

	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DÖKÜMAN KODU KKY.PR.03	YAYIN TARİHİ 01.12.2023	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA SAYISI 1 / 11

1-AMAÇ:

Kurumsal hizmet sürecinde, kaliteyi bir bütün olarak ele alarak Sağlıkta Kalite Standartları doğrultusunda kurumsal her unsuru içine alan politikalar, düzenlemeler ve uygulamalar geliştirmek, bunları yazılı dokümanlara dönüştürmek, kurumsal değerlendirme ve denetimi yazılanlara göre gerçekleştirmek, ilk defada, zamanında ve doğru hizmeti gerçekleştirebilmek, hizmet sunumu esnasında hata olasılığını yok etmek veya olabilecek hataların tespitini ve bir daha tekrarlanmasını önlemek, hasta beklenti ve istekleri ile uluslararası standartlar doğrultusunda sağlık hizmeti sunmak, hastalarımıza Sağlıkta Kalite Standartları ve bakanlığımızın yayınladığı uygulama rehberleri doğrultusunda yeterli düzeyde güvence ve hizmet vermek için yürütülen tüm faaliyetleri tasarlamak, uygulamak, denetlemek, geliştirmek ve takip etmektir.

2- KAPSAM:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi Kalite Yönetim Sisteminin tüm basamaklarını kapsar.

3-KISALTMALAR:

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları,

KYS: Kalite Yönetim Sistemi,

HBYS: Merkez Bilgi Yönetim Sistem

4-TANIMLAR:

Kalite Yönetim Sistemi: Amaçlanan kaliteye ulaşmak amacıyla tüm süreçleri, açıklanan prosedürleri ve benimsenen prensipleri içeren sistemler bütünüdür.

5-SORUMLULAR:

Merkezimiz Kalite Yönetim Sisteminin uygulanmasından başta kalite yönetim birimi olmak üzere tüm çalışanlar sorumludur.

6-FAALİYET AKIŞI:

6.1-GENEL

Kalite Yönetim Sistemimiz, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartlarına uygun olarak oluşturulmuş, dokümante edilmiş, uygulanmakta ve sürekli iyileştirme çalışmaları devam ettirilmektedir. Özel Dr Cınık Tıp Merkezi de sunulan hizmetlerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar yürütülürken kalite organizasyon ve dokümantasyonuna yönelik adımlar atılmıştır. Özel Dr Cınık Tıp Merkezi dilek-öneri- şikâyet başvuruları, anket çalışmaları, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Çalışmaları, hasta memnuniyetine ve güvenliğine yönelik veriler toplanmakta ve sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır.

6.2 . DOKÜMANTASYON ŞARTLARI:

6.2.1.Genel

Kalite Yönetim Sistemimizi oluşturan dokümantasyon yapımızı;

Rehberler,

Prosedürler,

Prosedürlerle ilişkili Talimatlar,

	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DÖKÜMAN KODU KKY.PR.03	YAYIN TARİHİ 01.12.2023	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA SAYISI 2 / 11

Onamlar,

Listeler ve Formlar,

Dış kaynaklı dokümanlar ve diğer Özel Dr Cınık Tıp Merkezi işleyişinde ihtiyaç duyduğu kalite kayıtlarını kapsar.

Dokümantasyon yapımızı oluştururken; Organizasyon yapımız, verdiğimiz hizmetler, süreçlerimizin karmaşıklığı ve birbirleri ile ilişkileri, çalışanların tecrübe ve becerileri göz önünde bulundurulmuştur. Dokümanlar elektronik ortamda oluşturulur, Kalite Yönetim Biriminde basılmış ve onaylanmış olarak muhafaza edilir ve birimlerin kullanımına sunulur. Dokümanlara yönelik tüm kurallar Doküman Yönetim Prosedüründe belirlenmiştir.

