

**Стандарт качества предоставления муниципальных услуг
первичной медико-санитарной помощи в стационарных условиях**

1. Разработчик Стандарта качества предоставления муниципальных услуг в сфере «Здравоохранение» – Муниципальное учреждение «Катав-Ивановская центральная районная больница»

2. Область применения стандарта - настоящий стандарт распространяется на услуги в области здравоохранения, предоставляемые населению Муниципальным учреждением «Катав-Ивановская центральная районная больница» (далее по тексту – учреждение), и устанавливает основные положения, определяющие качество предоставления следующей муниципальной услуги:

- оказание первичной медико-санитарной помощи в стационарных условиях;

3. Термины и определения, используемые в настоящем стандарте, закреплены

отраслевым стандартом ОСТ 91500.01.0005 2001 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 № 12:

- медицинская деятельность – деятельность, направленная на оказание медицинских услуг;

- безопасность – отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба;

- требование – положение нормативного документа, содержащее критерии, которые должны быть соблюдены;

- эффективность медицинской помощи – объем медицинской помощи, при которой соответствующий тип медицинского обслуживания и помощи достигает своей цели - улучшения состояния пациента;

- медицинские работники – сотрудники учреждения, имеющие непосредственное отношение к оказанию медицинских услуг;

- пациент – потребитель медицинской услуги, обращающийся в учреждение или к медицинскому работнику за медицинской помощью.

4. Нормативные правовые акты, регламентирующие качество услуги.

Настоящий стандарт качества разработан и действует в соответствии с:

- Конституцией Российской Федерации;

- Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 (ред. от 18.07.2011);

- Федеральный закон Российской Федерации от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ред. от 29.11.2010);

- Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (ред. от 09.12.2010);

- Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (ред. от 01.07.2011);

- Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (ред. от 19.10.2011, с изм. от 21.22.2011);

- Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (ред. от 21.11.2011); - Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (ред. от 27.07.2010);

- постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.07.2005 № 487 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи»;

5. Наименование услуги.

Оказание первичной медико-санитарной помощи в стационарных условиях.

6. Содержание услуги.

Медицинская помощь предоставляется в учреждении, имеющем лицензию на соответствующий вид деятельности, в соответствующих структурных подразделениях в случаях плановой или экстренной госпитализации, требующих применения интенсивных методов диагностики и лечения, круглосуточного медицинского наблюдения и (или) изоляции, в том числе по эпидемиологическим показаниям:

- при заболеваниях, в том числе острых, и при обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах;
- при патологии беременности, родах и абортах;
- в период новорожденности.

7. Единица измерения услуги:

- количество пациентов в год
- количество койко-дней в год

7.1. Срок предоставления услуги зависит от тяжести и вида заболевания.

8. Порядок получения доступа к услуге.

8.1. Получатель услуги – физические лица.

В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Челябинской области бесплатной медицинской помощи медицинская помощь оказывается гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам, лицам без гражданства при предоставлении:

Для детей до 14 лет:

свидетельство о рождении ребенка

действующий полис обязательного медицинского страхования (далее – ОМС)

паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) одного из родителей (законного представителя) с регистрацией по месту жительства

согласие на обработку персональных данных (заполняется при первичном обращении в АПП)

Для детей старше 14 лет и взрослых:

действующий полис ОМС

паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) с регистрацией по месту жительства;

согласие на обработку персональных данных (заполняется при первичном обращении в АПП)

Лицам, не имеющим вышеуказанных документов или имеющим документы, оформленные ненадлежащим образом, оказывается только экстренная и неотложная помощь по жизненным показаниям.

8.2. В стационаре с круглосуточным пребыванием госпитализируются пациенты, нуждающиеся в круглосуточном наблюдении медицинским персоналом, проведением интенсивной терапии, осуществлении изоляции по эпидемическим показаниям. Госпитализация в стационаре осуществляется при наличии медицинских показаний по:

- направлению врача лечебно-профилактического учреждения;
- скорой медицинской помощи;
- при самостоятельном обращении больного (экстренные показания).

