

Опыт внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации (на примере клиники ИвГМА)

Пануева Н.Н., Белова В.В., Ярченкова Л.Л.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России
25.04.2019.

Становление системы менеджмента качества в ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

- **Первый этап – 2003-2011 гг.**
 - - создан Центр качества,
 - - проведена работа по внедрению элементов системы управления качеством в академии.
- **Второй этап – 2011-2012 гг.**
 - - разработана и внедрена система менеджмента качества, соответствующая требованиям и рекомендациям международного стандарта ISO 9001:2008;
 - - приняты стратегические документы СМК: миссия, видение, политика в области качества и стратегические цели;
 - - проведено обучение сотрудников академии по вопросам менеджмента качества;
 - - сформирована команда внутренних аудиторов;
 - - организована работа по активному вовлечению всех членов трудового коллектива академии в процессы улучшения качества оказываемых услуг.
- В 2012 году проведена проверка деятельности академии аудиторами Центра сертификации систем управления Cro Cert по результатам которого был выдан сертификат Cro Cert о том, что в ИвГМА применяется система менеджмента качества в образовательной, научно-исследовательской и клинической деятельности, и сертификат IQ-Net, подтверждающий, что система менеджмента качества в академии соответствует международному стандарту ISO 9001:2008.

Третий этап развития СМК - 2012-2019 гг.

- Развитие системы менеджмента качества в академии, направленное на выполнение целей в области качества, обеспечивающих динамичное развитие вуза, совершенствование спектра образовательных и медицинских услуг.
- В 2016 и 2017 году проведены ресертификационный и надзорный аудит системы менеджмента качества академии с выдачей сертификатов Cro Cert и IQ-Net, подтверждающих соответствие системы менеджмента качества ИвГМА международному стандарту ISO 9001:2008.
- 10 апреля 2018 года состоялась проверка системы менеджмента качества ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России на соответствие требованиям международного стандарта ISO 9001:2015 Системы менеджмента качества. Требования.

Сертификаты СМК

Центр сертификации систем управления (Хорватия)
Cro Cert

СЕРТИФИКАТ

ISO 9001:2015
ПОДТВЕРЖАЮЩИЙ ЧТ:



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

применяет

СИСТЕМУ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

в образовательной, научно-исследовательской, клинической деятельности

№: 402/3 Действует до: 09.05.2021 г.

Дата выдачи: 10.05.2018 г. Директор
Дамир Суčić





THE INTERNATIONAL CERTIFICATION NETWORK

CERTIFICATE

Cro Cert has issued an IQNet recognized certificate that the organization:

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
"Ivanovo State Medical Academy"
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

has implemented and maintains a
Quality Management System
for the following scope:

Educational, research and clinical activities.

which fulfils the requirements of the following standard
ISO 9001:2015
Issued on : 2018 - 05 - 10
Expires on : 2021 - 05 - 09

This attestation is directly linked to the IQNet Partner's original certificate and shall not be used as a stand-alone document.

Registration Number : HR - 0402



Alex Stoichitov
President of IQNet



Damir Sučić
General Manager of Cro Cert



IQNet Partner:
APROR Spain APROR Certification France APROR Portugal CQC Slovenia CSHQ Italy
CQC China CQM China CQC Czech Republic Cro Cert Croatia TQM Hungary CERTI Germany ICAV Brazil
KONDOGBAN Venezuela IQNETCO Colombia Impresos Certificados Pablos DTEDCO Egypt PMA
PMA Argentina CIA - Chile AISA France AUSTEC Canada ABETI Hungary Janku and Buzina MKB Ireland POC Poland
Coface Assac Austria BQ Spain CQC Mexico BQ Chile BQ Colombia BSB BQ International Indonesia
SQC Netherlands IMAC Romania IPOT & Polesung Russia TQM Turkey Vncatex Bulgaria VTAQ Bolivia
CQC is registered in the DBA by APRISE Certification. CQC® logo (unless stated) was made in 2010.