6.3. KALİTE YÖNETİM SÜRECİ:

6.3.1.Kalite Yönetimi Ve Süreç Kontrolü

Kalite, merkezimiz içerisinde verilen hizmet süreçlerinde görev alan herkesin sorumluluğudur. Yönetim, kaliteyi ve Kalite Yönetim Sisteminin uygulamaya konmasını ve devamlılığını sağlamaya yönelik sistematik bir yaklaşımı geliştirmekle yükümlüdür. Kalite Yönetim Sistemi, misyon, vizyon ve hedefleri; kalite politikasını, amaçları ve sorumlulukları belirleyen tüm faaliyetleri içermektedir. Kalite yönetimi süreç kontrolü; verilen hizmetler sırasında hizmet kalitesini ve hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak, bunun yanı sıra hasta ve çalışan memnuniyetini de oluşturmak üzere kalite planlaması, kalite kontrolü, kalite güvencesi ve kalite iyileştirmesi yoluyla uygulamaya konmaktadır.

6.3.2.Kalite Güvencesi:

Kalite yönetimi sistemi, tüm kritik süreçler için ilgili mevzuatlar, standart işleyiş prosedürleri, talimat ve formları içermektedir. Kalite Yönetim Birimi, etkinliğinden emin olmak için düzenli aralıklarla tüm sistemi gözden geçirmekte ve gerekli gördüğü takdirde düzeltici faaliyetleri yürürlüğe koymaktadır. Ayrıca birim çalışanları ve birim sorumlusu gerekli gördüğü takdirde istenmeyen olay bildirim sistemi ve düzeltici önleyici faaliyet sistemini devreye koyabilmektedir.

6.4. YÖNETİMİN SORUMLULUĞU

6.4.1. Yönetimin Taahhüdü:

Üst yönetimimiz, tanımlanan Kalite Yönetim Sisteminin uygulanması, geliştirilmesi etkinliğinin ve sürekliliğinin sağlanması konusunda taahhütlerini ve sorumluluğunun gereklerini prosedür görev tanımları ve talimatlara göre yerine getirmektedir.

Kalite politikası ve hedefleri oluşturularak tüm çalışanlara duyurulmaktadır. Kalite Yönetim Sisteminin etkin şekilde uygulanması ve yapılan gözden geçirmeler ile hedefler sürekli olarak revize edilmektedir. Özel Dr Cınık Tıp Merkezi Üst Yönetimi, hastalarının, (yasa ve düzenleyiciler de olmak kaydıyla,) tüm isteklerinin dikkate alınmasının ve uygunsa (hukuki, bilimsel, etik ve kurum imkanlarınca karşılanabilir olarak) karşılanmasının önemini çalışanlarına iletilmesini, kalite politikasının oluşturulmasını, kalite hedeflerinin belirlenmesini, yönetimin gözden geçirme faaliyetlerini yerine getirilmesini, gerekli kaynakları sağlamak sureti ile Kalite Yönetim Sisteminin uygulanması ve sürekli geliştirilmesini taahhüt eder.

	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DÖKÜMAN KODU KKY.PR.03	YAYIN TARİHİ 01.12.2023	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA SAYISI 3 / 11

6.4.2.Hasta Odaklılık:

Üst yönetim, hasta memnuniyetinin artırılmasına yönelik olarak, hasta ve hasta yakınlarının isteklerinin değerlendirilmesini ve yerine getirilmesini; Hasta ile ilişkili Süreçler ve Hasta Memnuniyeti ile ilgili paragraflarda açıkladığı gibi sağlar. Özel Dr Cınık Tıp Merkezi yönetimi, hizmet ettiği ve edeceği insanların; beklenti ve şartlarının neler olduğunu (istek, öneri, memnuniyet anketi, şikâyet vb.) belirler. Belirlenen beklentileri ilgili birimlere tam ve doğru olarak aktarır, algılanmasını ve en iyi şekilde karşılanmasını sağlar. Hizmetin sürdürülmesini kontrol eder ve sürekli iyileştirme için gerekli önlemleri alır.. Hizmet alanların beklentileri kalite prensipleri ve ilgili mevzuat doğrultusunda karşılanır. Sunulan hizmetin, hizmet alanların beklentilerini karşılayıp karşılamadığı; Sağlık Bakanlığı'nın denetim raporları, iç ve dış tetkikler, hizmet alanların çeşitli kanallarla (Hasta iletişim Birimi, öneri ve istek kutuları, eposta, doğrudan başvuru vb.) iletmış oldukları şikâyetler, ayrıca doğrudan hizmet alanlara uygulanan anketler, aracılığı ile belirlenir.