8.3. При оказании услуг гражданам в стационарных условиях используются возможности лечебно-диагностической базы учреждения для необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

9. Требования к качеству услуг по оказанию стационарной медицинской помощи. Качество услуг по оказанию медицинской помощи гражданам в стационарных условиях, исходя из числа выбывших больных и числа койко-дней, проведенных больными в учреждениях.

Своевременность и качество оказания медицинской помощи в условиях стационаров напрямую влияют на количество выбывших больных.

Медицинская помощь должна оказываться в отделениях в соответствии с профилем заболевания.

Выполнение лечебно-диагностических мероприятий должно осуществляться в соответствии с утвержденными клинико-экономическими стандартами.

Пациенты размещаются по палатам до 6 мест. При отсутствии мест допускается
(на срок не более 1 суток) размещение больных вне палаты (коридорная госпитализация).

При наличии медицинских показаний госпитализация детей проводится совместно с лицом, осуществляющим уход (одним из родителей или иным законным представителем).

Проведение лечебно-диагностических манипуляций, лекарственное обеспечение начинаются с момента поступления в стационар, оказываются в соответствии с утвержденными формализованными протоколами ведения больных. Пациенты и лица, осуществляющие уход за детьми до одного года, обеспечиваются лечебным питанием. Организация обследования пациентов в стационаре должна обеспечивать точность и быстроту диагностирования заболевания. При этом должно обеспечиваться посещение пациентом соответствующих специалистов и сбор всех документов, необходимых для установки диагноза. Качество диагностических процедур должно определяться быстротой и точностью установления диагноза, что способствует выявлению заболеваний на ранних стадиях, их быстрому лечению и восстановлению здоровья пациентов.

Организация диагностических мероприятий должна обеспечивать наличие необходимого диагностического оборудования (по проведению рентгенологического, ультразвукового, лабораторного, функционального, бактериологического и других исследований).

Организация помощи в период установления диагноза заключается в правильном выборе и получении лекарств, порядке их приема до установления окончательного диагноза. Пациентам необходимо проводить разъяснения о пагубности вредных привычек (употребление алкоголя, наркотиков, курения и так далее), которые усугубляют выявляющиеся заболевания, давать необходимые рекомендации по предупреждению или преодолению их.

Обеспечение ухода за пациентами в стационарных учреждениях с учетом состояния здоровья должно включать в себя такие услуги, как наблюдение (готовность в любой момент прийти на помощь), проведение медицинских процедур, выдача лекарств, в соответствии с назначением лечащих врачей, оказание помощи в передвижении (при необходимости) и в других действиях пациента. Должен быть обеспечен необходимый запас медикаментов и препаратов для оказания медицинских процедур. Проведение медицинских процедур (измерение температуры тела, артериального давления, наложение компрессов, перевязок, обработка пролежней, раневых поверхностей, очистительные клизмы и другие) и оказание помощи при выполнении других процедур (прием, внутреннее введение лекарств, закапывание капель, пользование катетерами и другие) должны осуществляться с максимальной аккуратностью и осторожностью без причинения вреда пациентам, с обязательным оформлением добровольного информированного согласия.

Услуги по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях должны обеспечиваться необходимым количеством медицинского (врачи, фельдшеры, медицинские сестры и так далее) и вспомогательного персонала. Максимальная внимательность, аккуратность и осторожность лечащих врачей к клиентам должна обеспечивать недопущение врачебных ошибок.

Содействие в оказании медицинской помощи в стационарных условиях должно обеспечивать необходимое время для лечения пациентов лечащим врачом (достаточное количество времени для ежедневного обследования больного), необходимый уход и чуткое обращение со стороны медперсонала, что должно способствовать более быстрому выздоровлению клиентов. Услуги лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов) должны обеспечивать получение пациентами назначенных им процедур с учетом характера заболевания, медицинских показаний, физического состояния пациентов. Должна быть обеспечена своевременность и максимальная непрерывность получения услуги в соответствии с предписанием лечащего врача.

Оказание услуги должно производиться в индивидуальном порядке в комфортных для пациента условиях. При необходимости место оказания услуг должно быть ограждено от посторонних глаз.

Уход за лежачими больными должен обеспечивать выполнение необходимых процедур без причинения какого-либо вреда их здоровью, физических или моральных страданий и неудобств.