* This attestation is directly linked to the IQNet Partner's original certificate and shall not be used as a stand-alone document.
** The list of IQNet partners is valid on the date of this certificate. Updated information is available under www.iqnet.com or www.crocert.com

© 2018 IQNet. All rights reserved. For more information, please contact us at info@iqnet.com

Centre for management systems certification, Ltd., Buliĉeva 14, Zagreb

Cro Cert

CERTIFICATE

ISO 9001:2015
confirms that the company



Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
"Ivanovo State Medical Academy"
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

is applying

QUALITY MANAGEMENT SYSTEM

in educational, research and clinical activities.

Registration No. 402/3 Valid until: 09.05.2021.

Zagreb, 10.05.2018. General Manager
Damir Sučić




Главные вопросы организации, внедряющей Систему менеджмента качества

- Миссия (кто мы такие?)
- Видение (к чему мы стремимся?)
- Базисные ценности (каковы наши приоритеты?)
- Политика (каковы наши общие намерения?)
- Цели (чего мы хотим достигнуть?)
- Стратегия (как мы достигаем своих целей?)
- Система менеджмента (как мы организованы?)
- Процедуры (как мы действуем?)

Определяются основные процессы в медицинской организации:

1. Процессы управления:

- Стратегическое планирование
- Стратегическое и оперативное управление
- Управление документацией СМК
- Анализ со стороны руководства ,
- Управление изменениями

2. Процессы жизненного цикла медицинской услуги:

- Анализ требований к услугам
- Планирование процессов жизненного цикла мед услуги
- Проектирование и разработка мед услуги
- Медицинские закупки
- Производство мед услуги
- Экспертная оценка качества
- Управление устройствами для мониторинга и измерений

Определяются основные процессы в медицинской организации:

3. Обеспечивающие процессы:

- Управление человеческими ресурсами
- Управление инфраструктурой
- Обеспечение информационными ресурсами
- Управление производственной средой
- Правовое обеспечение
- Управление записями по качеству

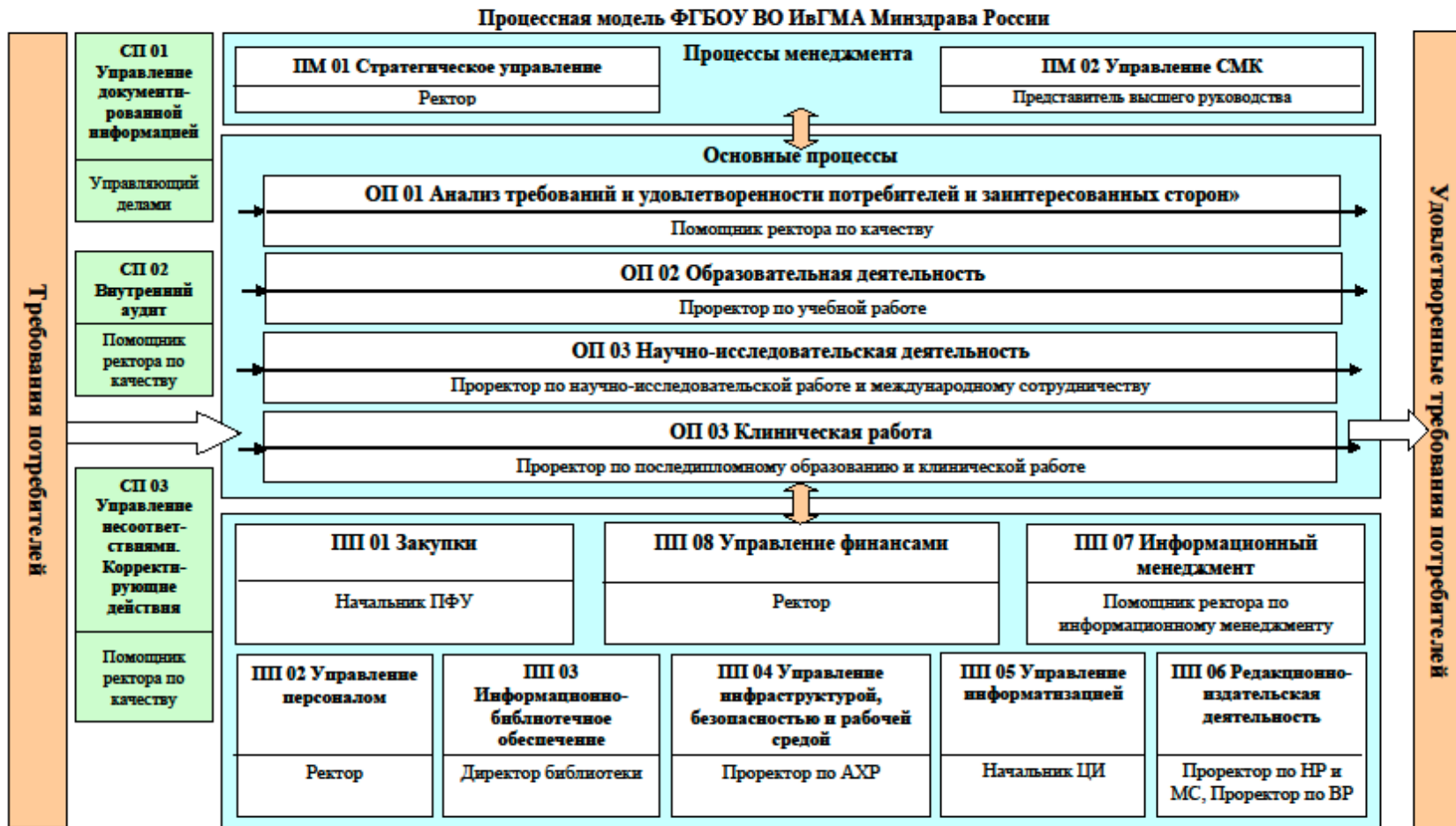
4. Процессы измерения, анализа и улучшения:

- Постоянное улучшение СМК
- Корректирующие действия
- Предупреждающие действия
- Внутренний аудит
- Управление несоответствующей мед.услугой

Ко всем процессам применяются циклы PDCA - "Планируй - Делай - Проверь - Действуй"

Оцениваются требования потребителей услуг на входе и удовлетворенность потребителей услуг на выходе процесса.

Процессная модель ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России



Цель процесса «Клиническая работа»: постоянно улучшать качество и безопасность оказываемой медицинской помощи.

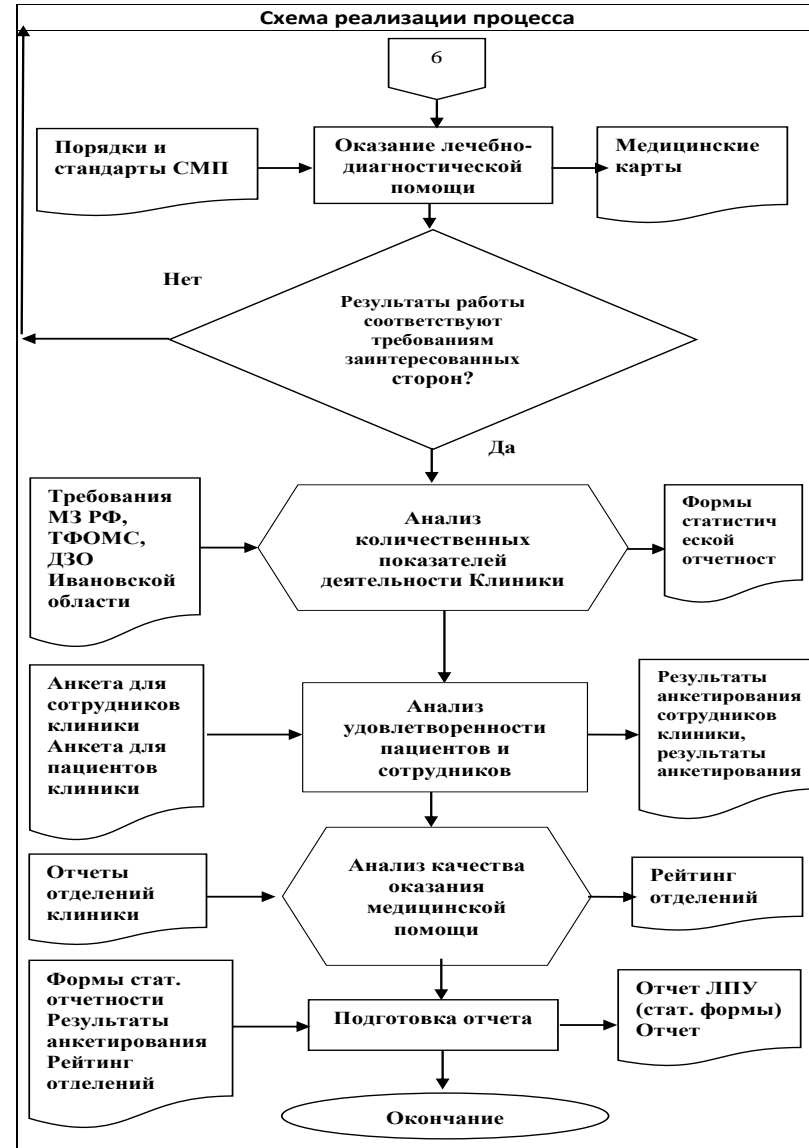
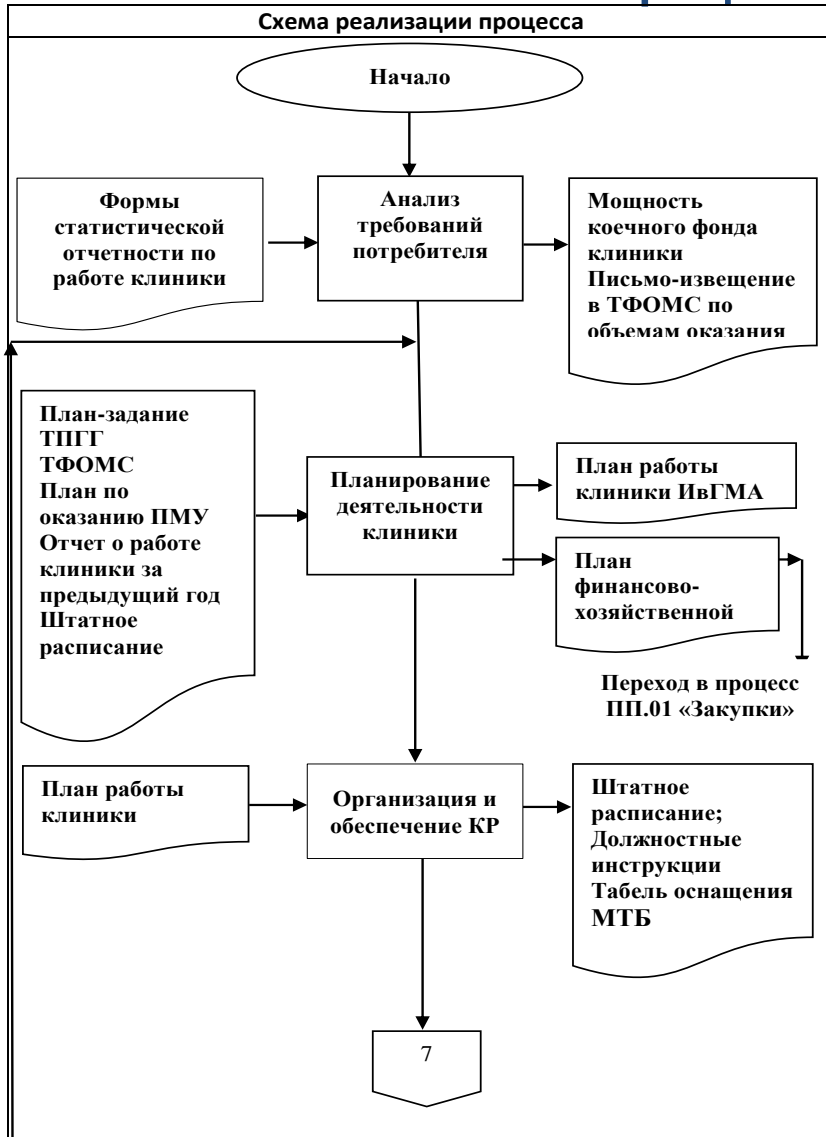
Задачи процесса «Клиническая работа»:

- изучение и анализ требований заинтересованных сторон к объему и качеству оказания специализированной медицинской помощи;
- планирование деятельности клиники ИвГМА для полного удовлетворения требований всех заинтересованных сторон;
- создание и внедрение форм работы, гарантирующих максимальную эффективность деятельности клиники при оптимальных затратах и высоком качестве оказания медицинской помощи;
- анализ качества оказания СМП в клинике ИвГМА и разработка предложений по улучшению организации клинической работы;
- подготовка отчетной документации.

