

**РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ  
ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

директор ОАУСО «Валдайский ПНИ «Добывалово»

\_\_\_\_\_ Сергиенко Р.М.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Положение  
о системе внутреннего контроля**

**Общие положения**

**Положение разработано в соответствии с законодательством РФ и национальными стандартами обслуживания населения:**

**Федерального закона от 28.12.2013 N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации"**

**Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 "О защите прав потребителей";**

**ГОСТ Р 52142-2003 "Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения"** принят и введен в действие постановлением Государственного комитета Российской Федерации по стандартизации и метрологии (далее Госстандарт) от 24 ноября 2003 года № 326-ст;

**ГОСТ Р 52143-2003 "Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг"** принят и введен в действие постановлением Госстандарта от 24 ноября 2003 года № 327-ст;

**ГОСТ Р 52497-2005 "Социальное обслуживание населения. Система качества учреждений социального обслуживания"** утвержден и введен в действие приказом Ростехрегулирования от 30 декабря 2005 года № 534-ст;

**ГОСТ Р 52496-2005 «Контроль качества социальных услуг»** дата введения 2007-01-01

**ГОСТ Р 52884-2007 «Порядок и условия предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам»** утверждён и введён в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 декабря 2007 г. № 562-ст

**ГОСТ Р 52883-2007** "Социальное обслуживание населения. Требования к персоналу учреждений социального обслуживания" утвержден и введен в действие приказом Ростехрегулирования от 27 декабря 2007 года № 561-ст.

**Государственный стандарт** стационарного социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Новгородской области, утверждён Постановлением Администрации Новгородской области от 22.04.2009 года №122

**Положение устанавливает требования к системе качества в ОАУСО «Валдайский ПНИ «Добывалово» (далее - учреждения), предоставляющего социальные услуги (далее - услуги) в соответствии с Уставом.**

**Положение разработано с целью его использования применительно к специфике деятельности учреждения.**

## **1. Требования к системе качества учреждения**

1.1. **Под системой качества** учреждения понимают совокупность его организационной структуры с распределением ответственности сотрудников за качество услуг, правил, методов обеспечения качества услуг, процессов предоставления услуг, ресурсов учреждения (людских, материально-технических, информационных и других), обеспечивающую осуществление административного руководства качеством услуг.

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

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

1.4. Система качества учреждения предназначена для создания необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей клиентов, повышения эффективности и качества 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.

1.5. Под внутренним контролем понимается сформированный и введенный руководством учреждения *непрерывно действующий процесс*, встроенный в деятельность учреждения с целью *обоснованного и достаточного выполнения задач, определённых Уставом учреждения.*

## **2. Основные задачи системы качества**

**Основными задачами**, на решение которых направлена система качества учреждения, 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 стабильного уровня качества услуг;
- ♣ анализ системы внутреннего контроля учреждения, позволяющий выявить существенные аспекты, влияющие на её эффективность;
- ♣ решение других задач, отражающих специфику деятельности учреждения.

## **3. Разработка и функционирование системы качества**

3.1. Разработка и функционирование системы качества учреждения базируются на

следующих **основных принципах**:

- ▲ приоритетности требований (запросов) клиента по обеспечению качества услуг, то есть обеспечения уверенности в том, что эти требования (запросы) будут полностью реализованы при предоставлении услуг;
- ▲ предупреждения проблем качества услуг, то есть обеспечения 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, внутренний контроль осуществляется в порядке, установленном законодательством РФ, путём применения методов, обеспечивающих получение полной и достоверной информации;
- ▲ обеспеченности учреждения соответствующими людскими, материально-техническими и другими ресурсами (базовой и оперативной информацией, технической документацией, данными о результатах предоставления услуг и их контроля, итогах оценки качества и др.);
- ▲ 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, разработку, внедрение и контроль эффективности системы качества, за определение политики в области качества, организацию и общее руководство работами по обеспечению качества;
- ▲ обеспечение личной ответственности каждого исполнителя за качество услуг в сочетании с материальным и моральным стимулированием качества;
- ▲ документального оформления правил и методов обеспечения качества услуг;
- ▲ обеспечения понимания всеми сотрудниками учреждения требований системы качества к политике в области качества;

#### **4. Основные факторы, влияющие на качество услуг, и порядок их использования при формировании системы качества учреждений**

4.1. При формировании системы качества учреждения (при определении политики учреждения в области качества, разработки документации системы качества, организации работ по качеству) учитывается **ряд факторов** (критериев) различного характера, которые в значительной мере влияют на качество предоставляемых в учреждении услуг.