6.4.3.Kalite Politikası:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi nin, üst yönetimi tarafından, çalışmalara yön vermesi, tüm çalışanların aynı bakış açısı ile hizmet vermesi ve kurum kültürü sağlamak amacıyla Özel Dr Cınık Tıp Merkezi Kalite Politikası oluşturulmuştur. Kalite Politikamız çalışanlarımıza eğitimler vasıtasıyla iletilmekte, ilan edilmektedir.

6.5.PLANLAMA:

6.5.1.Kalite Hedefleri:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi üst yönetimi, çalışanlar ile birlikte Sağlıkta Kalite Standartları ve uygulama rehberlerine ve faaliyetlerine uygun olarak kalite hedeflerini belirlemiştir. Bir önceki dönemin hedefleri, gözden geçirilir ve bu hedeflere ulaşılma durumu analiz edilir. Bir sonraki dönemin hedefleri aynı şekilde belirlenir ve onaylanır. Hedefler takip edilerek, gerekiyor ise güncelleştirilir. Ayrıca Kalite Yönetim Birimi tarafından tüm birimler için ayrı ayrı birim hedefleri belirlenmiş olup bu hedefler sürekli kontrol edilip gerekli analizleri yapılmakta ve dönemsel olarak birimin işleyişine göre revize edilmektedir.

6.5.2.Kalite Yönetim Sistemi Planlaması:

Kalite Yönetim Sistemimizin oluşturulması, dokümanite edilmesi, uygulanması, etkinliğinin ve sürekli iyileştirilmesinin sağlanması için süreç yaklaşımı temel alınmıştır.

Birim sorumluları, kendi birimlerinin kalite sistemi ile ilgili sorumluluklarının yerine getirilmesinde, koordinasyon ve yürütmeden sorumludur. Her yıl iki kez yapılan öz değerlendirmelerle, Kalite Yönetim Sistemimizin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi ve iyileştirmelerin planlanması sağlanmaktadır.

6.6.SORUMLULUK YETKİ VE İLETİŞİM:

	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DÖKÜMAN KODU KKY.PR.03	YAYIN TARİHİ 01.12.2023	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA SAYISI 4 / 11

6.6.1.Sorumluluk ve Yetki:

Üst yönetimimiz Özel Dr Cınık Tıp Merkezi organizasyonunu belirlemek amacıyla ana hatları ile organizasyon şeması oluşturmuş ve organizasyon içerisinde yer alan personelin görev, sorumluluk, yetki ve birbirleri ile olan ilişkilerini belirtmiştir. Bu amaçla Görev Tanımlarını dokümanite ederek, çalışanlarına duyurmuş ve bu görevlerini yerine getirebilmeleri için gerekli koşulları temin etmiştir. Gerekli bilgilendirmeler Özel Dr Cınık Tıp Merkezi 'nde yapılan eğitimler ile duyurulmaktadır.

6.6.2.Kalite Yönetim Sorumlusu:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi Mesul Müdürü, aşağıda yetki ve sorumlulukları belirtilen Kalite Yönetim Sorumlusunu yönetimin bir üyesi olarak atamış ve tüm çalışanlara duyurmuştur; Kalite Yönetim Sorumlusunun Görev, Yetki ve Sorumlulukları genel olarak şu başlıklar altında toplanmıştır:

- Kalite Yönetim Sistemini oluşturan süreçlerin oluşturulması, uygulanması ve sürdürülmesinin sağlar,
- SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlar
- Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip eder.
- Öz değerlendirmelerin yapılmasını sağlar.
- İstenmeyen olay bildirim sistemine ilişkin süreçleri yönetir.
- Hasta deneyimi ve çalışan geri bildirim anketlerinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları gibi) yönetir.
- SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlar.
- Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetir.
- Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetir.
- SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılır.
- Kalite yönetim birimini görev alanlarına uygun olarak yönetilmesini sağlar.
- Kalite standartları kapsamında düzeltici ve iyileştirici faaliyetleri belirlenmesini ve takip edilerek sonuçlandırılmasını sağlar.

