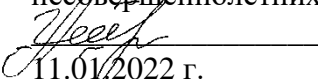


УТВЕРЖДАЮ:  
Директор ГБУ «Центр социальной  
реабилитации и оздоровления  
несовершеннолетних»  
 А.М. Чараева  
11.01/2022 г.

## **ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**

### **1. Общие положения.**

1.1. Политика ГБУ «Центр социальной реабилитации и оздоровления несовершеннолетних» в области качества предоставляемых социальных услуг (далее – Политика) представляет собой основные цели, задачи и принципы деятельности учреждения в области качества социальных услуг, документально оформленные и принятые к обязательному выполнению и разработана в соответствии с:

Федеральным законом от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

Федеральным законом от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52495-2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения»;

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52881-2007 «Социальное обслуживание населения. Типы учреждений социального обслуживания семьи и детей»;

Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 52882-2007 «Социальное обслуживание населения. Специальное техническое оснащение учреждений социального обслуживания»;

Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 52883-2007 «Социальное обслуживание населения. Требования к персоналу учреждений социального обслуживания»;

Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 53060-2008 «Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания»;

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52142-2013 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения»;

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52885-2013 «Социальное обслуживание населения. Социальные услуги семье»;

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 53063-2014 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг семье»;

Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 52497-2020 «Социальное обслуживание населения. Система обеспечения качества учреждений социального обслуживания»;

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52143-2021 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»;

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52888-2021 «Социальное обслуживание населения. Социальные услуги детям».

1.2. Работа учреждения в области качества социальных услуг направлена на полное удовлетворение нужд получателей социальных услуг, непрерывное повышение качества социальных услуг и эффективность социальной адаптации и реабилитации граждан, признанных нуждающимися в социальном обслуживании.

### **2. Цели политики в области качества.**

- 2.1. Обеспечение постоянного удовлетворения получателей социальных услуг предоставляемыми услугами;
- 2.2. Повышение качества услуг и эффективности (результативности) их предоставления;
- 2.3. Принятие профилактических мер по предупреждению или урегулированию претензий и жалоб получателей социальных услуг.

### **3. Основные задачи деятельности учреждения в области качества.**

- 3.1. Осуществление эффективного контроля за техническими, организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых услуг;
- 3.2. Предотвращение или устранение любых несоответствий услуг, предъявляемым к ним требованиям;
- 3.3. Обеспечение стабильного уровня качества услуг.

### **4. Основные принципы деятельности учреждения в области качества.**

- 4.1. Приоритетность требований (запросов) получателей социальных услуг по обеспечению качества услуг, то есть обеспечения уверенности в том, что эти требования (запросы) будут полностью реализованы при предоставлении услуг;
- 4.2. Предупреждение проблем качества услуг, то есть обеспечение уверенности в том, что эти проблемы будут предупреждаться, а не выявляться и разрешаться после их возникновения;
- 4.3. Соблюдение положений нормативных документов, регламентирующих требования к порядку и правилам предоставления услуг;
- 4.4. Обеспеченность 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.);
- 4.5. Четкое распределение полномочий и ответственности персонала за его деятельность по предоставлению услуг, влияющую на обеспечение их качества;
- 4.6. Личная ответственность руководителя 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;
- 4.7. Обеспечение личной ответственности каждого исполнителя за качество услуг в сочетании с материальным и моральным стимулированием качества;
- 4.8. Документальное оформление правил и методов обеспечения качества услуг;
- 4.9. Обеспечение понимания всеми сотрудниками Центра требований системы качества к политике в области качества.

### **5. Нормативно-методическая база системы контроля качества.**

5. В комплект документов учреждения, необходимый для организации работы системы контроля качества входит:
  - 5.1. Руководство по социальному обслуживанию.
  - 5.2. Приказы в области контроля качества (об утверждении политики в области качества предоставления услуг, о создании службы контроля за деятельностью подразделений и отдельных сотрудников по оказанию социальных услуг и их соответствию требованиям нормативных документов).
  - 5.3. План работы учреждения в области контроля качества.
  - 5.4. График контроля структурных подразделений учреждения.
  - 5.5. Перечень вопросов для проведения проверок.
  - 5.6. Анализ работы учреждения в области контроля качества предоставления услуг.