Оказание помощи пациентам, нуждающимся в операции, должно обеспечивать все необходимые мероприятия, начиная с подготовки больного к операции (его обследование, необходимость назначения препаратов для улучшения показателей здоровья, необходимых для проведения операции, проверка на переносимость к анестезии). Проведение самой операции должно происходить в соответствующих санитарным нормам и правилам условиях и в необходимом для каждой операции составе медперсонала. Мероприятия в послеоперационный период должны включать в себя повышенный уход за пациентом по сравнению с другими, своевременное оказание помощи по обезболиванию, проведению процедур, перевязок и других мероприятий, необходимых для скорейшего выздоровления.

Питание в стационаре должно быть полноценным, в зависимости от заболевания. Блюда должны быть приготовлены из доброкачественных продуктов, удовлетворять потребности пациентов по калорийности, соответствовать установленным нормам питания и санитарно – гигиеническим требованиям.

Социально - бытовые условия пребывания пациентов в стационаре должны обеспечивать определенную комфортность, которая заключается в непринесении неудобств пациентам. Мебель и постельные принадлежности должны быть удобными в пользовании, подобранными с учетом физического состояния клиентов. Для пациентов при необходимости должна быть предоставлена одежда, обувь, нательное белье, которые должны быть удобны в носке, соответствовать размерам пациентов, а также отвечать санитарно-гигиеническим нормам и требованиям. Помещения для физиотерапевтических услуг, услуг по массажу, лечебной

физкультуре, по размерам, расположению и конфигурации должны обеспечивать проведение в них указанных услуг с учетом специфики обслуживаемого контингента. Помещения должны быть оснащены необходимым специальным оборудованием, инвентарем, находящимся в исправном состоянии и должны соответствовать установленным санитарно-гигиеническим нормам.

В стационарах должны быть отведены помещения для посещения пациентов родственниками и предусмотрены удобные графики для этого. При оказании услуг гражданам в стационарных условиях используются возможности лечебно-диагностической базы учреждения с обеспечением необходимых диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий, ухода со стороны среднего медицинского персонала.

После прекращения пребывания пациента в стационаре выписка из его истории болезни должна быть передана в поликлинику по месту регистрации. Пациент может быть ознакомлен с медицинской документацией и получить копию по личному заявлению.

10. Основные факторы, влияющие на качество предоставления муниципальной услуги

На качество предоставления муниципальных услуг влияют факторы:

- наличие и состояние документов, в соответствии с которыми функционирует учреждение;
- условия размещения учреждения;

- организационно-технические условия и материально-техническое оснащение учреждения (медицинское, технологическое и прочее оборудование);
- укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация;
- особенности информационного сопровождения деятельности учреждения, предоставляющего услугу;
- наличие ведомственной и вневедомственной систем контроля качества оказания медицинской помощи;
- соответствие клинико-экономическим стандартам оказания медицинской помощи.

10.1. Документы, в соответствии с которыми функционирует учреждение:

10.1.1. Устав учреждения - является основным, организационным документом, регламентирующим деятельность учреждения и должен включать в себя следующие сведения:

- предназначение учреждения;
- порядок формирования деятельности, реорганизации и ликвидации;
- юридический статус (организационно-правовая форма и форма собственности);
- ведомственная принадлежность и подчиненность;
- основные задачи деятельности, категории обслуживаемых лиц;
- структурные подразделения учреждения, основные направления их деятельности, объем и порядок предоставления ими услуг в соответствии с государственными, региональными (в случае их утверждения) или муниципальными стандартами в области здравоохранения.

10.1.2. Лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложениями;

10.1.3. Лицензии на фармацевтическую деятельность, деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ с приложениями, а также других лицензий, необходимых для деятельности медицинских учреждений в соответствии с действующей нормативной базой.

10.1.4. Приказы, решения, правила, инструкции, методики, положения, определяющие способы предоставления услуг и контроля их качества, предусматривающие меры совершенствования работы медицинского учреждения.

Основными Положениями являются:

- положение о системе ведомственного контроля качества; положение о врачебной комиссии, утверждаемое приказом руководителя учреждения;
- положение о порядке предоставления платных услуг, утверждаемое приказом руководителя учреждения.