6.6.3.Kalite Yönetim Sisteminde Yatay ve Dikey Hiyerarşik Yapı:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi kalite yönetim sistemi dış dikey yapılanmada İlçe Sağlık Müdürlüğü - İl Sağlık Müdürlüğü - Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığına bağlıdır. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı yılda bir kez kendi belirlediği zaman diliminde merkezimizi değerlendirir ve kalite yönetim sisteminde geline nokta puanlanır.

Merkezimiz iç dikey yapılanma da Mesul Müdür üst yönetici olarak işlev görür. Üst yönetim kalite yönetim sisteminin bir parçasıdır. Kalite Yönetim Sisteminden çıkan tüm raporlar ve çalışmalar dikey hiyerarşik yapıya bağlı olarak ilk önce üst yönetim olarak Mesul Müdüre sunulur. Mesul Müdür tüm raporları ve çalışmaları denetleyerek gereken birimlere dikey hiyerarşik yapıyla gönderimini yapar ve sistemde aksayan yönler varsa yapılması için görevlendirir. Mesul müdürden diğer yöneticilere gelen görevlendirmeler, ilgili birimlerin sorumluları vasıtasıyla çalışanlara iletilir.

	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DÖKÜMAN KODU KKY.PR.03	YAYIN TARİHİ 01.12.2023	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA SAYISI 5 / 11

Özel Dr Cınık Tıp Merkezinin tüm birimleri kalite yönetim sisteminde eşit yatay yapıya sahiptir. Tüm birimler sistem içerisinde kendi birimini ilgilendiren standartlara uygun çalışmak zorundadır. Uyulması gereken standartlar Sağlık Bakanlığının SKS ve ilgili mevzuatlarında belirlenmiştir. Kalite Yönetim Birimi bu standartların uygulanması, sürecin devamlığı ve sürekli iyileştirme için tüm birimlerle yatay iletişim tekniklerini kullanarak çalışır. Tüm birimler yine aynı yatay iletişimle Kalite Yönetim Birimi ile ilişki kurar. Bu ilişkilerde birim sorumlularına aynı zamanda Kalite Birim Sorumluları da denilebilir. Kalite Yönetim Birimi tüm çalışanlar ile yatay ilişkinin kurulmasından ve kalite yönetim sisteminin uygulanmasından sorumludur. Kalite birim sorumluları kalite sisteminin çalışanlardan sonraki ilk uygulama ayağını oluşturur.

Kalite yönetim sorumlusu komite ve ekiplerle entegre olarak çalışır. Alınan kararların komite ve ekiplere aktarılmasından sorumludur. Bölüm kalite sorumluları kalite yönetim sorumlusu ile entegre ve koordineli olarak çalışmalarını yürütmektedir.

6.7.KAYNAK YÖNETİMİ:

6.7.1.Kaynakların Temini

Kalite politikasının uygulanması, belirlenen kalite hedeflerine ulaşılabilmesi ve hizmetlerin hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini karşılayabilmesi için gerekli kaynakların (insan kaynakları, altyapı ve çalışma ortamı, mali kaynaklar, bilgi kaynakları vb.) temini ve yönetilmesi Sağlıkta Kalite Standartları doğrultusunda kurulan Kalite Yönetim Sistemine uygun yürütülür. Özel Dr Cınık Tıp Merkezi sonraki yıla ait mali kaynak ihtiyaçlarını bütçe hazırlama faaliyetleri sırasında belirler ve bütçe planlarına göre ilgili ihtiyaçlar karşılanır. Acil kaynak ihtiyacı olur ise, ilgili mevzuat doğrultusunda hareket edilir.

6.7.2. İnsan Kaynakları:

6.7.3.Genel:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi de göreve başlayan tüm personel genel oryantasyon eğitimleri tamamlandıktan sonra göreve başlar ve görevli oldukları bölümlerde de bölüm oryantasyon eğitimleri yapılmaktadır.