Правильный учет этих факторов, их использование при разработке соответствующих документов системы качества и в практической деятельности учреждения будут способствовать повышению качества услуг.

##### **4.2. Основными факторами являются:**

4.2.1. *Наличие и состояние документации*, в соответствии с которой функционирует учреждение;

4.2.2. *Условия размещения учреждения*;

4.2.3. *Укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация*;

4.2.4. *Специальное и табельное техническое оснащение учреждения* (оборудование, приборы, аппаратура и т. д.);

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

##### **4.2.1. В состав документации входят:**

- ▲ **Лицензия** с приложениями на осуществление деятельности;
- ▲ **Учредительные документы**: Устав учреждения, включающий в себя сведения о предназначении учреждения, порядке его формирования, содержания, 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 вопросах; изменения в Устав, документы о государственной регистрации изменений, решение собрания учредителя

- ▲ **Положение о Совете учреждения**
- ▲ **утверждённое штатное расписание**
- ▲ **утверждённая номенклатура дел системы качества**
- ▲ **Локальные нормативные акты, регламентирующие предоставление социальных услуг;**
- ▲ **Коллективный договор между учреждением и работниками**
- ▲ **Сведения об аттестации рабочих мест;**
- ▲ **Квалификационные сведения специалистов, план повышения квалификации сотрудников;**
- ▲ **Правила внутреннего трудового распорядка;**
- ▲ **Документация по аттестации специалистов;**
- ▲ **Документы подтверждающие наличие права собственности, распоряжения оборудованием, техникой, необходимых для выполнения разрешённых работ и услуг;**
- ▲ **Документация на имеющееся оборудование, сертификаты качества;**
- ▲ **Заключение органов государственной противопожарной службы МЧС о разрешении размещения учреждения;**
- ▲ **Документация проверок внутреннего контроля качества (акты, планы, анкеты, графики, инструкции и.т.д.)**
- ▲ **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.;
- ▲ **должностные и рабочие 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 социального обслуживания** населения в Российской Федерации, составляющие нормативную основу практической работы учреждения в области предоставляемых клиентам социальных услуг.

Указанные документы составляют основу документации системы качества учреждения. В процессе формирования системы качества они могут быть при необходимости откорректированы с целью приведения их содержания в соответствие с требованиями, предъявляемыми к ним как к части документации системы качества. **Приложение №7**

#### **4.2.2. Условия размещения учреждения**

*Условия размещения* учреждения, обеспечивающие его эффективную работу:

- ▲ учреждение и его структурные подразделения размещаются в специально предназначенном здании (зданиях) или помещениях, доступных для всех категорий обслуживаемых граждан, в том числе для инвалидов и других маломобильных групп

населения. Помещения обеспечиваются всеми средствами коммунально-бытового обслуживания и оснащаются телефонной связью;

- ▲ по размерам и состоянию помещения отвечают требованиям санитарно-гигиенических норм и правил, безопасности труда и защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенные температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, загазованность, шум, вибрация и т. д.);
- ▲ площадь, занимаемая учреждением, позволяет нормальное размещение персонала, клиентов и предоставление им услуг.

Система качества учреждения предусматривает меры, направленные на создание или поддержание упомянутых условий, а при необходимости и возможности - на их улучшение.

#### **4.2.3. Вопросы укомплектованности учреждения специалистами**

Вопросы укомплектованности учреждения специалистами и их квалификация также являются в системе качества одним из важнейших факторов, влияющих на качество услуг.

В числе таких вопросов, *подлежащих контролю*:

- ▲ полная 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 учебой на курсах переподготовки и повышения квалификации или иными способами;
- ▲ 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 моральных и морально-этических качеств, чувства ответственности и необходимости руководствоваться в своей работе с клиентами принципами гуманности, справедливости, объективности и доброжелательности, учитывая их физическое и психическое состояние;
- ▲ принятие мер к недопущению разглашения сотрудниками учреждения сведений личного характера о клиентах, ибо эти сведения составляют служебную тайну и за их разглашение виновные несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

#### **4.2.4. Оснащение специальным и табельным оборудованием:**

Для качественного предоставления услуг учреждение оснащается специальным и табельным оборудованием, аппаратурой и приборами, отвечающими требованиям соответствующих стандартов, технических условий, других нормативных документов и обеспечивающими надлежащее качество предоставляемых услуг.