10.1.5. Эксплуатационные документы на медицинское оборудование, приборы и аппаратуру;

10.1.6. Государственные, региональные и муниципальные стандарты в области здравоохранения.

10.2. Условия размещения и режим работы учреждений.

Учреждение должно размещаться в специально предназначенных зданиях и помещениях, доступных для населения. Площадь, занимаемая учреждением, должна обеспечивать размещение работников и населения и предоставление им услуг в соответствии с санитарными правилами и нормами.

По площади и техническому состоянию помещения должны отвечать требованиям противопожарной безопасности, безопасности труда и быть защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенная температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, загрязненность, шум, вибрация и так далее) и должна быть оснащена необходимым специальным оборудованием и инструментом.

10.3. Техническое оснащение учреждения.

Каждое подразделение должно быть оснащено медицинским, технологическим и прочим оборудованием, отвечающим требованиям стандартов и обеспечивающим надлежащее качество предоставляемых услуг. Оборудование, приборы и аппаратуру следует использовать строго по назначению в соответствии с эксплуатационными документами, содержать в технически исправном состоянии, которое следует систематически проверять.

10.4. Укомплектованность учреждения кадрами и их квалификация.

Учреждение должно располагать необходимым числом специалистов в соответствии со штатным расписанием.

Каждый медицинский работник должен иметь соответствующее образование, сертификат, квалификацию, профессиональную подготовку, обладать знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на него обязанностей. Квалификацию медицинских работников следует поддерживать на высоком уровне постоянной (не реже 1 раза в 5 лет) учебой на курсах переподготовки и повышения квалификации, проведением конференций, семинаров, разборов сложных случаев и выявленной дефектуры.

У каждого медицинского работника должны быть должностные инструкции, устанавливающие их обязанности и права.

10.5. Особенности информационного сопровождения деятельности учреждения:

10.5.1. Учреждение обеспечивает граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о наименовании учреждения и его место нахождении (месте государственной регистрации), режиме работы, перечне основных видов медицинской помощи, предоставляемых учреждением.

10.5.2. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

10.5.3. В каждом АПП Учреждения в общедоступных местах на информационных стенах размещаются сведения:

- режим работы;
- виды медицинской помощи, оказываемой бесплатно в рамках Программы государственных гарантий на текущий год;
- перечень оказываемых платных услуг и их стоимость;
- условия предоставления и получения платных услуг;
- перечень специалистов, ведущих прием;
- перечень категорий лиц, имеющих право на обслуживание вне очереди;
- перечень необходимых документов для оказания медицинской помощи в данном медицинском учреждении и при направлении на консультацию в другие медицинские учреждения.

Сведения о графике работы Учреждения сообщаются по телефону (регистратура), а также размещаются на вывесках при входе в здания.

Информирование о порядке предоставления Услуги осуществляется должностными лицами Учреждения, ответственными за организацию медицинской помощи.

Информирование осуществляется в виде:

- устного консультирования;
- письменного консультирования.

Информирование осуществляется с использованием:

- средств телефонной связи;

- средств почтовой связи;
 - электронной почты;
- средств массовой информации;
- печатных информационных материалов;
 - информационных стендов.

Режим работы Учреждения устанавливается в соответствии с требованиями Трудового кодекса Российской Федерации и правилами внутреннего трудового распорядка, с учетом специфики предоставления конкретных видов муниципальных услуг и типа учреждения.

11. Контроль качества оказания муниципальной услуги

11.1. Наличие внутренней и внешней систем контроля за деятельностью учреждения: 11.1.1. Внутренний (ведомственный) контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется должностными лицами учреждения, врачебными комиссиями. 11.1.2. Внешний (вневедомственный) контроль осуществляют страховые медицинские организации, областной Территориальный фонд ОМС, территориальный орган социального страхования РФ.

11.2. При оценке качества услуг используются следующие критерии:

- своевременность предоставления;
- соответствие оказываемой медицинской помощи медико-экономическим стандартам;
- объем оказания медицинской помощи;
- отсутствие обоснованных жалоб.