6.7.4.Yetkinlik, Bilinç ve Eğitim:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezinde görevli tüm personelin görev tanımı ve işlerle ilgili çalışma talimatları Personelin; yaptıkları işlerin önemini ve uygunluğunun farkında olması ve kalite hedeflerine nasıl katkıda bulunacağını bilmesi amacıyla ilgili prosedürler belirlenir ve hizmet içi eğitimler düzenlenir.

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi çalışanlarının Kalite Yönetim Sistemi veya kendi çalışma alanlarında eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, planlanması ve etkinliklerinin belirlenmesine yönelik tüm çalışmalar eğitim komitesi tarafından yürütülmektedir.

6.7.5. Alt Yapı:

	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DÖKÜMAN KODU KKY.PR.03	YAYIN TARİHİ 01.12.2023	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA SAYISI 6 / 11

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi üst yönetimi süreçlerin gerçekleştirilmesi için gerekli altyapıyı bina, tesis, çalışma alanları, prosedürlerde belirtilen teçhizatlar, destek hizmetler (temizlik, iletişim, güvenlik vb.), yazılım donanım oluşturur ve sürdürür. Mevcut altyapının iyileştirilmesi ve/veya yeni yatırımların gerçekleştirilmesi için bütçe çalışmaları, yönetim faaliyetleri, performans sonuçları, yönetimin gözden geçirme toplantıları gibi faaliyetlerden yararlanır.

6.7.6.Donanım İhtiyaçları :

Hizmet kalitemizi ve verimliliği sürekli kılmak üzere işimizi yürütürken kullandığımız tüm cihazlar ve donanım ile ilgili faaliyetler ilgili mevzuat hükümlerine göre yürütülmektedir.

6.7.7.Yazılım İhtiyaçları:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezinde hizmetlerimizle ilgili veri girişlerini ve bilgilerin tekrar elde edilebilirliğini kolaylaştırabilmek için “HBYS” kurulmuştur.

6.7.8. Bina ve Yardımcı Tesisler:

Tanı ve tedavi hizmetlerimizi en uygun koşullarda yerine getirebilmek için gerekli bina ve yardımcı tesis ihtiyaçları (Su deposu, atık merkezi vb.) ilgili mevzuat hükümlerine göre temin edilir ve bakım onarım faaliyetleri sürdürülür.

6.7.9.Olağanüstü durumlarda:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi Acil Eylem Planı'na göre hareket edilmektedir.

6.7.10. Destek Hizmetleri:

Tıbbi atıkların personelimiz ve çevreye zarar vermesini önlemek için klinik atıkları farklı renklerdeki çöp torbalarına konarak toplanmakta ve Tıbbi Atık Konteynırı'nda biriktirilip belediye ile yapılan sözleşme doğrultusunda bertaraf edilmektedir. Elektrik, Temiz Su, Atık Su, Havalandırma, Telekomünikasyon ile ilgili olarak doğabilecek olağan dışı durumlar için gerekli düzenlemeler yapılmış olup ihtiyaç halinde uygulanmaktadır.

6.7.11. Çalışma Ortamı:

Çalışma ortamı koşulları mevzuata ve ihtiyaçlara uygun olarak oluşturulmuş ve sürdürülmektedir. Sağlığı etkileyebilecek unsurların söz konusu olduğu durumlarda gerekli tedbirler alınmıştır (Örn. Görüntüleme üniteleri). İlgili ortamlar ulusal ve uluslararası mevzuata uygun olarak tasarlanmış ve faaliyetlerini buna göre sürdürmektedir. İlgili mevzuatlar dış kaynaklı dokümanlarda ve ilgili bölümlerin işleyiş prosedürlerinde tanımlanmıştır.