Поэтому в системе качества учреждения предусмотрены *мероприятия*, направленные на то, чтобы:

- ▲ оборудование, приборы и аппаратура использовались строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию, содержались в технически исправном состоянии, которое систематически бы проверялось;
- ▲ неисправное оборудование, приборы и аппаратура, дающие при работе сомнительные результаты, своевременно снимались с эксплуатации, заменялись или ремонтировались (если они подлежат ремонту), а пригодность отремонтированных подтверждалась их проверкой.

#### **4.2.5. Вопросы информации:**

Вопросы информации являются составной частью системы качества учреждения, так как без правильно организованной информационной работы невозможно обеспечить качество предоставляемых услуг, соответствующее запросам и нуждам клиентов.

Состояние информации об учреждении и правилах предоставления им услуг должно соответствовать требованиям Федерального закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

##### Требования к информации:

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 (в соответствии с Федеральным законом «О защите прав потребителей») включает в себя:

- перечень основных услуг, предоставляемых учреждением;
- характеристику каждой услуги, область ее предоставления и затраты времени на ее предоставление;
- взаимосвязь между качеством услуги, условиями ее предоставления и стоимостью;
- возможность получения оценки качества услуги со стороны клиента;
- установление взаимосвязи между предложенной услугой и реальными потребностями клиента;
- правила и условия эффективного и безопасного использования услуг;
- гарантийные обязательства учреждения - исполнителя услуг;

в) информация должна быть достоверной и полной. Если предоставление недостоверной или недостаточно полной информации об услуге повлекло причинение вреда жизни, здоровью или имуществу клиента социальной службы (вследствие производственных, рецептурных и иных недостатков услуги), он вправе предъявить учреждению требования о возмещении причиненного вреда. *Приложение № 4*

### **5. Документальное оформление системы качества**

5.1. Система качества оформляется в виде комплекта документов, приложений к настоящему Положению (руководств, положений, инструкций, методики т.д.), в которых устанавливаются требования к системе качества учреждения в целом и к ее составным частям.

Документация может быть любой формы и на любом носителе.

5.2. Документация системы качества оформляется как составная часть всей документации учреждения и утверждается в директором установленном порядке.

5.3. Основным документом системы качества учреждения является настоящее Руководство по качеству.

### **6. Политика в области качества**

6.1. Ответственность за политику в области качества несет руководитель учреждения.

Он обеспечивает разъяснение и доведение этой политики до всего персонала учреждения, четко определяет полномочия, ответственность и порядок взаимодействия всего персонала учреждения, осуществляющего руководство, исполнение услуг и контроль деятельности, влияющей на качество услуг.

6.2. В формировании политики в области качества принимают участие заместители директора, все руководители структурных подразделений, специалисты.

6.3. Политика учреждения в области качества охватывает все направления его деятельности, соответствует потребностям и запросам клиентов, способствует улучшению социальных и экономических показателей учреждения, постоянному улучшению качества

обслуживания клиентов.

6.4. Политика учреждения в области качества внедряется во всех структурных подразделениях учреждения и регулярно подвергается анализу на предмет ее постоянной актуальности и пригодности.

6.5. Для выполнения принятой учреждением политики в области качества перед подразделениями и службами учреждения ставятся задачи на конкретные плановые периоды и при необходимости своевременно уточняются и корректируются руководством учреждения.

6.6. В учреждении проводятся мероприятия, обеспечивающие понимание, поддержку и реализацию политики в области качества всеми сотрудниками учреждения.

## **7. Организационная структура системы качества**

Организационная структура системы качества представлена в виде схемы с необходимым пояснением, на которой изображены все структурные подразделения, непосредственно участвующие в предоставлении услуг или обеспечивающие их предоставление.

### ***Приложение № 2***

В пояснении к схеме отражены задачи, функции и ответственность всех подразделений и служб учреждения в области качества и приведены сведения о документах всех уровней, которые составляют нормативно-методическую базу системы качества учреждения.