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

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

5.9. График контрольных проверок.

5.10. План мероприятий по устранению недостатков (если такие выявлены).

5.11. Журнал контроля качества отделения.

5.12. Положение об отделении.

5.13. Правила, инструкции, методики работы с клиентами.

5.14. Порядок предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания поставщиками социальных услуг в Чеченской Республике.

5.15. Годовой анализ работы отделения, включающий анализ в области контроля качества предоставляемых услуг.

## **6. Организация работы системы качества**

6.1. Система качества услуг учреждения создана для достижения и поддержания уровня качества услуг, соответствующего предъявленным к нему требованиям.

6.2. Система качества услуг учреждения является неотъемлемой частью общей системы управления деятельностью учреждения по предоставлению социальных услуг.

6.3. Система качества учреждения предназначена для создания необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей получателей социальных услуг, обеспечения повышения эффективности и качества социальных услуг на всех стадиях их предоставления с целью предупреждения возможных отклонений от заданных требований к этим услугам, обеспечения репутации учреждения как надежного и порядочного исполнителя услуг.

6.4. В учреждении действует 3-х уровневая система контроля за деятельностью подразделений и отдельных сотрудников в области качества предоставляемых услуг, а так же в части контроля факторов, влияющих на качество предоставляемых услуг:

- Система плановых проверок структурных подразделений;
- Система плановых проверок отдельных работников (соц. работники, мед. сестры);
- Система самоконтроля.

6.5. Наличие 3-х уровневой системы контроля способствует соблюдению принципа предупреждения проблем качества услуг, профилактике возможных нарушений в области качества предоставления услуг.

6.6. Плановые проверки за деятельностью подразделений по оказанию социальных услуг и их соответствием требованиям нормативных правовых актов осуществляются службой контроля 1-го уровня.

6.7. Плановые проверки за деятельностью отдельных работников (соц. работники, мед. сестры) осуществляются службой контроля 2-го уровня.

6.8. Система самоконтроля заключается в ежедневном систематическом контроле качества услуг внутри каждого структурного подразделения.

6.9. Основными направлениями проверок являются:

- Соответствие предоставляемых услуг требованиям нормативных правовых актов 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.

6.10. При оценке качества социальных услуг используют следующие основные критерии:

а) Полнота предоставления услуги в соответствии с требованиями законодательства РФ и законодательства Чеченской Республики, в том числе с учетом объема предоставляемой социальной услуги, сроков предоставления социальной услуги;

б) Своевременность предоставления социальной услуги, в том числе с учетом степени нуждаемости получателя социальных услуг;

в) Результативность (эффективность) предоставления социальной услуги (улучшение условий жизнедеятельности получателя социальных услуг);

г) Удовлетворенность качеством и доступностью социальных услуг.

д) Наличие обоснованных жалоб получателя социальных услуг.

## **7. Порядок внедрения и функционирования системы контроля качества (служб контроля).**

7.1. **Службу контроля 1-го уровня** составляет специально созданная комиссия по контролю, которая возглавляется заместителем директора учреждения. Состав комиссии утверждается приказом директора учреждения.

7.2. Служба осуществляет плановую проверку каждого структурного подразделения не реже, чем 1 раз в год по утвержденному графику.

7.3. Общий список вопросов для проведения проверок разрабатывается заместителем директора и утверждается директором учреждения.

7.4. Конкретный план проведения проверки с указанием сроков ее проведения вручается для ознакомления заведующему отделением, которое подлежит проверке, в день ее начала под роспись.