6.8.HİZMET GERÇEKLEŞTİRME:

	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DÖKÜMAN KODU KKY.PR.03	YAYIN TARİHİ 01.12.2023	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA SAYISI 7 / 11

6.8.1.Hizmet Gerçekleştirmenin Planlanması:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi hizmetleri ile ilgili süreçlerin planlamasında aşağıdaki konuları göz önünde bulundurur;

- Hizmet için şartlar, beklentiler ve hedefler,
- Hizmet için gerekli ise, kaynakların temini, dokümantasyonun oluşturulması,
- Hizmete özgü ölçüm yöntemleri, gözetimler, doğrulamalar ve hizmetle ilgili kabul kriterleri,
- Gerçekleştirilen hizmetlerin istekleri karşıladığını kanıtlamak için gerekli kayıtlar,
- Hizmetin gerçekleştirilmesi ve uygun sonuçlara ulaşmak için gerekli olan prosedürler planlanır, gerektiğinde hedeflenen sonuca ulaşamama durumuna göre prosedürler revize edilir,
- Hizmet gerçekleştirme prosedürleri planlanırken, Kalite Yönetim Sisteminin, diğer prosedürleri ile tutarlı olması sağlanır,
- Hizmet sunumu sırasında yapılacak tüm kontroller prosedürlerde ve diğer ilgili dokümanlarda tanımlanmıştır,
- Özel Dr Cınık Tıp Merkezi sağlık hizmetlerini Kalite Yönetim Sistemi şartlarına uygunluğunu belgelemek amacıyla kayıt altına alır,
- Yönetim tüm prosedürler için sorumlu atar,

Belirlenen hedefler doğrultusunda gereken ek kaynakları belirler ve temin eder, planlamaya ait satın alma faaliyetlerini yürütür.

6.8.2.Hasta ve Hasta Yakınları ile İlişkili Süreçler:

- Hastalar tarafından belirtilen yazılı ve sözlü istekler,
- Yukarıdakiler tarafından belirtilmeyen ancak hizmetin gerçekleştirilmesi ile ilgili gereklilikler,
- Yasal ve düzenleyici gereklilikleri,
- Yönetimin gözden geçirmeleri ve üst yönetimin belirleyeceği ek gereklilikler göz önünde bulundurulur.
- Hizmete yönelik taleplerin ilgili mevzuata uygun olması vazgeçilemez bir zorunluluktur.
- Yaptığımız anket çalışmaları, dilek ve öneri kutularından alınan veriler de hizmete yönelik taleplerin alınmasında bir kaynak teşkil eder.
- Yeni bir hizmet talebi yoğunlaştığında veya böyle bir ihtiyaç yönetim tarafından belirlenip kararı verildiğinde, hizmete bağlı şart olarak değerlendirilir, buna uygun olarak gerekli hizmet uygulamaya konulur.
- Özel Dr Cınık Tıp Merkezi hizmet almayı talep eden hak sahiplerine nasıl hizmet verileceği mevzuatta belirlenmiştir, kliniğimize başvuran hak sahiplerinin (acil vakalar hariç) belgelerinin mevzuatlarda belirtilen şartlara uygun olması gerekir. Hizmet alan hastalarımız tedaviden vazgeçme ve tedavinin yenilenmesi hakkına sahiptir. Hastaların muayene ve tedavilerinde hasta haklarına riayet edilir.

6.8.3.Hasta ve Hasta Yakını ile İletişimin Sağlanması:

	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DÖKÜMAN KODU KKY.PR.03	YAYIN TARİHİ 01.12.2023	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA SAYISI 8 / 11

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi , hasta ve hasta yakını ile iletişimini; memnuniyet anketleri uygulama rehberine, dilek-öneri-şikayet bildirimleri ve hasta iletişim birimi başvurularına göre sağlar. Hasta ve hasta yakını şikayetleri değerlendirilerek gerekli görülürse DİF Prosedürüne göre işlem yapılır.

6.9.SATIN ALMA:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezinde satın alma işlemleri satın alma birim sorumlusunun araştırmaları sonrasında mesul müdürün onayı alınarak gerçekleştirilir Muayene ve kabul işlemlerinden sonra bedeli ödenir.