Документация системы качества учреждения постоянно поддерживается в рабочем состоянии; устаревшая документация своевременно изымается и заменяется новой.

### **7.1. 4-х УРОВНЕВАЯ СИСТЕМА КОНТРОЛЯ**

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

- 1). Самоконтроль сотрудника структурного подразделения;
- 2). Контроль руководителя структурного подразделения;
- 3). Работа комиссии по внутреннему контролю качества 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.

7.1.1. 1-й уровень. Система самоконтроля заключается в ежедневном систематическом контроле качества услуг внутри каждого структурного подразделения самим сотрудником.

7.1.2. 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, безопасности и своевременности оказания социальных услуг сотрудниками подразделения и их качества.

Руководитель структурного подразделения контролирует:

- 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 актах по контролю качества.

7.1.3. 3-й уровень. Целью деятельности комиссии по внутреннему контролю 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.

- Служба контроля 3-го уровня возглавляется директором Центра, состав комиссии ежегодно утверждается приказом директора Центра.
- Служба осуществляет плановую проверку каждого структурного подразделения не реже, чем 1 раз в год согласно плану проверок качества работы.
- Вопросы для проведения проверок разрабатываются руководителями структурных подразделений и утверждаются директором Центра индивидуально для каждой проверки.
- 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 подразделения под роспись.
- 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.

***7.1.4. 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.***

Служба контроля 4-го уровня возглавляется директором Центра.

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

Внеплановые проверки проводятся в присутствии руководителя подразделения или без него в течение 3 дней с момента возникновения нестандартной или конфликтной ситуации.

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 подразделения под роспись.

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.

**7.2. ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ КАЧЕСТВА УСЛУГ 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 подразделения специалистами и сотрудниками соответствующей квалификации;



- наличие информации о подразделении, порядке и правилах предоставления услуг;
- техническое оснащение подразделения.

### **7.3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПОЛИТИКУ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА**

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

7.3.2. Ответственность за обеспечение качества услуг в каждом подразделении несет руководитель подразделения.

7.3.3. Ответственность за качество услуг лежит на каждом исполнителе, предоставляющем услуги клиентам учреждения.

### **7.4. ПРАВА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРОВЕРЯЮЩИХ:**

Проверяющий имеет право:

7.4.1. Избирать методы проверки в соответствии с тематикой и объемом проверки.

7.4.2. Использовать тесты, анкеты, согласованные с психологом.

7.4.3. По итогам проверки вносить предложения о поощрении работника, о направлениях его на курсы повышения квалификации.

7.4.4. Рекомендовать по итогам проверки изучение и обобщение опыта работы специалиста для дальнейшего использования в работе других работников.

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

Проверяющий несет ответственность за:

7.4.6. Тактичное отношение к проверяемому работнику во время проведения контрольных мероприятий;

7.4.7. Ознакомление с итогами проверки работника до вынесения результатов на широкое обсуждение;

7.4.8. Срыв сроков проведения проверки;

7.4.9. Качество проведения анализа деятельности работника;

7.4.10. Соблюдение конфиденциальности при обнаружении недостатков в работе при условии устранимости их в процессе проверки;

7.4.11. Доказательность выводов по итогам проверки.

### **7.5. ПРАВИЛА ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ**

Чтобы контроль был эффективным, администрации учреждения необходимо придерживаться следующих правил:

1). Контроль должен отражать и поддерживать общие цели учреждения, в чем будет проявляться его стратегическая направленность.

2). Контроль должен соответствовать контролируемому виду деятельности, объективно измерять и оценивать то, что действительно важно.

3). Контроль необходимо обеспечивать с позиций действующих нормативов. Обязательным условием эффективного контроля является наличие объективных, точных и удобных для применения нормативов. Необходимо найти простой и конкретный способ определения степени выполнения запланированных задач. Поскольку контроль осуществляется человеком, он неизбежно подвергается влиянию личностных факторов. Фактическое положение дел может восприниматься в различном свете в зависимости от личности контролирующего, следовательно, необходимо разработать четкие и объективные критерии проверки качества работы, которые будут убедительны и для контролируемых.

4). Контролировать целесообразно по критическим точкам. Эффективный контроль требует

особого внимания к факторам, критическим для оценки степени выполнения плана. Как правило, руководителю нет необходимости проверять все до мелочей – необходимо лишь убедиться, что планы выполняются. Следовательно, внимание сосредотачивается лишь на узловых моментах деятельности, по которым можно определить, имеются ли отклонения от планов, каковы конечные результаты.