Текущий контроль за соблюдением и исполнением должностными лицами, ответственными за предоставление Услуги, также принятием решений вышеуказанными лицами, осуществляют заведующие отделениями, заместители главного врача по поликлиникам (детская, взрослая), заместитель главного врача по медицинской части.

В лечебных учреждениях проводятся плановые проверки полноты и качества предоставления Услуги в том числе:

- путем реализации системы ведомственного много уровня контроля качества в учреждении (заместитель главного врача по лечебной работе, зав. отделением); контроль качества оказания медицинской помощи в рамках переданных полномочий в субъекты Российской Федерации по лицензированию;
- контроль за соблюдением законодательства при оказании платных медицинских услуг, определенных Программой государственных гарантий;
- комплексные проверки учреждений здравоохранения.

Порядок и периодичность осуществления плановых и внеплановых проверок полноты и качества исполнения предоставления Услуги, в том числе порядок и формы контроля за полнотой и качеством предоставления Услуги осуществляется согласно плану проверок или по мере поступления претензий.

Перечень решений, которые могут быть приняты по итогам оценки фактического качества оказания муниципальной услуги:

- оформление по итогам проверки справки/акта/предписания с указанием выявленных нарушений и сроков их устранения с предоставлением в управление здравоохранения письменного уведомления об исполнении (при необходимости с приложением подтверждающих документов);
- организация внеплановой проверки для контроля устранения выявленных нарушений;
- оказание дополнительной организационно-методической помощи учреждению здравоохранения;
- применение мер дисциплинарного воздействия к руководителю муниципального учреждения здравоохранения;

- материалы проверок, проведённых в рамках реализации переданных полномочий по контролю качества оказания медицинской помощи, могут быть направлены в правоохранительные органы.

11.3. Ответственность за качество оказания медицинских услуг.

В учреждении должно быть назначено лицо, ответственное за качество предоставления медицинских услуг. За решения, принимаемые (осуществляемые) в ходе предоставления Услуги, и действия (бездействия), осуществляемые в ходе предоставления Услуги, должностные лица, ответственные за предоставление Услуги, несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Руководитель учреждения несет полную ответственность за соблюдение настоящего Стандарта и определяет основные цели, задачи и направления деятельности учреждения в области совершенствования качества предоставляемых услуг.

11.4. Качественную медицинскую помощь характеризуют:

- доступность, безопасность, адекватность и эффективность медицинской помощи;
- обоснованность применяемых медицинских технологий (выполнение медицинского процесса);
- отсутствие врачебных ошибок и нарушений технологии оказания медицинской помощи;
- оптимальность использования ресурсов учреждения;
- удовлетворенность больного медицинским обслуживанием.

11.5. Требования к технологии оказания услуг.

Получателю услуги предоставляется право доступа к:

- перечню документов, необходимых для получения муниципальной услуги;
- составу и последовательности действий получателя муниципальной услуги и учреждения;
- объему и содержанию услуги, включая удельные показатели объема услуги на одного потенциального потребителя услуги;
- сроку оказания муниципальной услуги, а также к срокам на совершение действий (принятие решений) в процессе оказания муниципальной услуги, срокам ожидания получения услуги после оформления соответствующего запроса; - очередности предоставления муниципальной услуги (совершению действий и принятию решений) в случае превышения спроса на муниципальную услугу над возможностью ее предоставления без ожидания, в том числе к срокам и условиям ожидания оказания данной услуги;
- результатам, который должен получить получатель муниципальной услуги.

11.6. Проверка исполнения стандарта контролируется ответственными должностными лицами в ходе оценки соответствия фактически предоставленных услуг стандарту.

По результатам оценки применяются:

- стимулирующие меры административного и финансового характера в отношении руководителей подразделений, предоставляющих муниципальные услуги; - дисциплинарные меры в отношении руководителей подразделений, подразделений, предоставляющих муниципальные услуги.

12. Порядок обжалования действий (бездействий) исполнителя и ответственных должностных лиц, оказывающих муниципальную услугу

12.1.Общие положения.

12.1.1.Обжаловать нарушение требований настоящего стандарта качества муниципальной услуги может любое лицо, являющееся потребителем муниципальной услуги. За несовершеннолетних лиц обжаловать нарушение настоящего стандарта могут родители (законные представители).

