

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения
«Центр социальной помощи семье и детям Невского района Санкт-Петербурга»

№ 30 рек.об/д 2021 г.

Санкт-Петербург

8954-217

ПРИКАЗ

Об утверждении Руководства по качеству и организации внутренних проверок работы отделений в 2022 году

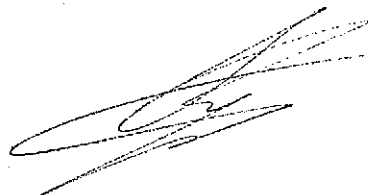
Во исполнение Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Закона Санкт-Петербурга от 24.12.2014 № 717-135 «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге», Постановления Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 № 1283 «Об утверждении порядков предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге», Постановления Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 № 1285 «О Порядке утверждения тарифов на социальные услуги на основании подушевых нормативов финансирования социальных услуг в Санкт-Петербурге», Распоряжения Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 14.12.2021 №3504-р «Об утверждении тарифов на социальные услуги, предоставляемые поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге на 2022 год», Постановления Правительства Санкт-Петербурга от 30.06.2016 № 530 «О размере платы за предоставление социальных услуг, порядке взимания платы за предоставление социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге и внесении изменений в постановление правительства Санкт-Петербург от 29.12.2014 № 1283», Постановления Правительства Российской Федерации от 18.10.2014 № 1075 «Об утверждении Правил определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно», Распоряжения Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 01.07.2019 № 405-р «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения «Центр организации социального обслуживания» при реализации полномочий по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг», Распоряжения Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 16.08.2019 № 540-р «Об утверждении методических рекомендаций по организации предоставления срочных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге», в целях осуществления контроля за выполнением государственного задания на оказание услуг Санкт-Петербургскому государственному бюджетному учреждению социального обслуживания населения «Центр социальной помощи семье и детям Невского района Санкт-Петербурга» (далее – Центр) на 2022 год и плановый период 2023-2024 годов, утвержденного главой администрации Невского района Санкт-Петербурга 16.12.2021, а также контроля организации деятельности отделений Центра по предоставлению социальных услуг и индивидуальной профилактической работы

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Руководство по качеству Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения социального обслуживания населения «Центр социальной помощи семье и детям Невского района Санкт-Петербурга»
2. Утвердить график внутренних проверок работы отделений Центра на 2022 год (далее – график), согласно приложению № 1 к настоящему приказу.
3. Ответственным лицам, указанным в графике, обеспечить в надлежащие сроки выполнение соответствующих мероприятий (проверок).
4. Секретарю руководителя Центра ознакомить с настоящим приказом заведующих отделениями Центра и заместителей директора по социальной работе Центра.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителей директора по социальной работе.

Директор

Т.А. Крюкова



Приложение № 1 к приказу директора СПб
ГБУСОН «ЦСПСиД Невского района СПб»
от «30» декабря 2021 г. № 757 - 21н

ГРАФИК

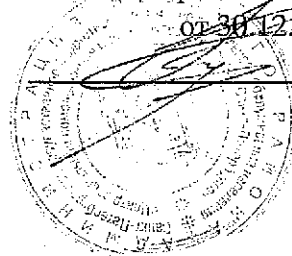
внутренних проверок работы отделений Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения социального обслуживания населения «Центр социальной помощи семье и детям Невского района Санкт-Петербурга» на 2022 год

№ п/п	Наименование мероприятий (содержание проверки)	Срок выполнения мероприятия (проверки)	Наименование отделения, в котором будет осуществляться мероприятие (проверки)	Ответственное лицо за осуществление мероприятия (проверки)
1	Количественные показатели выполнения государственного задания на 2022 г. Учёт предоставленных специалистами услуг в подсистему планирования, учета и контроля деятельности системы социального обслуживания Санкт-Петербурга автоматизированной информационной системы «Электронный социальный регистр населения» (далее – ПУКДССО)	Ежемесячно	ОПК № 1 ОПК № 2 ОПЖ № 1 ОПЖ № 2 ОПБН № 1 ОПБН № 2 ОПП № 1 ОПП № 2 ОПП № 3 ОДПН № 1 ОДПН № 3 ООЛДС ОСГ	Заведующий ОМО Специалист по социальной работе ОМО
2	Анализ деятельности отделений. Контроль над ходом исполнения плановых показателей и мероприятий отделений Центра	Ежемесячно	ОПК № 1 ОПК № 2 ОПП № 1 ОПП № 2 ОПП № 3 ОДПН № 1 ОДПН № 2 ООЛДС ОПБН № 1 ОПБН № 2 ОПЖ № 1 ОПЖ № 2 ОСГ	Заведующий ОМО Заместитель директора по социальной работе (по направлению деятельности)
3	Корректность внесения информации по предоставленным услугам в подсистему ПУКДССО ив автоматизированную информационную систему «Электронный социальный регистр населения» (АИС)	Ежемесячно	ОПК № 1 ОПК № 2 ОПЖ № 1 ОПЖ № 2	Заведующий ОМО Заместитель директора по социальной работе (по направлению деятельности)

ЭРСН)			<p>ОПБН № 2 ОПБН № 1 ОППП № 2 ОППП № 3 ОППП № 3 ОДПН № 1 ОДПН № 3 ООЛДС ОСГ</p>	<p>Заведующий ОПБН № 1 Заведующий ОПБН № 2 Заведующий ОПБН № 1 Заведующий ОПБН № 2 Заведующий ОПБН № 3 Заведующий ОДПН № 1 Заведующий ОДПН № 2 Заведующий ООЛДС Заведующий ОСГ</p>
4	<p>ОПК № 1 ОПК № 2 ОПЖ № 1 ОПЖ № 2 ОПБН № 1 ОПБН № 2 ОППП № 1 ОППП № 2 ОППП № 3 ОДПН № 1 ОДПН № 3 ООЛДС ОСГ</p>	<p>Не реже 1 раза в квартал</p>	<p>Оформление и ведение «Социальной карты» в рамках индивидуальной программы предоставления социальных услуг и индивидуальной профилактической работы</p>	<p>Заведующий ОПК № 1 Заведующий ОПК № 2 Заведующий ОПЖ № 1 Заведующий ОПЖ № 2 Заведующий ОПБН № 1 Заведующий ОПБН № 2 Заведующий ОПБН № 1 Заведующий ОПБН № 2 Заведующий ОПБН № 3 Заведующий ОДПН № 1 Заведующий ОДПН № 2 Заведующий ОДПН № 3 Заведующий ООЛДС Заведующий ОСГ</p>
5	<p>ОПК № 2 ОПК № 2 ОПБН № 2 ОДПН № 2 ОПК № 1 ОППП № 1 ОПБН № 1 ОДПН № 1 ОППП № 3 ООЛДС ОПЖ № 2 ОПЖ № 1 ОСГ</p>	<p>Май 2022 Июнь 2022 Июль 2022 Август 2022</p>	<p>Организация и осуществление предоставления социальных услуг на отделениях Центра (ведение учета предоставленных социальных услуг в ПУК ДССО; ведение социальных дел получателей социальных услуг; наполнение и содержание социальных дел, наличие и полнота информации, отражающей работу специалиста с семьей и ее результативность и др.)</p>	<p>Директор Заместители директора по социальной работе (по направлениям деятельности) Заведующий ОМО Специалист по социальной работе ОМО Заведующий ОПК № 1 Заведующий ОПК № 2 Заведующий ОПЖ № 1 Заведующий ОПЖ № 2 Заведующий ОПБН № 1 Заведующий ОПБН № 2 Заведующий ОПБН № 1 Заведующий ОПБН № 2 Заведующий ОПБН № 3 Заведующий ОДПН № 1 Заведующий ОДПН № 2 Заведующий ОДПН № 3 Заведующий ООЛДС Заведующий ОСГ</p>