7.5. После окончания проверки, служба контроля 1-го уровня в течение 10 дней, документально оформляет результаты проверки, составляет перечень выявленных недостатков и знакомит с ним руководителя проверяемого отделения под роспись.

7.6. Результаты проверки заносятся в Журнал контроля качества структурных подразделений (приложение № 1).

7.7. Руководитель подразделения в 5-тидневный срок разрабатывает и согласовывает с заместителем директора учреждения план мероприятий по устранению недостатков, с указанием ответственных и сроков выполнения.

7.8. **Служба контроля 2-го уровня** состоит из руководителей структурных подразделений.

7.9. Руководители структурных подразделений, осуществляют проверки каждого работника отделения не реже, чем 1 раз в год по утвержденному графику.

7.10. Общий список вопросов для проведения проверок разрабатывается руководителями структурных подразделений и утверждается директором учреждения.

7.11. Конкретный план проведения проверки с указанием сроков ее проведения вручается для ознакомления работнику отделения, который подлежит проверке, в день ее начала под роспись.

7.12. После окончания проверки, заведующая отделением в течение 5 дней, документально оформляет результаты проверки, составляет перечень выявленных недостатков и знакомит с ними работника отделения под роспись.

7.13. Результаты проверки заносятся в Журнал контроля качества отделения (приложение № 2).

7.14. Руководитель в 5-тидневный срок разрабатывает мероприятия по устранению недостатков, с указанием сроков их выполнения.

7.15. **Самоконтроль** проводится каждым работником учреждения на предмет ежедневной оценки качества оказанных социальных услуг с целью удовлетворения потребностей получателя социальных услуг, выполнения индивидуальной программы оказания социальных услуг. Выявленные отклонения устраняются на месте, о чем информируется заведующий отделением.

## **8. Ответственность.**

### 8.1. Руководитель учреждения:

- несет полную ответственность за политику в области качества услуг, представляющую собой задачи, основные направления и цели учреждения в области качества;
- должен обеспечить разъяснение и доведение этой политики до всех структурных подразделений и сотрудников учреждения, четко определить полномочия, ответственность и взаимодействие всего персонала учреждения, осуществляющего руководство, исполнение и контроль деятельности, влияющей на качество услуг.

### 8.2. Ответственное лицо за систему качества:

- несет ответственность за надлежащее выполнение требований, установленных нормативными правовыми актами, полномочия для обеспечения разработки системы качества, её внедрения и поддержания в рабочем состоянии; организации и проведения проверок системы качества;
- представления отчетов руководителю учреждения о функционировании системы качества с целью ее анализа и использования полученных результатов как основы для совершенствования этой системы.

8.3. Ответственность за обеспечение качества услуг в каждом подразделении несет заведующий отделением.

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

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к Политике ГБУ «Центр социальной  
реабилитации и оздоровления  
несовершеннолетних» в области  
качества предоставляемых  
социальных услуг

**Форма журнала контроля качества в структурных подразделениях**

№ п/п	Дата проведения контроля	Наименование контролируемого структурного подразделения/д олжностного лица	Правовы е основан ия, цель контроля	Результ а контроля (№ и дата составле ния акта)	Примеча ние (при необход имости указыва ются сроки повторн ого контроля )	ФИО должност ного лица, отвечаю щего за организа цию и проведе ние контроля , подпись	ФИО долж ностн ого лица, получ ившег о акт, подпи сь

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2  
к Политике ГБУ «Центр социальной  
реабилитации и оздоровления  
несовершеннолетних» в области  
качества предоставляемых  
социальных услуг

**Форма журнала контроля качества в отделении**

№ п/п	Дата проведения контроля	Наименование контролируемого структурного подразделения/д олжностного лица	Правовы е основан ия, цель контроля	Результа ты контроля (№ и дата составле ния акта)	Примеча ние (при необход имости указыва ются сроки повторн ого контроля )	ФИО должностного лица, отвечаю щего за организа цию и проведен ие контроля , подпись	ФИО должностного лица, получ ившего акт, подпи сь