12.1.2. Правозащитные организации могут представлять интересы вышеуказанных лиц.

12.1.3. Лицо, подающее жалобу на нарушение требований стандарта качества муниципальной услуги (далее - заявитель) при условии его дееспособности, может обжаловать нарушение настоящего стандарта следующими способами:

- 1) указание на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения;
- 2) жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения;
- 3) жалоба на нарушение требований стандарта в администрацию Катав-Ивановского муниципального района.
- 4) обращение в суд.

12.2. Указание на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения.

12.2.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель вправе указать на это сотруднику учреждения, с целью незамедлительного устранения нарушения и (или) получения извинений в случае, когда нарушение требований стандарта было допущено непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которого он представляет).

12.2.2. При невозможности, отказе или неспособности сотрудника учреждения, устраниТЬ допущенное нарушение требований стандарта и (или) принести извинения, заявитель может использовать иные способы обжалования.

Обжалование в форме указания на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения, не является обязательным для использования иных, предусмотренных настоящим стандартом, способов обжалования.

12.3. Жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения.

12.3.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель может обратиться с жалобой на допущенное нарушение к должностному лицу учреждения.

12.3.2. Обращение заявителя с жалобой к должностному лицу организации учреждения, может быть осуществлено в письменной или устной форме. Учреждение не вправе требовать от заявителя подачи жалобы в письменной форме.

12.3.3. Должностное лицо учреждения, при приеме жалобы заявителя может совершить одно из следующих действий:

а) принять меры по установлению факта нарушения требований стандарта и удовлетворению требований заявителя;

б) аргументировано отказать заявителю в удовлетворении его требований.

12.3.4. Должностное лицо учреждения, может отказать заявителю в удовлетворении его требований в случае несоответствия предъявляемых требований требованиям настоящего стандарта, при наличии оснований для того, чтобы считать жалобу заявителя безосновательной, в случае несоответствия срокам, указанным в пункте 4.4. настоящего раздела, а также по иным причинам.

В случае аргументированного отказа, по просьбе заявителя учреждение, должно в день подачи жалобы предоставить официальное письмо, содержащее следующую информацию:

- фамилия имя отчество заявителя;
- фамилия имя отчество лица, которого он представляет;
- адрес проживания заявителя;
- контактный телефон;
- наименование учреждения, принявшего жалобу;
- содержание жалобы заявителя;
- дата и время фиксации нарушения заявителем;

- причины отказа в удовлетворении требований заявителя.

12.3.5. При личном обращении заявителя с жалобой с целью установления факта нарушения требований стандарта и удовлетворения требований заявителя (полного или частичного), должностное лицо учреждения, должен совершить следующие действия:

12.3.5.1. Совместно с заявителем и при его помощи удостовериться в наличии факта нарушения требований стандарта (в случае возможности его фиксации на момент подачи жалобы заявителем).

12.3.5.2. Совместно с заявителем и при его помощи установить сотрудников, которые, по мнению заявителя, ответственны за нарушение требований стандарта (в случае персонального нарушения требований стандарта).

12.3.5.3. По возможности организовать устранение зафиксированного нарушения требований стандарта в присутствии заявителя.

12.3.5.4. Принести извинения заявителю от имени учреждения за имевший место факт нарушения требований стандарта, допущенный непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которое он представляет) в случае, если такое нарушение имело место и должностное лицо не считает для этого целесообразным проведение дополнительных служебных расследований.

12.3.5.5. В случае удовлетворения всех требований заявителя, действия, указанные в пунктах 12.3.5.6-12.3.5.12 настоящего раздела не осуществляются.

12.3.5.6. Если требования заявителя не были полностью удовлетворены, по требованию заявителя предоставить ему расписку в получении жалобы. Расписка должна содержать следующую информацию:

- фамилия имя отчество заявителя;

- фамилия имя отчество лица, которого он представляет;

- адрес проживания заявителя;

- контактный телефон;

- наименование учреждения, принявшего жалобу;

- содержание жалобы заявителя;

- дата и время фиксации нарушения заявителем;

- факты нарушения требований стандарта, совместно зафиксированные заявителем и ответственным сотрудником учреждения;

- лицо, допустившее нарушение требований стандарта (при персональном

нарушении) – по данным заявителя, либо согласованные данные; - нарушения требований стандарта, устранные непосредственно в присутствии

заявителя;

- подпись должностного лица;

- печать организации;

- подпись заявителя, удостоверяющая верность указанных данных.