6	Организация и осуществление профилактической работы индивидуальной	Июнь 2022	ОПЖ № 1 ОПЖ № 2 ОПБН № 1 ОПБН № 2 ОСГ	Заместитель директора по социальной работе (по направлению деятельности) Заведующий ОПЖ № 1 Заведующий ОПЖ № 2 Заведующий ОПБН № 1 Заведующий ОПБН № 2 Заведующий ОСГ
7	Размещение актуальной информации на информационных стендах отделений Центра	Не реже 1 раза в квартал	ОПК № 1 ОПК № 2 ОПЖ № 1 ОПЖ № 2 ОПБН № 1 ОПБН № 2 ОППП № 1 ОППП № 2 ОППП № 3 ОДПН № 1 ОДПН № 3 ООЛДС ОСГ	Заведующий ОМО Специалист по социальной работе ОМО Заведующий ОПК № 1 Заведующий ОПК № 2 Заведующий ОПЖ № 1 Заведующий ОПЖ № 2 Заведующий ОПБН № 1 Заведующий ОПБН № 2 Заведующий ОППП № 1 Заведующий ОППП № 2 Заведующий ОППП № 3 Заведующий ОДПН № 1 Заведующий ОДПН № 2 Заведующий ООЛДС Заведующий ОСГ
8	Осуществление внутреннего контроля качества социальных услуг, предоставляемых Центром	Не реже 1 раза в квартал	ОПК № 1 ОПК № 2 ОПЖ № 1 ОПЖ № 2 ОПБН № 1 ОПБН № 2 ОППП № 1 ОППП № 2 ОППП № 3 ОДПН № 1 ОДПН № 3 ООЛДС ОСГ	Заместители директора по социальной работе Заведующий ОМО Специалист по социальной работе ОМО Заведующий ОПК № 1 Заведующий ОПК № 2 Заведующий ОПЖ № 1 Заведующий ОПЖ № 2 Заведующий ОПБН № 1 Заведующий ОПБН № 2 Заведующий ОППП № 1 Заведующий ОППП № 2 Заведующий ОППП № 3 Заведующий ОДПН № 1 Заведующий ОДПН № 2 Заведующий ООЛДС Заведующий ОСГ

Утверждено приказом
Санкт-Петербургского
государственного бюджетного
учреждения социального
обслуживания населения «Центр
социальной помощи семье и детям
Невского района Санкт-Петербурга»
от 30.12.2021 г. № 757-21п
Т. А. Крюкова



РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
«ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ НЕВСКОГО РАЙОНА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА»**

2021 год



СОДЕРЖАНИЕ

1. Область применения	2
2. Термины, определения	2
3. Общее описание системы обеспечения качества	3
4. Основные факторы, оказывающие влияние на Учреждение	4
5. Политика Центра в области качества	8
6. Организационная структура системы обеспечения качества	10
7. Задачи и функции руководства, работников отделений и других работников учреждения в области качества	11
8. Документы, составляющие нормативно-методическую базу системы обеспечения качества	15
9. Порядок контроля системы обеспечения качества	19

1. Область применения

1.1. Руководство по качеству Учреждения (далее – Руководство) содержит описание системы обеспечения качества Учреждения, его структуры и процедур с целью достижения, и поддержания уровня качества социальных услуг, соответствующего предъявляемым к нему требованиям.

1.2. Система обеспечения качеством (далее – СОК) Учреждения разработана применительно к социальному обслуживанию граждан в соответствии с требованиями действующих стандартов, законодательства и нормативно-правовых актов Российской Федерации, Санкт-Петербурга.

1.3. Руководство применяется:

- для внутреннего использования в учреждении при решении задач управления качеством;
- в качестве справочника по применению СОК.

1.4. Требования и положения, установленные настоящим Руководством по качеству и другими согласующимися с ним документами СОК, направлены на обеспечение соответствия деятельности учреждения установленным требованиям контролирующих органов, потребностям граждан, признанным нуждающимися в предоставлении социальных услуг, политике Учреждения в области качества, договорным обязательствам, а также на предупреждение любого несоответствия.

1.5. Руководство распространяется на всех работников Учреждения, участвующих в реализации системы качества. Хранится Руководство в организационно-методическом отделении Учреждения.

1.6. Система обеспечения качества Учреждения разработана, внедрена и поддерживается в соответствии с требованиями действующих стандартов организации социального обслуживания населения.

1.7. Данное Руководство по качеству содержит описание СОК Учреждения, его структуры и процедур с целью достижения, и поддержания уровня качества социальных услуг, соответствующего предъявляемым к нему требованиям.

1.8. Руководство по качеству охватывает все действующие стандарты, касающиеся системы обеспечения качества организации социального обслуживания.

1.9. В Руководстве описаны ответственность, полномочия и взаимоотношения работников Учреждения, которые осуществляют разработку, реализацию, проверку системы обеспечения качества, а также оценку и анализ факторов, влияющую на качество предоставления социальных услуг.

1.10. Настоящее Руководство может быть полностью или частично воспроизведено, тиражировано и распространено в качестве официального документа для работников Учреждения и контролирующих органов.

1.11. Руководство по качеству пересматривается при изменении нормативно правовых актов федерального, регионального уровней, а также при изменениях в документах, разработанных и утверждённых в Учреждении, если эти изменения выявляют противоречия указанным в данном Руководстве нормативам в области системы обеспечения качества, но не реже чем один раз в пять лет.

2. Термины, определения, нормативные ссылки

В настоящем Руководстве применены следующие термины.

Система качества – совокупность организационной структуры, ответственности, процедур, процессов и ресурсов, направленных на внедрение административного управления качеством.

Система управления качеством – система управления для руководства и управления организацией применительно к качеству.

Политика в области качества – общие намерения и направление деятельности организации в области качества, официально сформулированные высшим руководством организации.

Анализ – деятельность, предпринимаемая для установления пригодности, адекватности, результативности рассматриваемого объекта для достижения установленных целей.

Результативность – степень реализации спланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Эффективность – связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

Соответствие – выполнение требования.

Несоответствие – невыполнение требования.

Аудит (проверка) – систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита.

Компетентность – выраженная способность применять свои знания и умения.

Удовлетворенность граждан – восприятие потребителями степени выполнения их требований. Жалобы потребителей являются показателем низкой удовлетворенности потребителей, однако их отсутствие не обязательно предполагает высокую удовлетворенность потребителей. Даже если требования потребителей были с ними согласованы и выполнены, это не обязательно обеспечивает высокую удовлетворенность потребителей.

3. Общее описание системы обеспечения качества

3.1. Система обеспечения качества Учреждения - совокупность его организационной структуры (с распределением ответственности сотрудников за качество услуг), правил, методов обеспечения качества услуг, ресурсов учреждения (кадровых, материально-технических, информационных и других), обеспечивающих осуществление административного руководства качеством услуг.

3.2. Область применения СОК Учреждения входит в систему управления качеством администрации Невского района Санкт-Петербурга. СОК Учреждения распространяется на предоставление социальных услуг в сфере социального обслуживания населения Санкт-Петербурга. В рамках районной системы качества, администрация Невского района Санкт-Петербурга осуществляет деятельность по централизованному управлению и контролю системы качества подведомственных организаций социального обслуживания в Невском районе Санкт-Петербурга.

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

3.4. Цель СОК - создание необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей граждан, повышения эффективности и качества услуг на всех стадиях их предоставления с целью предупреждения возможных отклонений от заданных требований к этим услугам, обеспечение репутации учреждения как надежного и порядочного исполнителя услуг.

3.5. Основные задачи СОК:

- осуществление эффективного контроля за техническими, организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых услуг семьям с детьми;
- предотвращение или устранение любых несоответствий качества предоставления социальных услуг предъявляемым к ним требованиям;
- обеспечение стабильного уровня качества услуг.

3.6. СОК направлена на создание необходимых условий гарантированного удовлетворения законных интересов и потребностей граждан, признанных нуждающимися в предоставлении социальных услуг, 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 надёжного и порядочного исполнителя услуг.

3.7. СОК Учреждения основывается на принципах управления качеством, описанных в международном стандарте ISO 9000, ГОСТ Р 52497-2020.

3.8. Применение СОК является стратегическим решением для Учреждения, которое может помочь улучшить результаты его деятельности. Потенциальными преимуществами для учреждения от применения системы качества, основанной на стандарте ISO 9001, являются:

- способность стабильно предоставлять социальные услуги, которые удовлетворяют требованиям получателей и применимым законодательным и нормативным правовым требованиям;
- создание возможностей для повышения удовлетворенности получателей социальных услуг;
- направление усилий на работу с рисками и возможностями, связанные со средой и целями учреждения.

3.9. В действующей СОК Учреждения применен процессный подход, который включает цикл «Планируй-Делай-Проверяй-Действуй» (PDCA), и риск-ориентированное мышление.