Последовательность осуществления процесса «Клиническая работа»:

1. Анализ требований потребителей в лице ДЗО, ТФОМС, частных лиц и организаций для определения потребности в объемах, профиле, условиях оказания (амбулаторная, стационарная), видах, качестве и стоимости медицинской помощи.
2. Планирование деятельности клиники ИвГМА на основании анализа требований заказчиков и оценки рисков:
 - составление плана работы клиники с учетом объемов медицинской помощи в рамках ТППГ,
 - составление плана финансово-хозяйственной деятельности.
3. Организация и обеспечение клинической работы проводится в соответствии с существующими нормативными документами по оказанию СМП. Формируются штатное расписание, материально-техническая база. Клиника оснащается необходимым оборудованием, штатами, лекарственными средствами, медицинскими изделиями.
4. Оказание лечебно-диагностической помощи осуществляется в соответствии с порядками и стандартами, клиническими рекомендациями. Документируется в медицинских картах стационарных и амбулаторных больных.
5. Анализ качества оказания медицинской помощи проводится согласно приказа о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в клинике. Проводится анкетирование пациентов для получения информации об удовлетворенности КМП, комфортности пребывания, соблюдении этических норм. По результатам анализа мониторинга качества оказания СМП формируется план мероприятий по организации работы клиники.
6. Подготовка отчетов. Ежеквартально и в конце отчетного года по результатам работы представляются отчеты в МЗ РФ, ТФОМС, ДЗО Ивановской области, ректору Академии.

Схема процесса «Клиническая работа»



Матрица ответственности

№	Наименование процессного шага	Должности сотрудников, участвующих в процессе							
		Проректор по ПО и КР	Главный врач	Начальник ПФУ	Начальник управления кадров	Проректор по АХР	Зам. главного врача по медицинской части	Заведующий отделением	Сотрудники клиники
1.	Анализ требований потребителя	С	О				И		
2.	Планирование деятельности Клиники	С	О	У	У	У	И		
3.	Организация и обеспечение клинической работы		О	У	У	У	И	И	
4.	Оказание лечебно-диагностической помощи		О				И	И	И
5.	Анализ количественных показателей деятельности, качества оказания медицинской помощи и удовлетворенности пациентов и сотрудников		О				И	И	И
6.	Подготовка отчетов	С	О	У	У	У	И	У	

Применяются следующие обозначения:

О – ответственный, **И** – исполнитель,

С – согласование, **У** – участник.

Мониторинг, измерение и оценка процесса

Оценка результативности и эффективности процесса «Клиническая работа» осуществляется по следующим критериям:

- процент выполнения объемов оказания СМП;
- нормативные показатели работы клиники (койко-день, оборот койки, средняя продолжительность пребывания пациента на койке, использование оборудования (% простоя медицинского оборудования));
- коэффициент совместительства, процент укомплектованности кадров;
- процент пациентов, направленных на лечение в клинику из других регионов РФ;
- наличие претензий со стороны заказчиков (МЗ РФ, ТФОМС);
- количество обоснованных жалоб пациентов;
- процент привлеченных внебюджетных средств;
- количество случаев качественно оказанной медицинской помощи (коэффициент качества 1,0-0,8)
- процент удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи в клинике;
- процент удовлетворенности сотрудников условиями работы в клинике.