12.3.5.7. Провести служебное расследование с целью установления фактов нарушения требований стандарта, обозначенных заявителем, и ответственных за это сотрудников.

12.3.5.8. УстраниТЬ нарушения требований стандарта, зафиксированные совместно с заявителем.

12.3.6.9. Применить дисциплинарные взыскания к сотрудникам, ответственным за допущенные нарушения требований стандарта.

12.3.5.10. Обеспечить в течение не более 15 дней после подачи жалобы уведомление заявителя (лично или по телефону) о предпринятых мерах, в том числе:

- об устранении зафиксированных в жалобе нарушений (с перечислением устранимых нарушений);
- о примененных дисциплинарных взысканиях в отношении конкретных сотрудников (с указанием конкретных мер и сотрудников);
- об отказе в удовлетворении требований заявителя (в том числе в применении дисциплинарных взысканий в отношении конкретных сотрудников с аргументацией отказа).

12.3.5.11. По просьбе заявителя в течение 3 дней со дня уведомления предоставить ему в виде официального письма информацию, о которой заявитель был уведомлен в соответствии с пункте 12.3.6.10 настоящего раздела.

12.3.5.12. Принести извинения заявителю (лицу, в отношении которого было допущено нарушение требований стандарта) от имени организации за имевший место факт нарушения требований стандарта, допущенный непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которое он представляет) в случае, если такие извинения не были принесены ранее.

12.3.6. В случае отказа учреждения, от удовлетворения отдельных требований заявителя, либо в случае нарушения сроков, указанных в пунктах 12.3.6.10-12.3.6.11

настоящего раздела, заявитель может использовать иные способы обжалования.

Жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения, не является обязательной для использования иных, предусмотренных настоящим Стандартом, способов обжалования.

12.4. Порядок осуществления проверочных действий в случае подачи жалобы на нарушение требований стандарта в Администрацию Катав-Ивановского муниципального района.

12.4.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель может обратиться с жалобой на допущенное нарушение в Администрацию Катав-Ивановского муниципального района на имя главы Администрации города.

12.4.2. Подача и рассмотрение жалобы в Администрации города. осуществляются в порядке, установленном Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

12.4.3. Проверочные действия с целью установления факта нарушения отдельных требований стандарта (далее – проверочные действия) осуществляет ответственное подразделение, за исключением случаев, когда обжалуются действия (бездействие) данного подразделения.

12.4.4. Заявителю может быть отказано в осуществлении проверочных действий в соответствии с установленным настоящим стандартом порядком в следующих

случаях:

- предоставление заявителем заведомо ложных сведений; - содержание жалобы не относится к требованиям настоящего стандарта.

Отказ в осуществлении проверочных действий по иным основаниям не допускается.

В случае отказа в осуществлении проверочных действий в ответе заявителю в обязательном порядке должны быть указаны причины этого отказа.

12.4.5. Если в жалобе обжалуются действия (бездействие) ответственного подразделения, проверочные действия осуществляются в форме служебной проверки в соответствии с регламентом;

В иных случаях проверочные действия осуществляются в соответствии с п.п. 12.4.6-12.4.11.

12.4.6. Факт нарушения отдельных требований стандарта, на который было указано в жалобе заявителя, должен быть установлен в течение 25 дней с момента регистрации жалобы.

12.4.7. Ответственное структурное подразделение может осуществить проверочные действия:

а) посредством поручения руководителю подведомственной организации, жалоба на которую была подана заявителем, установить факт нарушения отдельных требований стандарта и выявить ответственных за это сотрудников;

б) собственными силами.

Осуществление проверочных действий по жалобам, содержащим указание на наличие официального отказа учреждения, от удовлетворения требований заявителя, либо на действие (бездействие) руководителя оказывающего услугу учреждения осуществляется исключительно в соответствии с подпунктом «б» настоящего пункта. Установление факта нарушения требований стандарта в соответствии с пунктом «а» настоящего пункта может осуществляться только Администрацией Катав-Ивановского муниципального района.