6.10.HİZMETİN SUNULMASI:

6.10.1.Hizmetin Kontrolü:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi, sağlık hizmetlerimizin kontrol altında yürütülmesi için ilgili mevzuatlar doğrultusunda Kalite Yönetim Sistemi şartlarına uygun olarak hizmet sunumunu planlar, yürütür ve hazırlanan prosedürlere göre kontrol şartlarını oluşturur. Oluşturulan bu kontrollü şartların uygulanmasında;

- Verilen hizmetin özelliklerini açıklayan mevzuat ve yönetmeliklerin bulunabilirliği sağlanır.
- Hizmet içi eğitim, internet ve kongreler yoluyla da hizmet ile ilgili bilimsel gelişme ve çalışmalara ulaşma imkanı sağlanır.
- Hizmetin sunumu sırasında gerekli olan prosedür, talimat vb. dokümanlara ulaşılması sağlanır.
- Sağlık hizmetlerinin özelliğine göre ilgili mevzuat ve yönetmeliklerde işaret edilen uygun teçhizatın kullanımı sağlanır.
- Hizmet ile ilgili izleme ve ölçüm cihazlarının bulunması ve kullanılması sağlanır. Hizmet ile ilgili gerekli izleme ve ölçümler yapılır.
- Hizmetin uygun şartlarda tamamlanması, kontrolü ve takibinde gerekli olan şartların kontrolü ve kararların verilmesi hasta bazında ilgili hekimlerce, hizmetin bütünlüğü açısından da birim sorumlularınca ilgili mevzuat ve kalite dokümanlarına göre yürütülür.

•

6.10.2.Hizmet Süreçlerinin Geçerliliği:

Kurumumuzda faaliyetlerden elde edilen çıktıların, izleme ve ölçme ile doğrulanmadığı yerlerde; İlgili sürecin tekrar gözden geçirilmesi ve onaylanması, teçhizat ve personelin yeterliliğinin onaylanması, prosedürler ve talimatlarının uygulanması, kayıtlarının tekrar gözden geçirilmesi yoluyla sürecin geçerliliği doğrulanır.

6.10.3.Tanımlama ve İzlenebilirlik:

Tanımlama ve izlenebilirliğin temelini; Kalite Yönetim Dokümantasyonu ve Özel Dr Cınık Tıp Merkezi otomasyon sistemi oluşturur. Merkezimize gelen hastaya ait dosya vb. sağlığı ile ilgili evrak, hastaya ait yapılan tüm işlem ve tetkikler ile ilgili kayıtlar, özel eşya ve malzemeler hastaya ait değerler olarak ilgili mevzuat hükümlerine göre korunur ve muhafaza edilir. Merkezdeki kullanılan tüm cihaz, ilaç ve malzemelerle ilgili tanımlama ve izlem; otomasyon sistemindeki depo modüllerinden yapılmaktadır.

6.10.4.Hasta Mahremiyeti:

	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DÖKÜMAN KODU KKY.PR.03	YAYIN TARİHİ 01.12.2023	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA SAYISI 9 / 11

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi sine gelen hastalar veya yakınlarının beraberinde getirdikleri ve merkezimizde bulundurulana; Hastaya ait dosya, sevk formu, vb. sağığı ile ilgili evrak, hastaya ait yapılan tüm işlem ve tetkikler ile ilgili kayıtlar, özel eşya ve malzemeler hastaya ait değerler olarak ilgili mevzuat hükümlerine göre korunur ve muhafaza edilir.

6.10.5.Ürünün Korunması:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi hizmet sunumu sırasında kullanılan her türlü ilaç, sarf malzemesi ve cihazın tanımlanması, uygun koşullarda taşınması, saklanması ve kullanılması için gerekli önlemleri alır.

6.10.6.İzleme ve Ölçme Cihazlarının Kontrolü:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezinde izleme ve ölçme cihazlarının kontrolü amacıyla Kalibrasyon Planı oluşturulmuş ve uygulanmaktadır. Kalibrasyon ihtiyaçları bu plana uygun olarak tespit edilir. Kalibrasyon ölçümlerinin mümkün olmadığı komplike cihazlarda performans kontrolleri yapılmaktadır. Kullanılan yazılımların amaçlanan uygulamayı yerine getirme yeteneğı idari işler müdürlüğü tarafından sürekli olarak takip edilmektedir

6.10.7.Genel:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi, hizmetlerimizin ve Kalite Yönetim Sistemimizin uygunluğunu ve etkinliğini izlemek, ölçmek ve iyileştirmek amacıyla aşağıdaki uygulamaları gerçekleştirir. Satın alınan ürünün doğrulanması, hizmetlerin kontrolü, iç tetkikler, memnuniyet anketleri, veri analizleri ve düzeltici/iyileştirici faaliyetler. Merkezin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS bölüm bazlı göstergeler belirlenir.