Качественный и количественный анализ рисков по процессу СМК ОП 04 Клиническая работа

Виды работ/деятельности по процессу/подпроцессу	События / опасности	Причины возникновения события / опасности	Мероприятия, позволяющие снизить риск/предотвратить возникновение события/опасности	Вероятность появления события (В)	Последствие	Тяжесть последствия (Тп)	Риск (R=B*Tп)
Планирование деятельности Клиники	1. Уменьшение или прекращение финансирования в сфере ОМС Ивановской области 2. Появление конкурентоспособной медицинской организации.	1. Уменьшение финансирования территориальной программы ОМС Ивановской области. 2. Рост и развитие платных медицинских услуг.	1. Развитие платных медицинских услуг для граждан и организаций. 2. Увеличение плана по оказанию платных медицинских услуг. 3. Привлечение пациентов из других областей 4. Мониторинг внешней среды 5. Проведение анализа работы конкурентоспособных медицинских организаций 6. Реклама клиники	Очень редко (1 балл)	Банкротство, закрытие клиники.	Катастрофические (100 баллов)	1*100 = 100
Организация и обеспечение клинической работы	Поломка, выход из строя дорогостоящего оборудования.	1. Нарушение техники безопасности при работе с оборудованием. 2. Увеличение срока эксплуатации оборудования. 3. Низкое качество технологического обслуживания.	1. Инструктаж по технике безопасности сотрудников клиники. 2. Закупка современного оборудования. 3. Заключение договоров с благонадежными организациями по технологическому обслуживанию, зарекомендовавшими себя на рынке оказания услуг.	Очень редко (1 балл)	1. Неточный/не полный диагноз. 2. Не выполнены стандарты оказания мед. помощи. 3. Жалобы пациентов на некачественную мед. помощь.	Очень тяжелые (50 баллов)	1*50= 50

Матрица рисков по подпроцессу по процессу СМК ОП 04 Клиническая работа

Последствия Вероятность	Незначительные 1	Ограниченные 5	Тяжелые 10	Очень тяжелые 50	Катастрофические 100
Очень редко (1 раз в 12 месяцев - 1 балл)	1	5	10	<p>1. Неточный/не полный диагноз в случае поломки дорогостоящего оборудования.</p> <p>2. Не выполнены стандарты оказания мед. помощи.</p> <p>3. Жалобы пациентов на некачественную мед. помощь.</p>	Банкротство, закрытие клиники.
Редко (1 раз в 6 месяцев - 2 балла)	2	10	20	100	200
Иногда (1 раз в 3 месяца - 3 балла)	3	<p>1. Жалобы пациентов на некачественную мед. помощь.</p>	<p>1. Некачественное оказание медицинских услуг.</p> <p>2. Жалобы пациентов на некачественную мед. помощь.</p> <p>3. Неточный/не полный диагноз из-за отсутствия квалифицированных специалистов.</p> <p>4. Не выполнены стандарты оказания мед. помощи из-за отсутствия квалифицированных специалистов.</p>	<p>1. Некачественное оказание медицинских услуг.</p> <p>2. Жалобы пациентов на некачественную мед. помощь.</p> <p>3. Неточный/не полный диагноз из-за отсутствия квалифицированных специалистов.</p> <p>4. Не выполнены стандарты оказания мед. помощи из-за отсутствия квалифицированных специалистов.</p>	300
Часто (1 раз в месяц - 4 балла)	4	20	40	200	400
Очень часто (1 раз в неделю - 5 баллов)	5	25	50	250	500

Цель в области качества процесса клиническая работа на 2018 год.

- Модернизация системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности клиники на основе современных разработок в сфере организации здравоохранения.
- Внедрение в работу клиники 9 направлений методических рекомендаций ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Федеральным государственным бюджетным учреждением «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора разработаны методические рекомендации по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

По каждому из основных направлений определены показатели, которые являются одновременно и целевыми ориентирами для повседневной работы медицинской организации, и критериями для их оценки.

Кроме качественных показателей предложены количественные индикаторы, которые могут быть использованы для формирования системы мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

Выделены 11 основных разделов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации:

- 1 Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции.
- 2 Идентификация личности пациента.
- 3 Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (исмп))
- 4 Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.
- 5 Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.
- 6 Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения.
- 7 Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной МО и трансфер в другие МО.
- 8 Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами.
- 9 Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови.
- 10 Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами. Профилактика пролежней. Профилактика падений.
- 11 Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения).

JCI - компания Joint Commission International (Объединенная Международная Комиссия) является одной из крупнейших международных организаций по аккредитации медицинских учреждений.