12.4.8. Установление факта нарушения требований стандарта силами организации, оказывающей услугу, осуществляется посредством проведения руководителем данной организации проверки и/или служебного расследования по содержанию поступившей жалобы.

Сроки установления факта нарушения требований стандарта учреждением, определяются в соответствии с поручением ответственного подразделения администрации Катав-Ивановского муниципального района

По результатам проведения проверки и/или служебного расследования руководитель учреждения:

- устраняет выявленные нарушения требований стандарта, на которые было указано в жалобе заявителя;
- привлекает сотрудников, признанных виновными за нарушение требований стандарта, к ответственности;
- представляет ответственному подразделению отчет об установленных и неустановленных фактах нарушения отдельных требований настоящего стандарта с указанием действий, предпринятых руководителем в части устранения нарушения требований стандарта и наказания ответственных сотрудников учреждения. На основании данных отчета ответственное подразделение может провести проверочные действия по соответствующей жалобе самостоятельно в случае возникновения сомнений в достоверности результатов представленного отчета.

12.4.9. С целью установления факта нарушения требований стандарта ответственное подразделение вправе:

- использовать подтверждающие материалы, представленные заявителем;
- привлекать заявителя с целью установления факта нарушения;
- проводить опросы свидетелей факта нарушения отдельных требований

стандарта (при их согласии); - проверить текущее выполнение требований настоящего стандарта, на нарушение которых было указано в жалобе заявителя;

- осуществлять иные действия, способствующие установлению факта нарушения стандарта.

Выявление в ходе проведения проверки текущего несоблюдения требований настоящего Стандарта, на нарушение которых было указано в жалобе, является достаточным основанием для установления факта нарушения требований стандарта в соответствии с жалобой заявителя.

12.4.10. По результатам осуществленных проверочных действий ответственное подразделение:

- а) готовит соответствующий акт проверки учреждения, допустившего нарушение стандарта;
- б) обеспечивает применение мер ответственности к учреждению, ее руководителю.

12.4.11. В сроки, установленные Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» для рассмотрения обращений граждан, но не позднее 30 дней с момента регистрации жалобы, на имя заявителя должно быть направлено официальное письмо, содержащее следующую информацию:

- установленные факты нарушения требований стандарта, о которых было сообщено заявителем;
- неустановленные факты нарушения требований стандарта, о которых было сообщено заявителем;
- принятые меры ответственности в отношении учреждения, и отдельных сотрудников данного учреждения;
- принесение от имени учреждения извинений в связи с имевшим место фактом нарушения отдельных требований стандарта (в случае установления фактов нарушения требований стандарта);
- о передаче материалов жалобы и результатов осуществления проверочных действий в органы государственной власти;
- иную информацию в соответствии с федеральным законом, регулирующим порядок рассмотрения обращений граждан.

12.5. Особенности обжалования нарушения стандарта несовершеннолетними:

12.5.1. При подаче жалобы должностному лицу организации, оказывающей услугу, жалоба подается в устной и (или) письменной форме.

12.5.2. Должностное лицо организации, оказывающей услугу, должно уведомить родителей (законных представителей) заявителя о факте подачи жалобы и принятом им решении.

12.5.3. Расписка в получении жалобы, поданной должностному лицу организации, оказывающей услугу, не предоставляется.

13. Ответственность за нарушение требований стандарта качества оказания муниципальной услуги

13.1. Ответственность сотрудников учреждения.

Меры ответственности за нарушение требований стандарта к сотрудникам учреждения, устанавливаются руководителем данного учреждения в соответствии с внутренними документами учреждения и требованиями настоящего Стандарта.

13.2. Ответственность за нарушение требований стандарта руководителя учреждения.

К ответственности за нарушение требований стандарта могут быть привлечены только руководители учреждения по результатам установления имевшего место факта нарушения требований стандарта в результате проверочных действий ответственного структурного подразделения или судебного решения. Меры ответственности за нарушение требований стандарта к руководителю учреждения определяются Администрацией Катав-Ивановского муниципального района.