5). Очень важно сосредоточивать контроль на существенных отклонениях. Эффективность контроля повышается, если внимание фиксируется на отклонениях, имеющих некоторую критическую величину, или относящихся к разряду исключительных. Более мелкими отклонениями можно пренебречь. Руководитель должен заниматься лишь существенными отклонениями в лучшую или худшую сторону.

6). Контроль должен быть действенным, то есть способным существенно влиять на повышение эффективности труда.

7). Осуществлять контроль нужно своевременно и регулярно. Своевременность контроля заключается в определенной частоте проведения измерений или оценок, которая адекватно соответствует контролируемому явлению. Наиболее подходящий временной интервал определяется с учетом содержания основного плана, времени, в течение которого осуществляются мероприятия по контролю, затрат на проведение проверки, ознакомление с ее результатами.

### **7.6.ТРЕБОВАНИЯ К КОНТРОЛЮ**

Практика свидетельствует, что контроль и анализ несут в себе элементы демократичности при выполнении следующих условий:

1). Высокая компетентность руководства учреждения, достаточный уровень его мировоззренческой, научно-теоретической подготовки, творческая работа руководителя, основательное знание социальной работы, частных методик, теории и методики социальной работы, способность верно оценивать работу специалистов.

2). Общественный характер контроля: привлечение к проверкам лучших специалистов, членов профсоюзных комитетов, руководителей методических объединений и творческих групп.

3). Гласность и объективность контроля – неперенные условия для обеспечения информацией коллектива и контролируемых лиц; одновременно гласность становится обязательным условием регулирования и коррекции процесса.

4). Наличие органической взаимосвязи контроля с глубоким и всесторонним анализом проверяемых объектов, социальных явлений, деятельности специалистов и клиентов, конечной целью которого является принятие управленческих решений, а также прогнозирование дальнейшего развития изучаемого процесса или отдельных сторон этого процесса.

Совершенствуя контроль, необходимо иметь в виду:

- направленность контроля на качество конечных результатов и рациональных путей их достижения;
- повышение самостоятельности всех звеньев работы учреждения и повышение ответственности каждого работника за качество конечных результатов; стимулирование, а также перехода отдельных работников на самоконтроль и самооценку в сочетании с отслеживанием конечных результатов руководителем учреждения;
- разработка и постоянное накопление научно обоснованных программ сбора информации, где бы четко были сформулированы цель проверки, теоретические подходы, параметры оценки, программа наблюдения и методика обработки результатов.

## 8. Организация работы по качеству

### 8.1. Полномочия и ответственность персонала:

8.1.1 В системе качества учреждения определены полномочия, ответственность и взаимодействие всего персонала учреждения, осуществляющего руководство работой, предоставление услуг и контроль деятельности, влияющей на качество услуг, в соответствии с должностными инструкциями.

8.1.2. В учреждении приказом директора назначено ответственное лицо из числа руководителей учреждения, которое независимо от других возложенных на него обязанностей, отвечает за надлежащее выполнение требований, установленных настоящим стандартом. Ответственное лицо *имеет полномочия* для:

- ▲ обеспечения разработки системы качества, ее внедрения и поддержания в рабочем состоянии;
- ▲ представления отчетов руководителю учреждения о функционировании системы качества с целью ее анализа и использования полученных результатов как основы для совершенствования этой системы.

8.1.3. Учреждение устанавливает приказом директора порядок разработки (или корректировки, при необходимости), рассмотрения, утверждения и ведения всех документов, относящихся к системе качества, а также порядок обеспечения ими.

### 8.2. Внутренние проверки системы качества

8.2.1 В системе качества учреждения разрабатывается и поддерживается в рабочем состоянии **порядок проведения внутренних проверок качества.** Внутренние проверки системы качества учреждения проводятся *с целью регулярной оценки ее эффективности и соответствия установленным требованиям,* а также для получения информации, необходимой для обеспечения эффективного функционирования этой системы. **Приложение № 3**

8.2.2 Ответственным лицом за организацию и проведение проверки системы качества учреждения является представитель руководства, ответственный за систему качества, назначенный приказом директора учреждения.