3.10. Процессный подход позволяет Учреждению планировать свои процессы и их взаимодействие, обеспечивать процессы необходимыми ресурсами, осуществлять управление ими, определять и реализовывать возможности для улучшения.

3.11. Риск-ориентированное мышление позволяет учреждению определять факторы, влияющие на отклонение от запланированных результатов, а также своевременно реагировать на возможные риски, максимально использовать возможности.

4. Основные факторы, оказывающие влияние на Учреждение

4.1. В Учреждении определены внешние и внутренние факторы, которые могут положительно или отрицательно повлиять на достижение запланированных результатов. При рассмотрении факторов учитываются законодательные требования, экономическая среда, социальная обстановка, а также факторы, связанные с ценностями, культурой, знаниями и результатами работы учреждения.

4.2. К внешним факторам, способным повлиять на Учреждение относятся:

- взаимодействие с заинтересованными сторонами (на основании соглашений, договоров, совместных планов работы и т.д.);
- изменение законодательных требований и нормативно-правовых актов (федеральные и региональные законы, постановления Правительства, приказы, письма и т.д.);
- экономические факторы (инфляция, занятость населения и пр.);
- политические (стабильность в обществе и др.);
- демографическая обстановка;
- финансовое обеспечение учреждения;
- контроль проверяющих и надзорных органов;
- конкурентная среда (коммерческие и некоммерческие организации, оказывающие социальные услуги);
- природно-экологические и климатические и др. факторы.

4.3. К внутренним факторам, оказывающих влияние на Учреждение относятся:

4.3.1. Наличие и состояние документации, в соответствии с которой функционирует учреждение. Документация учреждения, составляющая основу документации СОК качества учреждения:

- устав (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 СОК учреждения.

В зависимости от того, насколько качественно составлены вышеперечисленные документы и квалифицированно и четко изложены в них обязанности, права, порядок выполнения различных процедур при предоставлении услуг, другие функции персонала, зависит эффективность работы учреждения и качество предоставляемых им услуг.

В процессе формирования СОК учреждения данная документация при необходимости корректируется с целью приведения их содержания в соответствие с требованиями, предъявляемыми к ним как к части документации СОК.

Требования получателей социальных услуг определены в заявлениях, договоре, индивидуальной программе получателя социальных услуг с учетом возможных рисков. При изменении требований получателя социальных услуг производится корректировка индивидуальной программы. Получателями социальных услуг, предоставляемых Учреждением являются граждане, признанные нуждающимися в социальном обслуживании.

4.3.2. Условия размещения учреждения.

Условия размещения учреждения, обеспечивающие его эффективную работу, должны быть следующими:

- учреждение и его структурные подразделения размещены в специально предназначенных зданиях (помещениях), доступных для всех категорий обслуживаемых граждан, в том числе для инвалидов и других маломобильных групп населения. Помещения обеспечены всеми средствами коммунально-бытового обслуживания, телефонной связью и Интернетом;

- 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 (повышенных температуры воздуха, влажности воздуха, запыленности, загазованности, шума, вибрации и т. д.);

- площадь, занимаемая учреждением, обеспечивает нормальное размещение персонала, клиентов и предоставление им услуг.

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

4.3.3. Укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация.

Вопросы укомплектованности учреждения специалистами и их квалификации является одним из важнейших факторов, влияющих на качество услуг. В учреждении обеспечивается:

- 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 путем обучения 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, так как эти сведения составляют служебную тайну и за их разглашение виновные несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4.3.4. Специальное и табельное техническое оснащение учреждения (оборудование, приборы, аппаратура и т. д.). Для качественного предоставления услуг учреждение оснащено специальным и табельным оборудованием, аппаратурой и приборами, отвечающими требованиям соответствующих стандартов, технических условий, других нормативных документов и обеспечивающими надлежащее качество предоставляемых услуг. В связи с этим 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 должно систематически проверяться;

- 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.

4.3.5. Состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления услуг клиентам. Полное и достоверное предоставление информации, прежде всего клиентам, является составной частью СОК учреждения, так как без правильно организованного информационного процесса невозможно обеспечить качество предоставляемых услуг, соответствующее запросам и нуждам клиентов. Состояние информации об учреждении и правилах предоставления им услуг соответствует требованиям действующего законодательства.

4.3.6. В документации СОК учреждения изложение информации отвечает 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 (в соответствии с Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей») 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,

- 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 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.

4.3.7. Наличие порядка проведения внутренних проверок функционирования системы. Внутренние проверки СОК учреждения проводят с целью регулярной оценки ее

эффективности и соответствия установленным требованиям, а также для получения информации, необходимой для эффективного функционирования этой системы. Учреждение осуществляет мониторинг и анализ информации о внешних и внутренних факторах в текущем режиме в рамках планирования деятельности Учреждения, в том числе при планировании изменений. Результаты такого анализа являются частью входных данных оценки рисков для деятельности учреждения, определения возможностей для улучшения.

4.3.8. Ответственным за определение внешних и внутренних факторов, способных повлиять на деятельность учреждения и его СОК, их анализ и мониторинг является директор учреждения и представитель руководства по качеству.

4.4. Действия в отношении рисков и возможностей Учреждения

4.4.1. При планировании в СОК руководство учреждения и заведующие отделениями, ответственные за процессы/направления деятельности учреждения учитывают факторы и требования заинтересованных сторон и определяют риски и возможности, подлежащие рассмотрению для:

- обеспечения уверенности в том, что СОК может достичь планируемых результатов;
- увеличения их желаемого влияния;
- предотвращения или уменьшения их нежелательного влияния;
- достижения улучшения.

4.4.2. Риск определяется как комбинация: тяжести последствий, вероятности наступления такого события и возможности обнаружения.

4.4.3. Управление рисками – это систематический процесс для общей оценки, анализа, контроля, снижения или исключения риска на всех этапах жизненного цикла услуги. Результативное управление рисками гарантирует, что качество услуги в процессе жизненного цикла остаются стабильными, процессы СОК функционируют в соответствии с принятыми планами и программами, отклонения находятся под управлением, а все возможности для улучшения анализируются и включаются в текущее планирование.

4.4.5. Управление рисками обеспечивает:

- Потребителю услуг – услугу в соответствии с установленными требованиями;
- Совершенствование процедуры принятия решений в случае выявления несоответствий и/или отклонений от установленных требований в процессе оказания услуги.

4.4.6. Система управления рисками обеспечивает:

- оценку риска для качества услуги, основываясь на опыте работы, исходя из защиты потребителя и результативного функционирования СОК;
- соответствие принимаемых мер и степень документального оформления процесса, анализа характера риска.

4.4.7. Основные этапы процесса управления рисками для обеспечения качества:

I этап - идентификация и анализ рисков;

II этап - оценка рисков;

III этап – анализ и управление рисками;

IV этап – информация, полученная в процессе и после оказания услуг;

V этап – анализ результативности мероприятий по управлению рисками.

4.4.8. Управление рисками является систематизированным процессом оценки, принятия решений и мер, связанных с рисками, влияющими на качество услуги и функционирование процессов учреждения. Он может проводиться как в перспективном, так и в ретроспективном (на основе предшествующих данных) плане:

- Перспективно проводится анализ и оценка риска для вновь вводимых процессов, услуг, внесения изменений в действующие объекты (процессы, системы) и т.д.;
- Ретроспективно проводится анализ и оценка риска для анализа действующих объектов (процессов, систем и т.д.) с целью определения критических мест для потенциального улучшения, в случае возникновения отклонений или несоответствий.

4.4.9. Результаты процесса управления рисками регулярно пересматриваются с учетом новых знаний и опыта, в т.ч. по результатам:

- анализа качества предоставленных социальных услуг;
- внешних и внутренних проверок качества;
- жалоб, претензий и др.

4.4.10. Ежегодно руководитель учреждения, заведующие отделениями на основании данных специалистов, ответственных за объекты анализа и оценки рисков, проводит анализ результативности функционирования системы управления рисками путем сравнения текущих результатов с аналогичными за предшествующий период. Результат анализа отражается в отчете о функционирования СОК.

5. Политика Учреждения в области качества.

