания);
- укомплектованность отделения специалистами и сотрудниками соответствующей квалификации;
- наличие информации об отделении, порядке и правилах предоставления услуг;
- техническое оснащение отделения.

6. Порядок проведения контроля качества

6.1. Система самоконтроля

6.1.1. Каждый руководитель структурного подразделения разрабатывает и утверждает у директора Учреждения план работы подразделения, включая в него мероприятия самоконтроля.

6.1.2. Каждый заведующий отделением разрабатывает и утверждает у директора учреждения план работы подразделения, с целью контроля качества предоставляемых услуг.

6.1.3. Руководители других структурных подразделений организуют мероприятия по контролю качества предоставления услуг в течение года по утвержденному графику.

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

6.2.2. Руководитель структурного подразделения контролирует:

- реализацию плана работы подразделения;
- выполнение объема работ сотрудниками подразделения в соответствии с инструкциями и стандартами по предоставлению социальных услуг;
- правильность и своевременность ведения документации;
- проводит анализ деятельности подразделения;
- результаты проверок фиксируются в Журнале по контролю качества.

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

6.3.1. Служба контроля 3-го уровня возглавляется директором Учреждения, состав комиссии ежегодно утверждается приказом директора Учреждения.

6.3.2. Служба осуществляет плановую проверку каждого структурного подразделения не реже, чем 1 раз в месяц согласно плану проверок качества работы.

6.3.3. Вопросы для проведения проверок разрабатываются комиссией по контролю качества предоставляемых социальных услуг в КУ ВО «СПДП г. Воронежа» и утверждаются директором Учреждения индивидуально для каждой проверки.

6.3.4. Конкретный список вопросов проверки с указанием сроков ее проведения вручается для ознакомления заведующему отделением, которое подлежит проверке, за один день до ее начала под роспись.

6.3.5. После окончания проверки служба контроля 3-го уровня в течение 10 дней документально оформляет результаты проверки, составляет перечень выявленных недостатков и знакомит с ним руководителя проверяемого отделения под роспись.

6.3.6. Руководитель подразделения в 10-тидневный срок на основании справок и рекомендаций разрабатывает и согласовывает с директором Учреждения план мероприятий по устранению недостатков, с указанием ответственных лиц и сроков их выполнения.

6.3.7. Для повышения эффективности проверок, направленных на контроль качества выполнения услуг и их соответствие государственным стандартам, список клиентов для проведения опроса определяется путем случайного выбора.

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

6.4.1. Служба контроля 4-го уровня возглавляется директором Учреждения.

6.4.2. Внезапная проверка осуществляется для изучения ситуации и выработки плана по улучшению работы учреждения в случае нестандартной или конфликтной ситуации, запросов правоохранительных органов.

6.4.3. Внеплановые проверки проводятся в присутствии заведующего отделением, или без него в течение 3 дней с момента возникновения нестандартной или конфликтной ситуации.

6.4.4. После окончания проверки служба контроля 4-го уровня в течение 3 дней документально оформляет результаты проверки, составляет перечень выявленных недостатков и знакомит с ним руководителя проверяемого отделения под роспись. Заведующий отделением направляет письменный ответ клиенту, от которого поступила жалоба или претензия в течение 15 дней, за подписью директора.

6.4.5. Руководитель подразделения в 10-тидневный срок на основании справок и рекомендаций разрабатывает и согласовывает с директором Учреждения план мероприятий по устранению недостатков с указанием ответственных лиц и сроков их выполнения.

7. Нормативно-методическая документация всех уровней

7.1. В комплект документов учреждения, необходимый для организации работы системы контроля качества входит:

7.1.1. Положение по организации работы системы качества, утвержденное приказом директором Учреждения.

7.1.2. Приказ о создании службы контроля за деятельностью подразделений и отдельных сотрудников по оказанию социальных услуг и их соответствие государственным стандартам социального обслуживания.

7.1.3. Положение по качеству обслуживания.

7.1.4. Годовой план работы учреждения в области качества.

7.1.5. Графики плановых проверок.

7.1.6. Справка о проверке качества услуг.

7.1.7. План мероприятий по устранению недостатков (если таковые выявлены).

7.1.8. Журнал контроля качества.

7.1.9. Годовой анализ работы учреждения (по отделениям) в области качества предоставления услуг.

7.2. В комплект документов каждого структурного подразделения Учреждения, необходимый для организации работы системы контроля качества, входит:

7.2.1. План работы подразделения, включающий мероприятия в области контроля качества.

7.2.2. График контроля качества отделения.

7.2.3. План мероприятий по устранению недостатков (если таковые выявлены).

7.2.4. Справка о проверке качества услуг.

7.2.5. Журнал контроля качества работы сотрудников.

7.2.6. Положение об отделении.

7.2.7. Должностные инструкции.

7.2.8. Правила, инструкции, методики работы с клиентами.

7.2.9. Государственные стандарты социального обслуживания.

7.2.10. Годовой анализ работы в области контроля качества предоставления услуг.

8. Критерии качества социальных услуг, предоставляемых сотрудниками учреждения

Критерии	Содержание контроля	Методы и приемы контроля
Полнота оказываемых услуг	<ul style="list-style-type: none">- количество оказываемых услуг клиентам соц. работником;- спектр соц. услуг (гарантированных и дополнительных);- количество услуг, оказанных соц. работником 1 клиенту в день, в месяц;- количество услуг, оказанных соц. работником клиентам, в одно посещение (гарантированных и дополнительных);- соответствие фактически оказываемых услуг требованиям гос. стандартам Воронежской области, по объему и содержанию;- удовлетворенность клиентов набором и качеством предоставляемых соц. услуг.	<ul style="list-style-type: none">- анализ документации (отчеты, журнал соц. работника, журналы посещений, находящиеся у клиентов;- беседа с клиентами.

<p>Своевременность и обоснованность оказания услуг</p>	<ul style="list-style-type: none"> - соблюдение графика посещения клиентов социальным работником и его согласованность с клиентами; - оперативность выполнения услуг; - своевременное обеспечение лекарственными препаратами, вызов врача на дом; - содействие в получении экстренной психологической помощи; - продолжительность выполнения услуги. 	<ul style="list-style-type: none"> - анализ графика посещения, журнала (дневника) соц.работника, журнала посещений у клиентов; - беседа с клиентами; - наблюдение за работой соц.работника в процессе оказания клиенту соц.услуг.
<p>Эффективность (результативность) оказания соц.услуг</p>	<ul style="list-style-type: none"> - удовлетворенность клиентов получаемыми услугами (степень улучшения психоэмоционального, физического состояния клиента, решение его правовых, бытовых и других проблем); - соблюдение соц.работником при взаимодействии с клиентом принципов: гуманности, милосердия, доброжелательности, справедливости, объективности; навыков общения: терпение, выдержка, умение снять напряжение, умение создавать и развивать доверительные отношения, умение обсуждать острые проблемы в позитивном эмоциональном настрое, умение улаживать отношения между конфликтующими сторонами; - качественное выполнение соц. работником услуг; - социально-бытовых; - социально-медицинских услуг; - социально-психологических услуг; - социально-педагогические; - социально-экономические; - социально-правовых услуг; - эффективность помощи оценивается тем, в какой степени она способствовала своевременному и объективному решению стоящих перед клиентами социально-правовых услуг. 	<ul style="list-style-type: none"> Изучение документов, отражающих эффективность выполнения услуг; - визуальный осмотр санитарного состояния жилого помещения клиента; - наблюдение за работой соц.работника в процессе оказания соц.услуг клиенту; - анкетирование.