8.2.3 Ответственными исполнителями по проведению проверок приказом директора назначаются руководители подразделений, специалисты эффективности и качество деятельности которых зависят от качества деятельности проверяемых подразделений.

8.2.4 Эффективность системы качества учреждения определяют по результатам ее оценок, получаемых при проверках.

8.2.5 В процессе проверки системы качества учреждений (и ее составных частей) осуществляют:

- ▲ контроль соответствия системы качества требованиям стандартов и документации на нее;
- ▲ анализ и оценку состояния функционирования системы 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 качества.

8.2.6 Проверки системы качества учреждения могут быть плановыми и оперативными. Периодичность плановых проверок устанавливают в зависимости от результатов анализа качества услуг, что указывается в плане и графике проверок. При необходимости в процессе работы в план и график могут быть внесены изменения и дополнения. **Приложение № 9**

Оперативную проверку системы 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, отрицательно влияющих на их качество.

8.2.7 После окончания каждой внутренней проверки ее результаты оформляются в виде отчета о состоянии системы качества, в котором отражают данные анализа соответствия показателей и результатов деятельности учреждения в области обеспечения качества предоставляемых услуг установленным требованиям: оформляется акт; если выявлены недостатки (нарушения) заполняется раздел «Рекомендации (предписание), в установленные сроки в акте делается отметка об устранении выявленных недостатков (нарушений) или указываются причины, по которым они не устранены. *Приложение №1*. Недостатки, устранённые в ходе проверки, в акте не указываются.

8.2.8. Результаты проверок системы 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 качества.

8.2.9. Результаты внутренних проверок служат основанием для поощрения или наказания работников, ответственных за качество предоставляемых услуг.

8.2.10. Один раз в квартал комиссией проводится вскрытия ящика для жалоб и предложений, который находится в жилом корпусе интерната, составляется акт, проводится анализ жалоб и предложений, принимаются меры для устранения недостатков (если необходимо).

### **8.3 Подготовка кадров**

8.3.1 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. *Приложение № 8*

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

8.3.3 При разработке и реализации планов мероприятий по подготовке кадров учитываются изложенные в 1.4 факторы (критерии), касающиеся порядка работы со специалистами учреждения.

### **8.4 Анализ функционирования системы качества руководством учреждения**

8.4.1 Систему качества периодически анализирует руководство учреждения для того, чтобы можно было убедиться, что она удовлетворяет предъявляемым к ней требованиям и эффективна.

8.4.2 Анализ включает оценку результатов внутренних проверок, проводимых непосредственно руководством или представителем руководства, ответственным за функционирование системы качества учреждения. *Приложение № 5*

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

### **8.5 Контроль и оценка качества услуг**

8.5.1 При контроле и оценке качества услуг учреждение:

- ▲ проверяет и идентифицирует услуги на соответствие нормативным документам, регламентирующим их предоставление;
- ▲ обеспечивает самоконтроль персонала, предоставляющего услуги, как составную часть процесса контроля (листы (журналы) учёта объёма предоставленных услуг; обеспечение безопасности предоставляемых услуг путём проведения производственного контроля);

- ▲ обеспечивает приоритет запросов клиентов в оценке качества услуг;
- ▲ проверяет и анализирует исполнение критериев эффективности деятельности по каждой должности при предоставлении социальных услуг.
- ▲ учреждение практикует регулярную оценку степени удовлетворенности клиентов услугами путем проведения социологических опросов. *Приложение № 6*

**8.5.2** Сравнение оценок клиентов и исполнителей услуг проводится постоянно, чтобы оценить совместимость двух мер их качества, затем проводятся (при необходимости) корректирующие действия и определяется, насколько деятельность исполнителей услуг отвечает потребностям и запросам клиентов.

### **9.Заключительные положения**

9.1.Настоящее положение, а также все дополнения и приложения, утверждаются директором учреждения.

9.2.Вопросы, не урегулированные настоящим положением, регулируются действующим законодательством, локальными нормативными актами.

9.3.Если в результате изменения законодательства, нормативных актов РФ или иных документов отдельные статьи настоящего положения вступают в противоречие с ними, эти статьи утрачивают силу и до момента внесения изменений в настоящее положение о внутреннем контроле следует руководствоваться законами и подзаконными нормативно-правовыми актами РФ.

**Положение утверждено приказом по основной деятельности от 14.01.2016 № 6**