5.1. Основные цели политики Учреждения в области качества:

- обеспечение своевременного и постоянного удовлетворения граждан, признанных нуждающимися в предоставлении социальных услуг, оказанными услугами;
- повышение качества социальных услуг и эффективности (результативности) их предоставления;
- принятие профилактических мер по предупреждению или урегулированию претензий и жалоб граждан.

5.2. Задачи деятельности Учреждения в области качества:

- осуществление эффективного контроля за техническими, организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых услуг;
- предотвращение или устранение любых несоответствий качества услуг предъявляемым к ним требованиям;
- обеспечение стабильного уровня качества социальных услуг;
- разработка документации системы обеспечения качества Учреждения, четкое распределение в них обязанностей, прав, порядка выполнения различных процедур предоставления социальных услуг, других функции работников, и своевременная корректировка ее содержания в соответствии с установленными требованиями к ним;
- обеспечение размещения структурных подразделений в специально предназначенных помещениях, доступных для всех категорий обслуживаемых граждан, в том числе для инвалидов и других маломобильных групп населения, а также предусмотрены меры, направленные на создание или поддержание данных условий, а при необходимости и возможности - на их улучшение;
- обеспечение помещений Учреждения средствами коммунально-бытового обслуживания, телефонной связью и Интернетом;
- обеспечение нормальных условий размещения работников и получателей социальных услуг по размерам и состоянию помещений, отвечающих требованиям санитарно-гигиенических норм и правил, безопасности труда;
- обеспечение полной укомплектованности Учреждения необходимыми специалистами в соответствии со штатным расписанием; подбором специалистов с соответствующим образованием, квалификацией, профессиональной подготовкой, обладающих знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на них обязанностей; постоянное повышение их квалификации путем обучения на курсах переподготовки и повышения квалификации или иными способами;
- осуществление четкого распределение обязанностей специалистов, изложенных в должностных инструкциях, методиках и других документах, регламентирующих их обязанности, права и ответственность; проведение обязательной аттестации специалистов в установленном порядке;
- воспитание у всех сотрудников Учреждения высоких моральных и морально-этических качеств, чувства ответственности и необходимости руководствоваться в своей работе с получателями социальных услуг принципами гуманности, справедливости, объективности и доброжелательности, учитывая их физическое и психическое состояние;

- принятие мер к недопущению разглашения сотрудниками Учреждения сведений личного характера о получателях социальных услуг, так как эти сведения составляют служебную тайну и за их разглашение виновные несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- использование оборудования, приборов и аппаратуры Учреждения строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию, обеспечение ее содержания в технически исправном состоянии, которое должно систематически проверяться;
- полное и достоверное предоставление информации гражданам о наименовании и местонахождении Учреждения, о порядке и правилах предоставления услуг любыми способами, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.3. Основные принципы деятельности Учреждения в области качества:

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

5.4. Участие персонала в формировании и реализации политики в области качества.

Ответственность за политику в области качества несет директор Учреждения, который обеспечивает разъяснение и доведение этой политики до сведения всего работников Учреждения, четко определяет полномочия, ответственность и порядок взаимодействия работников Учреждения, осуществляющих руководство, исполнение социальных услуг и контроль деятельности, влияющей на качество социальных услуг.

5.5. В формировании политики в области качества принимают участие все руководители, осуществляющие управление Учреждением.

5.6. Руководство Учреждения берет на себя ответственность за реализацию политики, эффективное функционирование и постоянное совершенствование системы обеспечения качества в соответствии с действующими стандартами ISO серии 9000, национальными стандартами и нормативными правовыми актами РФ и Санкт-Петербурга.

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

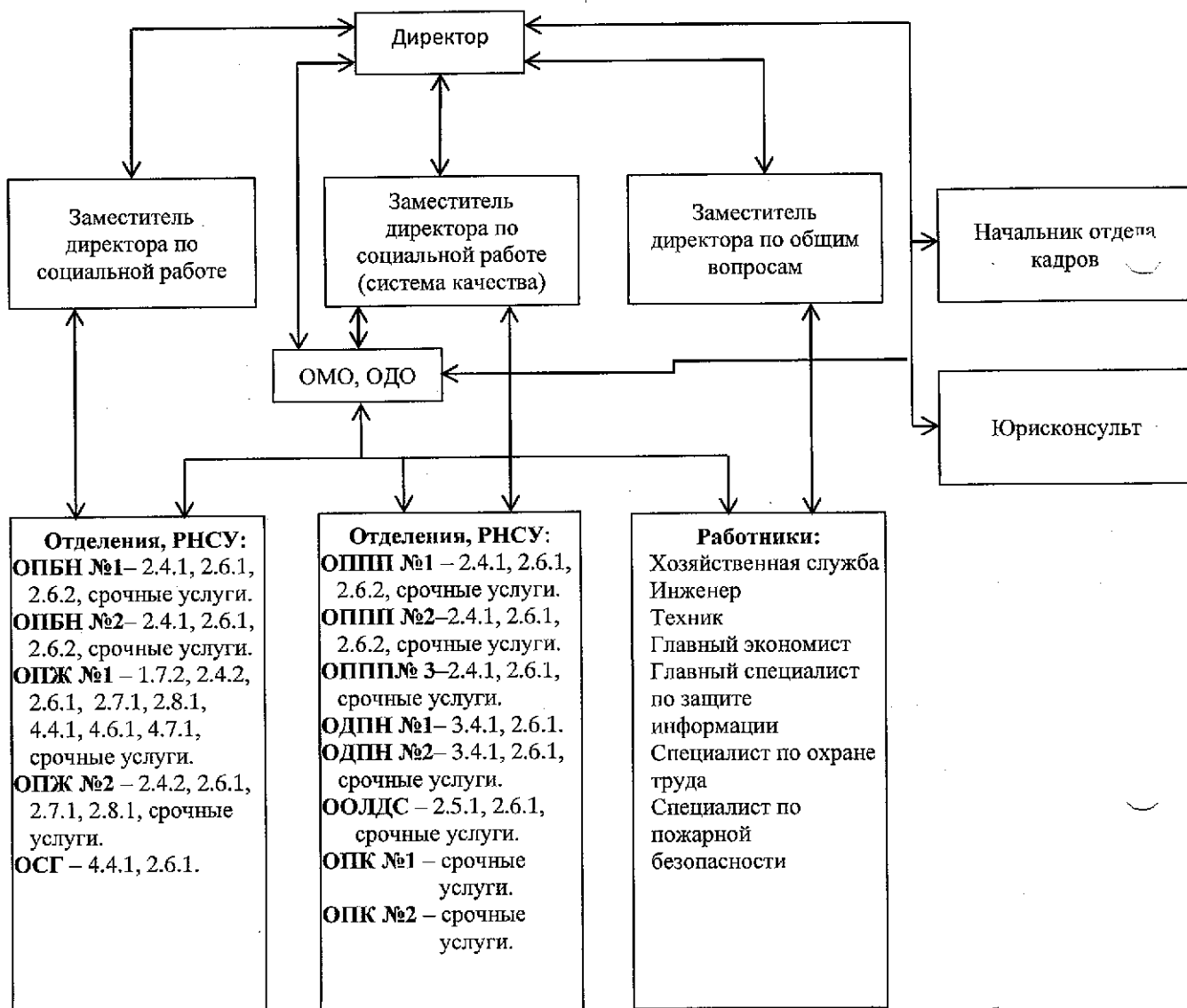
5.8. Реализация политики Учреждения в области качества должна быть обеспечена необходимыми ресурсами (кадровыми, материально-техническими, информационными и др.).

5.9. Для выполнения принятой в Учреждении политики в области качества перед отделениями и работниками ставятся задачи на конкретные плановые периоды, которые при необходимости своевременно уточняются и корректируются руководством Учреждения.

5.10. В Учреждении проводятся мероприятия, обеспечивающие понимание, продержку и реализацию политики в области качества всеми сотрудниками учреждения.

Цели, принципы деятельности Учреждения в области качества, определённые настоящим Руководством обязательны для выполнения всеми сотрудниками Учреждения.

6. Организационная структура системы обеспечения качества



7. Задачи и функции руководства, работников отделений и других работников учреждения в области качества

7.1. Основными задачами учреждения, на решение которых должна быть направлена система обеспечения качества, являются:

- осуществление эффективного контроля за техническими, организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых социальных услуг;
- предотвращение или устранение любых несоответствий качества социальных услуг предъявляемым к ним требованиям;
- обеспечение стабильного уровня качества социальных услуг;

- решение других задач, отражающих специфику деятельности учреждений и могущих повлиять на качество предоставляемых социальных услуг.