- Стандарты JCI разрабатываются международными экспертами. Эти стандарты аккредитованы в международной организации по качеству в здравоохранении (International Society for Quality in Healthcare) и во Всемирной организации здравоохранения (World Health Organization).
- Основной акцент в аккредитации медицинских учреждений эта компания делает на повышение безопасности обслуживания пациентов.

Стандарты JCI, связанные с пациентами

1. Международные положения по обеспечению безопасности пациентов (IPSG)
2. Доступность и преемственность лечения (ACC)
3. Права пациентов и их семей (PFR)
4. Оценка состояния пациентов (AOP)
5. Лечение пациентов (COP)
6. Анестезия и хирургическое лечение (ASC)
7. Медикаментозное лечение (MMU)
8. Обучение пациента и его семьи (PFE)

Международные положения по обеспечению безопасности пациентов (IPSG)

IPSG.1 Правильно идентифицировать пациентов

IPSG.2 Повысить эффективность взаимодействия

IPSG.3 Повысить безопасность применения медикаментов
высокого риска

IPSG.4 Исключить выполнение не той операции, не на той части
тела и не тому пациенту

IPSG.5 Уменьшить риск инфекций, ассоциированных с оказанием
медицинской помощи

IPSG.6 Уменьшить риск повреждений, получаемых пациентами в
результате падений

На основании нормативной базы в клинике разработаны следующие документы:

- Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности.
- Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи.
- Порядок организации и проведения контроля управления персоналом клиники, контроля соблюдения безопасных условий труда, определения компетентности и компетенций медицинских кадров клиники.
- Порядок организации и проведение контроля идентификации личности пациента.
- Порядок организации и проведение контроля обеспечения эпидемиологической безопасности, профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.
- Порядок регистрации инфекционных заболеваний в клинике ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России.
- Порядок организации контроля безопасности применения лекарственных средств
- Порядок организации контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий
- Порядок организации экстренной и неотложной помощи в стационаре, организации работы приемного отделения клиники
- Порядок организации преемственности медицинской помощи, передачи клинической ответственности за пациента, организации перевода пациента в другие медицинские учреждения
- Порядок организации и контроля безопасности среды в клинике, ухода за пациентами, профилактики пролежней и падений
- Положение об оценке удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью в клинике ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Организация системы внутреннего контроля качества в соответствии с методическими рекомендациями в клинике включила следующие этапы:

1. разработка приказов, алгоритмов, СОПов, инструкций;
2. ознакомление сотрудников клиники с разработанными документами с оформлением в журнале;
3. определение перечня должностей работников клиники, на которых возложены обязанности по организации и проведению контроля качества;
4. разработка журналов проверки знаний сотрудниками приказов, стандартов, клинических рекомендаций, алгоритмов, СОПов и т.д.;
5. разработка проверочных чек-листов;
6. определение уровней проведения контроля качества;
7. определение сроков и последовательности осуществления контроля качества;
8. определение объемов проведения контроля качества;
9. определение случаев оказания медицинской помощи, подлежащих контролю качества;
10. определение порядка регистрации результатов контроля качества;
11. определение порядка проведения анализа результатов контроля качества;
12. принятие мер по управлению качеством медицинской помощи.

Разработаны СОПы:

- -инвазивных процедур (катетеризация периферических сосудов, мочевого пузыря, внутримышечные и внутривенные инъекции, инфузии),
- -гигиены рук,
- -дезинфекции и стерилизации,
- - порядок приемки лекарственных препаратов и осуществление приемочного контроля,
- - порядок хранения лекарственных препаратов и осуществление приемочного контроля,
- - порядок уборки помещения медицинского склада,
- - порядок обнаружения лекарственных средств с истекшим сроком годности,
- - порядок использования, обслуживания и поверки измерительных приборов (гигрометр и термометр).
- - порядок выявления фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных лекарственных препаратов,
- - порядок учета лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества,
- - порядок раскладки и раздачи лекарственных средств для внутреннего применения,
- - порядок приемки медицинских изделий,
- - порядок хранения медицинских изделий,
- - порядок выявления фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных медицинских изделий,
- - система цветового кодирования уборочного инвентаря,
- - порядок проведения текущей уборки,
- - порядок проведения генеральной уборки,
- - порядок организации бельевого режима.