7.2. Особенность социального обслуживания заключается в том, что социальные услуги оказываются лицам, которые, как правило, не в состоянии самостоятельно улучшить условия жизнедеятельности в силу различных обстоятельств (состояние здоровья, отсутствие работы и средств к существованию, многодетность), социальные услуги направлены не просто на улучшение уровня жизнедеятельности, а на устранение тех условий, которые значительно ухудшают или могут в ближайшее время ухудшить условия жизнедеятельности гражданина.

7.3. Социальное обслуживание должно основываться на соблюдении прав человека и уважении достоинства личности, носить гуманный характер и не допускать унижения чести и достоинства человека. Гуманный характер социального обслуживания выражается в особой заботе о тех людях, которые признаны нуждающимися в социальном обслуживании в связи с особыми жизненными обстоятельствами, например, такими как старческая немощность, инвалидность, малообеспеченность и т.п.

7.4. Руководство Учреждения:

7.4.1. Задачи:

- обеспечение разъяснения и доведения политики в области качества до работников Учреждения;
- определение полномочий, ответственности и порядка взаимодействия работников Учреждения.

7.4.2. Функции:

Директор Учреждения осуществляет:

- обеспечение постоянного удовлетворения потребностей и запросов получателей социальных услуг;
- повышение качества услуг и эффективности (результативности) их предоставления;
- принятие профилактических мер по предупреждению или урегулированию претензий и жалоб граждан, получателей социальных услуг;
- улучшение социальных и экономических показателей учреждения, постоянное улучшение качества обслуживания граждан;
- внедрение во всех структурных отделениях учреждения систему обеспечения качества и регулярный анализ ее на предмет актуальности и пригодности;
- обеспечение необходимыми ресурсами (кадровыми, материально-техническими, информационными и др.);
- поставку задач на конкретные плановые периоды, которые при необходимости своевременно уточняются и корректируются;
- проведение мероприятий, обеспечивающих понимание, поддержку и реализацию политики в области качества всеми сотрудниками учреждения;
- определение задач, функций и ответственность отделений и работников учреждения в области качества в соответствии с требованиями действующими нормативно-методических документов системы обеспечения качества учреждения;
- определение полномочия взаимодействия работников учреждения, осуществляющих предоставление услуг и контроль деятельности, влияющей на качество услуг;
- анализ системы обеспечения качества для того, чтобы можно было убедиться в том, что она удовлетворяет предъявляемым к ней требованиям и эффективна;
- выявление претензий и жалоб граждан, получателей социальных услуг, проведение мероприятий по устранению или предупреждению недостатков, контроль выполнения этих мероприятий.

Заместители директора Учреждения принимают участие в формировании и реализации политики в области качества, обеспечении контроля факторов, влияющих на качество социальных услуг.

Ответственное лицо (представитель руководства) из числа заместителей директора Учреждения, которое независимо от других возложенных на него обязанностей отвечает за надлежащее выполнение требований, установленных стандартом ГОСТ Р 52497-2020 и имеет полномочия:

- для обеспечения разработки системы обеспечения качества, ее внедрения и поддержания в рабочем состоянии;
- предоставления информации руководителю учреждения о функционировании системы обеспечения качества с целью ее анализа и использования полученных результатов как основы для дальнейшего совершенствования;
- установить порядок разработки (или корректировки, при необходимости), рассмотрения, утверждения и ведения документов СОК учреждения, а также порядок их предоставления.

7.4.3. Руководство Учреждения в соответствии с мероприятиями по проведению оценки качества работы учреждений социального обслуживания населения планирует следующие цели в области социальной ответственности:

- повышение степени открытости и доступности информации об организации социального обслуживания;
- повышение комфортности условий предоставления социальных услуг и доступности их получения;
- снижение времени ожидания предоставления социальных услуг;
- повышение уровня доброжелательности, вежливости, компетентности работников организаций социального обслуживания;
- повышение удовлетворенности качеством оказания социальных услуг.

7.5. Заведующий отделением, работники организационно методическим отделением (ОМО):

7.5.1. Задачи:

- осуществление эффективного контроля за организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых социальных услуг в отделениях учреждения;
- предотвращение или устранение любых несоответствий качества социальных услуг предъявляемым к ним требованиям;
- анализ и оценка результатов работы учреждения в области качества услуг и подготовку отчетов руководителю учреждения о функционировании СОК;
- ведение документации системы обеспечения качества учреждения;
- решение других задач, отражающих специфику деятельности учреждения и могущих повлиять на качество предоставляемых социальных услуг.

7.5.2. Функции:

- оценка эффективности СОК учреждения и соответствия ее установленным требованиям, а также получения информации, необходимой для эффективного функционирования этой системы, постоянного поддержания в рабочем состоянии;
- разработка и поддерживаться в рабочем состоянии комплекта документации СОК (руководств, положений, инструкций, методик и т.д.), в которых устанавливаются требования к СОК учреждения в целом и к ее составным частям;
- разработка критериев оценки качества предоставляемых услуг;
- обеспечение сохранности документации СОК учреждения для подтверждения того, что ее процессы осуществляются так как это было запланировано;
- разработка и реализация мероприятий по совершенствованию и улучшению системы обеспечения качества,
- улучшению состава и содержания нормативной документации СОК учреждения, устаревшая документация своевременно изымается и заменяется новой;

- разработка и документальное оформление плана мероприятий по подготовке (обучению, повышению квалификации, аттестации и т.д.) работников, выполняющих работы, непосредственно влияющие на качество услуг.

7.5.3. В процессе внутренней проверки СОК Учреждения (и ее составных частей) осуществляет:

- контроль соответствия системы качества требованиям стандарта ГОСТ Р 52497-2020 и документации на нее;
- анализ и оценку состояния функционирования СОК в целом и отдельных ее составных частей;
- анализ соответствия предоставляемых услуг требованиям нормативных документов;
- анализ и оценку результатов работы учреждения в области качества услуг и подготовку отчетов руководителю учреждения о функционировании СОК;
- выработку корректирующих действий, направленных на устранение недостатков, выявленных в процессе предоставления услуг, и совершенствование СОК;
- проверку социальных услуг на соответствие нормативным документам, регламентирующим их предоставление;
- анализ и оценка результатов степени удовлетворенности клиентов услугами путем проведения социологических опросов;
- сравнение оценок получателей социальных услуг и исполнителей услуг для оценки совместимости двух мер их качества, а также проводит (при необходимости) корректирующие действия и определить, насколько деятельность исполнителей услуг отвечает потребностям и запросам получателей социальных услуг.

7.6. Заведующие и работники отделений, осуществляющие предоставление социальных услуг.

7.6.1. Задачи:

- полное и своевременное удовлетворение потребностей получателей социальных услуг, непрерывное повышение качества услуг и эффективности социальной обслуживания граждан, семей с несовершеннолетними детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации (социально опасном положении);
- эффективный контроль за организационными и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых социальных услуг в отделении;
- предотвращение или устранение любых несоответствий качества социальных услуг предъявляемым к ним требованиям;
- обеспечение стабильного уровня качества социальных услуг;
- решение других задач, отражающих специфику деятельности отделения и могущих повлиять на качество предоставляемых социальных услуг.

7.6.2. Функции:

- соблюдение приоритетности требований (запросов) получателей социальных услуг по обеспечению качества социальных услуг, т.е. обеспечения уверенности в том, что эти требования (запросы) будут полностью реализованы при предоставлении социальных услуг;
- предупреждение проблем обеспечения качества социальных услуг, т.е. обеспечения уверенности в том, что эти проблемы будут предупреждаться, а не выявляться и разрешаться после их возникновения;
- исполнение положений нормативных документов, регламентирующих требования к социальным услугам, порядку и правилам их предоставления;
- обеспечение отделения соответствующими людскими, материально-техническими и другими ресурсами (базовой и оперативной информацией, технической документацией, техническими средствами, данными о результатах предоставления социальных услуг и их контроля, итогах оценки качества и др.);
- осуществление систематического контроля за факторами, влияющими на качество предоставляемых социальных услуг в отделении;

- четкое распределение полномочий и ответственности работников отделения за его деятельность по предоставлению социальных услуг, влияющую на обеспечение их качества;
- личная ответственность заведующего отделением за анализ и оценку качества предоставления социальных услуг с фиксацией уровня качества, а также подготовка предложений по совершенствованию и улучшению СОК;
- обеспечение личной ответственности каждого работника отделения за качество социальных услуг в сочетании с материальным и моральным стимулированием качества;
- предоставление в ОМО отчет о положительном или отрицательном влиянии факторов на достижение запланированных результатов;
- обеспечение самоконтроля работников отделения, предоставляющего услуги, как составную часть процесса контроля;
- обеспечение понимания работниками отделения требований СОК, предъявляемых к политике в области качества;
- оценка степени удовлетворенности получателей социальных услуг путем анкетирования.

7.7. Работники Учреждения, не осуществляющие предоставление социальных услуг:

7.7.1. Задачи:

- эффективный контроль за организационными, техническими и другими факторами, влияющими на качество предоставляемых социальных услуг по направлениям деятельности работника закрепленных в должностных инструкциях;
- предотвращение или устранение любых несоответствий качества социальных услуг предъявляемым к ним требованиям;
- решение других задач, отражающих специфику деятельности работника и могущих повлиять на качество предоставляемых социальных услуг.

7.7.2. Функции:

- создание и поддержание условий, обеспечивающих стабильный уровень качества социальных услуг, а при необходимости - и возможности на его улучшение;
- анализ закреплённых за работниками факторов, влияющих на качество предоставляемых социальных услуг и предоставление в ОМО отчет о положительном или отрицательном влиянии факторов на достижение запланированных результатов;
- подготовка предложений в план мероприятий по совершенствованию СОК учреждения в соответствии с контролируемым фактором;
- принятие своевременных корректирующих действий, направленных на устранение недостатков;
- участие в других мероприятиях, направленных на обеспечение необходимого уровня качества социальных услуг.

7.8. Структура ответственности должностных лиц Учреждения в системе обеспечения качества

Должность	Ответственность
Директор	Отвечает за формирование, разъяснение и доведение политики в области качества до сведения работников учреждения, четкое определение полномочий, ответственности и порядка взаимодействия работников учреждения, выполнение требований нормативно-правовых актов и стандартов предоставления социальных услуг, контроль факторов, влияющих на качество социальных услуг, анализ и оценку результатов внутренних проверок функционирования СОК.
Заместитель директора, ответственный за качество	Отвечает за обеспечение разработки СОК, ее внедрения и поддержания в рабочем состоянии, порядок разработки (корректировки, при необходимости) документов СОК учреждения, предоставление информации руководителю учреждения о функционировании СОК, проведение мероприятий, обеспечивающих понимание, поддержку политики в области качества.
Заместители директора	Отвечают за реализацию политики учреждения в области качества, организацию по установленным направлениям деятельности, контроль факторов, влияющих на качество социальных услуг.

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18.09.2014 №651н «Об утверждении порядка осуществления мониторинга социального обслуживания граждан в субъектах РФ, а также форм документов, необходимых для осуществления такого мониторинга».

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 13.08.2014 №552н «Об утверждении рекомендуемых норм питания получателей социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания».

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 30.07.2014 №505н «Об утверждении рекомендуемых нормативов обеспечения мягким инвентарем получателей социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания».

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18.11.2014 №889н «Об утверждении рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов РФ при предоставлении социальных услуг, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящийся к социальным услугам (социальное сопровождение)».

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 30.07.2014 № 500н «Об утверждении рекомендаций по определению индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг».

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.04.2014 № 258н «Об утверждении примерной номенклатуры организаций социального обслуживания».

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 28.03.2014 №159н «О форме заявления о предоставлении социальных услуг» (с изменениями приказ Минтруда России №682н от 28.11.2016 «О внесении изменений в форму заявления о предоставлении социальных услуг»).

Приказ Федеральной службы по труду и занятости 2017 г. «Руководство по соблюдению обязательных требований в сфере социального обслуживания».

8.2. Нормативно-методические документы регионального уровня:

Закон Санкт-Петербурга от 24.12.2014 №717-135 «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге».

Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 №1282 «О мерах по реализации Закона Санкт-Петербурга «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге».

Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 №1283 «Об утверждении порядков предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге».

Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 №1284 «Об утверждении норм питания в организациях социального обслуживания населения Санкт-Петербурга».

Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 №1285 «О Порядке утверждения тарифов на социальные услуги на основании подушевых нормативов финансирования социальных услуг в Санкт-Петербурге».

Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 № 1289 "Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга в связи с реализацией полномочий Санкт-Петербурга в сфере социального обслуживания населения"

Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 № 1290 "О Порядке межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга при предоставлении социальных услуг и социального сопровождения "

Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 №1291 "Об утверждении Порядка организации осуществления регионального государственного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания населения в Санкт-Петербурге"

Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 № 1292 "Об обеспечении бесплатного доступа к информации о поставщиках социальных услуг, предоставляемых ими

социальных услугах, видах социальных услуг, сроках, порядке и об условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги, в том числе через средства массовой информации, включая размещение информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в Санкт-Петербурге».

Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 7.09. 2021 №2563-р «Об утверждении регламента Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения "Центр организации социального обслуживания" по предоставлению услуги по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг».

Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 1.07.2019 №405-р «Об утверждении порядка межведомственного взаимодействия Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения "Центр организации социального обслуживания" при реализации полномочий по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг».

Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 16.08.2019 №540-р «Об утверждении Методических рекомендаций по организации предоставления срочных социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге».

Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 16.12.2019 №869-р «Об утверждении рекомендуемых индивидуальных программ социального обслуживания получателей услуг».

Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 21.04.2017 №191-р «Об утверждении отраслевых технологических регламентов оказания государственных услуг в сфере социальной защиты населения, предоставляемых в стационарной форме социального обслуживания».

Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 15.09.2017 №535-р «Об утверждении административного регламента Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга по исполнению государственной функции по осуществлению регионального государственного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания населения в Санкт-Петербурге, в том числе за обеспечением доступности для инвалидов объектов и услуг организаций социального обслуживания».

Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 5.04.2017 №142-р «Об утверждении отраслевых технологических регламентов оказания государственных услуг в сфере социальной защиты населения, предоставляемых в форме социального обслуживания на дому».

Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 14.04.2017 №181-р «Об утверждении отраслевых технологических регламентов оказания государственных услуг в сфере социальной защиты населения, предоставляемых в полустационарной форме социального обслуживания».

Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 10.07.2020 №781-р «Об утверждении отраслевых технологических регламентов оказания государственных услуг в сфере социальной защиты населения, предоставляемых в полустационарной форме социального обслуживания с использованием дистанционных технологий».

8.3. Международные стандарты:

Стандарт ISO 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».

Стандарт ISO 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования».

Стандарт ISO 9004-2018 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества».

8.4. Национальные стандарты РФ:

ГОСТ Р ИСО 9000 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».

ГОСТ Р ИСО 9001 «Системы менеджмента качества. Требования»

ГОСТ Р ИСО 9004-2019. Менеджмент качества. Качество организации. Руководство по достижению устойчивого успеха организации.

ГОСТ Р 52113-2014. Услуги населению. Номенклатура показателей качества.
ГОСТ Р 52142-2013. «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения».
ГОСТ Р 52497-2020. «Социальное обслуживание населения. Система обеспечения качества учреждений социального обслуживания».
ГОСТ Р 52496-2019. «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг».
ГОСТ Р 53061-2019. «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг детям».
ГОСТ Р 53062-2017. «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг женщинам».
ГОСТ Р 58191-2018. «Социальное обслуживание населения. Контроль качества реабилитационных социальных услуг лицам, имеющим опыт злоупотребления наркотическими средствами, психотропными веществами и алкоголем».
ГОСТ Р 53063-2014. «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг семье».
ГОСТ Р 54342-2011. «Социальное обслуживание населения. Методы контроля качества социальных услуг» и другие.
ГОСТ 31986-2012. «Услуги общественного питания. Метод органолептической оценки качества продукции общественного питания».
ГОСТ 31987-2012. «Услуги общественного питания. Технологические документы на продукцию общественного питания. Общие требования к оформлению, построению и содержанию».
ГОСТ Р 54609-2011. «Услуги общественного питания. Номенклатура показателей качества продукции общественного питания».
СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи».
СанПиН 2.3/2.4.3590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения».
СанПиН 2.3.2.1324-03 «Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов».