Разработаны алгоритмы:

- - алгоритм идентификации личности пациента на всех этапах оказания медицинской помощи,
- - алгоритм по обеспечению противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях (возникновение случая кишечных инфекций, инфекций дыхательных путей, особо опасных инфекций, ИСПМ, др.);
- - алгоритм выбора дезинфицирующих средств в клинике, обоснованность выбора дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции;
- - алгоритм изоляции пациентов в случае отсутствия изолятора (организация работы изолятора),
- - алгоритм использования персоналом индивидуальных средств защиты при уходе за пациентами, требующими изоляции,
- - алгоритм действий при аварийной ситуации (случаев контакта с биологическими жидкостями, при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек и др.),
- - алгоритм действий при передозировке или отравлении ЛП,
- - алгоритмы оказания экстренной и неотложной помощи,
- - алгоритм сердечно-легочной реанимации,
- - алгоритм экстренного оповещения сотрудников клиники;
- - алгоритм действий в клинике в условиях чрезвычайных ситуаций;
- - алгоритм транспортировки разных категорий пациентов, включая показания для перевода на каталке, кресле, пешком в сопровождении медицинского работника;
- - алгоритм передачи клинической ответственности за пациента при переводе, передаче дежурства;
- - алгоритм передачи информации о проведенном лечении в другую медицинскую организацию;
- - алгоритм действий при опасных ситуациях (нападении на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, угрозе суицида и т.п.),
- - алгоритм профилактики падений пациента,
- - алгоритм оценки риска, профилактики и лечения пролежней,
- - алгоритм сбора, обезвреживания, временного хранения отходов,
- - алгоритм профилактики инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций,
- - перечень стандартных определений случаев ИМСП,
- - алгоритм профилактики и противоэпидемических мероприятий в случае выявления пациента с инфекционным заболеванием.

Контроль качества и безопасности медицинской помощи осуществляется по трех уровневой системе:

- ❑ **первый уровень контроля** – заведующие отделениями клиники;
- ❑ **второй уровень контроля** – заместитель главного врача по медицинской части, главная медицинская сестра, кураторы научных направлений работы;
- ❑ **третий уровень контроля** – врачебная комиссия клиники.

Проверки осуществляются по разработанным чек-листам

Результат модернизации системы контроля качества и безопасности медицинской помощи в клинике отражают контрольные показатели результативности и эффективности процесса «Клиническая работа»

Количество случаев качественно оказанной медицинской помощи (коэффициент качества 1,0-0,8) – 98,7% (в 2017 году 98%).

Средний коэффициент качества по стационарным историям болезни - 0,97.

Показатель удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью составил 98% (в 2017 году 95%).

Выводы:

Внедрение системы менеджмента качества в работу медицинской организации на основе Международного стандарта ISO 9001:2015 позволяет организовать систему управления, которая формирует ориентированную на потребителя культуру организации; включить в практику работы медицинской организации процессный подход, риск-ориентированное мышление и циклы совершенствования деятельности;

Процессный подход предполагает систематический контроль и анализ производственных процессов и их взаимодействия таким образом, чтобы достигать намеченных результатов в соответствии с политикой в области качества и стратегическим направлением организации.

Реализация цикла PDCA позволяет клинике обеспечить ее процессы необходимыми ресурсами, определять и реализовывать возможности для улучшения.

Риск-ориентированное мышление позволяет определять факторы, которые могут привести к отклонению от запланированных результатов процессов и системы менеджмента качества организации, а также использовать предупреждающие средства управления для минимизации негативных последствий и максимального использования возникающих возможностей.

Реагирование на риски и возможности создает основу для повышения результативности системы менеджмента качества, достижения более высоких результатов и предотвращения негативных последствий.

Внедрение эффективного контракта для сотрудников клиники позволяет повысить дисциплину работы коллектива.

Эффективное применение международных стандартов качества и безопасности JCI возможно в организациях, которые в своем развитии прошли этапы внедрения ISO 9001:2015 и совершенствование деятельности на основе эффективного контракта. Эти модели систем качества являются основой для внедрения стандартов JCI .

Благодарим за внимание!