8.5. Документация системы обеспечения качества учреждения

- Политика в области качества (как отдельный документ или включен разделом в Руководство по качеству).
- Руководство по качеству, включающее разделы: общее описание системы обеспечения качества, политика учреждения в области качества, организационная структура системы обеспечения качества, задачи и функции отделений и служб в области качества, сведения о комплекте документов всех уровней, составляющих нормативно-методическую базу системы обеспечения качества, порядок контроля системы обеспечения качества.
- Порядок проведения внутренних проверок функционирования системы обеспечения качества.
- План проверки системы обеспечения качества учреждения.
- Отчет о состоянии системы обеспечения качества учреждения.
- План мероприятий по совершенствованию системы обеспечения качества учреждения, по разработке новых методов и средств управления качеством.
- План мероприятий по подготовке (обучению, повышению квалификации, аттестации и т.д.) персонала, выполняющего работы, непосредственно влияющие на качество услуг.
- Отчет о степени удовлетворенности получателей социальных услуг (результаты социологических опросов, анкеты).
- Национальные стандарты социального обслуживания.

8.6. Документация системы обеспечения качества отделения

- План работы отделения, включающий мероприятия в области обеспечения качества.
- График внутреннего контроля качества отделений.
- Справки о проверке качества услуг.
- План мероприятий по устранению недостатков.
- Положение об отделении.
- Должностные инструкции.
- Правила, инструкции, методики.
- Порядок предоставления социальных услуг.
- Книга отзывов и предложений.
- Отчет о работе отделения, включающий мероприятия в области обеспечения качества.

9. Порядок контроля системы обеспечения качества

9.1. Организационная структура системы контроля качества социальных услуг включает:

- систему внешнего контроля;
- систему внутреннего контроля.

9.2. Внешний контроль качества предоставления социальных услуг осуществляется уполномоченными специалистами и службами, в числе которых Комитет по социальной политике Правительства Санкт-Петербурга, администрация Невского района Санкт-Петербурга, Росздравнадзор РФ (регионального и федерального уровней), территориальное управление в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в Санкт-Петербурге, Ростехнадзор, Роспотребнадзор и др.

9.3. Внешний контроль качества предусматривает контроль за деятельностью учреждения, проверяется наличие документально оформленной системы внутреннего контроля качества, 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. Результаты контрольных проверок отражаются в акте по контролю.

9.4. Организация внутреннего контроля качества предоставления социальных услуг в учреждении осуществляется специально созданной комиссией, в состав которой входят лица, назначаемые приказом директора учреждения. Данная служба контроля охватывает этапы планирования, работы с получателем социальных услуг, оформления результатов контроля, разработки и реализации мероприятий по устранению выявленных недостатков.

9.5. Контроль качества социальных услуг осуществляется учреждением на постоянной основе.

9.6. Проверки могут быть плановые и внеплановые.

9.7. Плановые проверки осуществляются согласно плана проведения проверок, который составляется ежегодно заведующим ОМО, согласовывается с заместителем директора – ответственным за качество и утверждается директором. Плановая проверка может использовать многофункциональный подход: тематический, фронтальный, сравнительный, документарный.

9.8. Внеплановые проверки проводятся при наличии претензий, жалоб со стороны получателей социальных услуг, при выявлении нарушений в ходе проведения плановых проверок, а также при возникновении конфликтной ситуации. Внеплановая проверка направлена на изучение ситуации и выработку мероприятий по улучшению работы отделений.

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

9.10. При оценке качества социальных услуг, предоставляемых получателям социальных услуг, используются следующие критерии:

- полнота предоставления социальной услуги в соответствии с требованиями федерального законодательства и законодательства Санкт-Петербурга, в том числе с учетом ее объема, сроков

предоставления, иных критериев, позволяющих оценить полноту 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).

9.11. Организационная структура системы качества учреждения состоит из:

- самоконтроля сотрудника структурного подразделения;
- контроля руководителя структурного подразделения;
- работы комиссии по внутреннему контролю качества социальных услуг, оказываемых учреждением;
- контроля директора, заместителя директора, представителя руководства по контролю качества учреждения.

9.12. Самоконтроль работника отделения.

9.12.1. Самоконтроль работника учреждения проводится ежедневно. Целью проведения самоконтроля является рационализация рабочего времени работника, которая приведет к увеличению количества оказываемых каждым работником услуг и повышению их качества.

9.12.2. Работник осуществляет деятельность в соответствии с ежедневным планом. Каждый сотрудник в своей работе должен руководствоваться положениями, инструкциями (регламентами) по выполнению тех или иных социальных услуг, которые находятся на рабочих местах.

9.12.3. По окончании рабочего дня работник должен зафиксировать все оказанные им услуги в электронную систему учета услуг с указанием фамилии получателя социальной услуги и вида оказанной услуги. В конце отчетного периода составляется отчет об оказанных социальных услугах и подается заведующему отделением.

9.12.4. Для организации самоконтроля по оказанию услуг работник отделения руководствуется следующими документами:

- стандартами (национальными, региональными, учреждения);
- должностными инструкциями;
- положениями, инструкциями (регламентами) по предоставлению социальных услуг;
- данными Подсистемы планирования, учета и контроля деятельности системы социального обслуживания автоматизированной информационной системы «Электронный социальный регистр населения»;
- журналами учета предоставленных социальных услуг.

9.13. Контроль заведующего отделением.

9.13.1. Контроль заведующего отделением осуществляется в соответствии с ежегодно составляемым им планом не реже 1 раза в месяц.

9.13.2. Внеплановые проверки заведующим отделением проводятся при наличии претензий жалоб со стороны получателей социальных услуг либо при возникновении конфликтной ситуации в течение 3-х дней с момента выявления претензии.

9.13.3. Целью контроля качества является контроль полноты и своевременности оказания социальных услуг работниками отделения и их качество.

9.13.4. В течение года заведующий отделением осуществляет контроль деятельности каждого работника не менее одного раза.

9.13.5. Заведующий отделением контролирует:

- реализацию плана работы отделения;
- выполнение объема и своевременность работ работниками отделения в соответствии с государственным заданием, планами и графиками работ, соответствие порядка предоставления социальных услуг инструкциям (регламентам) и стандартам;
- правильность и своевременность ведения документации;
- полноту и своевременность предоставления социальных услуг и др. вопросы.

Кроме того заведующий отделением проводит анализ деятельности отделения.

9.13.6. Результаты проверок (плановых и внеплановых) оформляются в виде справок по результатам проверки.

9.13.7. По результатам проверок заведующий отделением:

- разрабатывает и реализует мероприятия по устранению недостатков, нарушений, выявленных в ходе проверки (план мероприятий по устранению недостатков);
- вносит предложения, направленные на улучшение качества предоставления социальных услуг (служебные записки директору учреждения);
- внедряет современные социальные технологии с учетом потребностей получателей социальных услуг.

9.13.8. В случае отклонения действий работников от требований нормативных документов, в том числе по причине отсутствия возможности их выполнения, заведующий отделением информирует о данном факте представителя руководства по контролю качества для принятия мер по их устранению.

9.13.9. В случае нарушений трудовой дисциплины, невыполнения должностных инструкций, инструкций (регламентов) по оказанию социальных услуг информирует представителя руководства по контролю качества.

9.13.10. Комплект документов заведующего отделением для организации проверок включает:

- планы работы отделения, включающие мероприятия в области обеспечения качества;
- книга отзывов и предложений;
- журналы учета социальных услуг отделения;
- ежемесячные отчеты о работе отделения, включающие мероприятия в области обеспечения качества;
- акты (справки) проверок контроля качества.

9.14. Контроль заведующего отделением ОМО

9.14.1. Контроль деятельности отделений учреждения заведующим отделением осуществляется в соответствии с ежегодно составляемым планом внутренних проверок (не реже 1 раза в месяц).

9.14.2. Внеплановые проверки отделений заведующим отделением проводятся при наличии претензий и жалоб со стороны получателей социальных услуг либо при возникновении конфликтной ситуации в течение 3-х дней с момента выявления претензии.

9.14.3. Целью контроля качества является контроль полноты и своевременности оказания социальных услуг отделениями и их качество.

9.14.4. В течение года заведующий отделением осуществляет контроль деятельности каждого отделения не менее одного раза.

9.14.5. Заведующий отделением контролирует:

- реализацию плана работы отделений;
- выполнение объема работ отделениями в соответствии с государственным заданием, планами и графиками работ, соответствие порядка предоставления социальных услуг инструкциям (регламентам) и стандартам;
- правильность и своевременность ведения документации отделениями;
- своевременное и правильное занесение данных в подсистему планирования, учета и контроля деятельности системы социального обслуживания автоматизированной информационной системы «Электронный социальный регистр населения»;
- полноту и своевременность предоставления социальных услуг в отделениях;
- анализ деятельности отделений и др. вопросы.

9.14.6. Результаты проверок (плановых и внеплановых) оформляются в виде справок по результатам проверки.

9.14.7. По результатам проверок заведующий отделением:

- разрабатывает и доводит до заведующих отделений мероприятия по устранению недостатков, нарушений, выявленных в ходе проверки (план мероприятий по устранению недостатков);
- вносит предложения, направленные на улучшение качества предоставления социальных услуг (служебные записки директору учреждения);
- внедряет современные социальные технологии с учетом потребностей получателей социальных услуг.

9.14.8. В случае отклонения действий работников от требований нормативных документов, в том числе по причине отсутствия возможности их выполнения, заведующий отделением информирует о данном факте представителя руководства по контролю качества для принятия мер по их устранению.

9.14.9. В случае нарушений трудовой дисциплины, невыполнения должностных инструкций, инструкций (регламентов) по оказанию социальных услуг информирует представителя руководства по контролю качества.

9.14.10. Комплект документов заведующего отделением ОМО для организации проверок включает:

- Порядок проведения внутренних проверок функционирования СОК учреждения;
- План внутренних проверок функционирования СОК учреждения;
- планы работы отделений, включающие мероприятия в области обеспечения качества;
- журналы учета социальных услуг отделения;
- ежемесячные отчеты о работе отделений, включающие мероприятия в области обеспечения качества;
- книги отзывов и предложений;
- отчет о степени удовлетворенности клиентов социальными услугами (результаты социологических опросов, анкеты);
- акты (справки) проверок комиссии по внутреннему контролю качества.

9.15. Работа комиссии по контролю качества социальных услуг

9.15.1. Состав комиссии по контролю качества социальных услуг утверждается приказом директора. Работа комиссии осуществляется в соответствии с данным Руководством и ежегодным планом работы, утверждаемым директором учреждения.

9.15.2. Целью деятельности комиссии является контроль реализации политики учреждения в области качества оказания социальных услуг.

9.15.3 Проверки, осуществляемые комиссией, могут быть плановые и внеплановые.

9.15.4. Плановая проверка может использовать многофункциональный подход: тематический (например, проверяется качество оказания социально-бытовых услуг), фронтальный (оценивается качество всех гарантированных учреждением услуг), сравнительный (сравниваются данные предшествующего периода, отмечается тенденция), документарный (проверяются журналы учета услуг, отчеты о проводимых услугах, инструкции (технологические карты) по оказанию социальных услуг с алгоритмом действия персонала, результаты анкетирования, социологических опросов, качество ведения документации и т.д.).

9.15.5. Плановые проверки отделений осуществляются не менее 1 раза в год согласно плану проверок.

9.15.6. Вопросы для проведения проверок разрабатываются председателем комиссии и утверждаются директором учреждения индивидуально для каждой проверки.

9.15.7. Конкретный список вопросов проверки с указанием сроков ее проведения вручается для ознакомления заведующему отделением, которое подлежит проверке, за три дня до ее начала под подпись.

9.15.8. После окончания проверки в течение 3-х дней документально оформляются результаты проверки по внутреннему контролю качества (акт или справка по результатам проверки), составляется перечень выявленных недостатков и заведующего отделением знакомят с результатами проверки под подпись.

9.15.9. Заведующий отделением в 10-дневный срок на основании акта (справки) и рекомендаций разрабатывает и согласовывает с председателем комиссии план мероприятий по устранению недостатков, с указанием ответственных лиц и сроков их выполнения.

9.15.10. Внеплановые проверки проводятся при наличии претензий, жалоб со стороны получателей социальных услуг, при возникновении конфликтной ситуации, запросов правоохранительных органов, для контроля выполнения рекомендаций и замечаний, данных по результатам плановой проверки. Внеплановая проверка проводится для изучения ситуации и выработки мероприятий по улучшению работы отделения.

9.15.11. Внеплановые проверки проводят в присутствии заведующего отделением или без него в течение 3-х дней с момента возникновения нестандартной или конфликтной ситуации.

9.15.12. После окончания внеплановой проверки в течение 3-х дней комиссия документально оформляет результаты проверки, дает рекомендации по устранению выявленных недостатков и знакомит с ним заведующего отделением под подпись.

9.15.13. Заведующий отделением:

- направляет письменный ответ получателю социальной услуги, от которого поступила жалоба или претензия в течение 15 дней, за подписью директора;

- в 10-дневный срок разрабатывает и согласовывает с директором учреждения план мероприятий по устранению недостатков с указанием ответственных лиц и сроков их исполнения.

9.15.14. Один раз в полугодие заведующий ОМО готовит аналитическую справку по результатам проверки всех отделений. Итоги проверок рассматриваются на совещаниях с заведующими отделениями.

9.15.15. В случае выявления отклонений в действиях работников от требований нормативных документов, в том числе по причине отсутствия возможности их выполнения, комиссия информирует о данном факте директора учреждения для принятия мер по их устранению.

9.15.16. В случае нарушений работником трудовой дисциплины, невыполнения должностных инструкций, инструкций по оказанию социальных услуг данный факт выносится для рассмотрения на совещание заведующих отделениями и ходатайством на имя директора учреждения о дисциплинарном взыскании.

9.15.17. Комиссия осуществляет проверку деятельности отделений:

- наличия и состояния документов, в соответствии с которыми функционирует учреждение (устав, положение об учреждении, коллективный договор, национальные и государственные стандарты РФ федеральные законы и законы Санкт-Петербурга, нормативно-правовые акты правительства Российской Федерации и правительства Санкт-Петербурга);

- ведения документации СОК отделениями и поддержание ее в актуальном состоянии;

- деятельности отделений и отдельных работников по оказанию социальных услуг и их соответствия требованиям нормативно-правовым актам, стандартам социальных услуг, положению об отделениях, порядкам (регламентам) по предоставлению социальных услуг;

- результативности предоставленных социальных услуг (удовлетворенность получателя социальных услуг качеством полученных социальных услуг);

- факторов, влияющих на качество социальных услуг, в том числе состояние информации об учреждении, условий предоставления услуг, наличие необходимых помещений, оборудования, сопутствующих материалов и т.д.;

- укомплектованности учреждения специалистами и их квалификацией, в том числе своевременности повышения их квалификации и прохождения аттестации;

- обеспеченности специальным и табельным техническим оснащением (оборудованием, приборами и аппаратурой);

- данных Подсистемы планирования, учета и контроля деятельности системы социального обслуживания автоматизированной информационной системы «Электронный социальный регистр населения»;

- результатов устранения недостатков, выявленных в ходе проверок и аналитической работы учреждения (социологических опросов, мониторингов, анкетирования и т.д.).

9.16. Контроль представителя руководства учреждения

9.16.1. Контроль представителя руководства учреждения осуществляется непрерывно.

9.16.2. Целью контроля представителя руководства является реализация политики учреждения в области качества.

9.16.3. Представитель руководства учреждения организует проведение социологических опросов, анкетирование получателей социальных услуг и работников учреждения по качеству предоставления социальных услуг, назначает ответственных за проведение и анализ полученных данных.

9.16.4. На основе анализа анкетирования и социологического опроса вносит предложения по повышению качества предоставления социальных услуг, внедрению новых технологий социальных услуг и инновационных методов работы.

9.16.5. Предложения вносятся для обсуждения на совещание заведующих отделениями.

9.16.6. Руководство учреждения регулярно контролирует:

▪ Потребности населения в социальных услугах;

▪ Способность учреждения удовлетворять потребности населения в предоставлении социальных услуг;

▪ Изменение в законодательной, экономической, социальной сферах;

- Ресурсные возможности учреждения;
- Эффективность и результативность деятельности учреждения и др.