6.11.-ÖLÇME, ANALİZ VE İYİLEŞTİRME :

6.11.1.Hasta Ve Hasta Yakını Memnuniyeti:

Hasta ve hasta yakını beklenti ve taleplerinin ne dereceye kadar yerine getirildiğinin değerlendirilmesi amacıyla anket uygulamaları yapılmaktadır. Bu yolla da hasta memnuniyeti de değerlendirilmektedir. Ayrıca çeşitli yollardan (Hasta İletişim Birimi, E-posta, Basın-Yayın vb.) gelen öneri ve şikâyetler ilgili mevzuatlara uygun olarak değerlendirilmektedir. Tüm bu değerlendirme sonuçları ve verileri Hasta Görüşlerini Değerlendirme Toplantılarında değerlendirilir.

6.11.2. Öz Değerlendirmeler

Kalite Yönetim Sistemimizin planlanmış düzenlemelere ve mevzuata uygunluğunun ve etkinliğinin periyodik olarak doğrulanması, uygunsuzluklar için düzeltici faaliyetlerin belirlenmesi ve iyileştirme alanlarının tespit edilmesi amacıyla yılda iki kez planlanmış Öz Değerlendirmeler uygulanmaktadır. Kalite Yönetim Direktörü her yıl Öz Değerlendirme planını hazırlar ve üst yönetime onaylatarak yıl içinde denetimlerin gerçekleştirilmesini sağlar. Özdeğerlendirme sonuçlarına göre gerekirse Düzeltici/İyileştirici Faaliyetler başlatılır.

6.11.3.Süreçlerin İzlenmesi ve Ölçülmesi:

	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DÖKÜMAN KODU KKY.PR.03	YAYIN TARİHİ 01.12.2023	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA SAYISI 10 / 11

Tedavi uygulamalarının hasta üzerindeki etkileri ve hastalığın seyri ile ilgili izlem ve ölçümler hastaya özel olarak ilgili hekim tarafından yasal ve bilimsel kriterlere uygun olarak yapılır. Özel Dr Cınık Tıp Merkezi yönetimi ve Hasta Hakları Birimi, bu uygulamalarla ilgili gelen şikâyet, öneri ve memnuniyeti değerlendirerek süreci izleyebilmektedir. İlgili kayıtlar otomasyon sisteminde uygun olarak tutulup muhafaza edilmektedir. Kalite Yönetim Sistemi çerçevesinde süreçler izlenir, kontrol ve performans kriterlerine uygun ölçümler yapılarak hedeflere ulaşma durumu tespit edilir. Planlanan hedefe ulaşılmadığında hizmetin uygunluğunu sağlamak için gerektiğinde düzeltmeler ve düzeltici faaliyetler başlatılır.

6.11.4.Hizmetin İzlenmesi ve Ölçülmesi:

Hasta ile ilgili tanı, teşhis ve tedavi işlemleri ilgili hizmet izlemleri ve ölçümleri; ilgili mevzuat, prosedür ve talimat dokümanlarına uygun olarak yapılır. Uygulanan tanı, teşhis ve tedavi işlemleri sonucunda söz konusu hastalık ile ilgili gerekli analiz ve incelemeler hekimler tarafından yapılarak veya yaptırılarak tedavi süreci sona erdirilir. Bu uygulamalara ait kayıtlar otomasyon ve hasta dosyalarında tutulup muhafaza edilir.

SKS bölümlerine yönelik kalite göstergeleri vasıtasıyla, bu bölümlere ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonunda elde edilen çıktıların somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesi sağlanır.

6.11.5.Veri Analizi:

Özel Dr Cınık Tıp Merkezi, Kalite Yönetim Sisteminin uygunluğunu ve etkinliğini göstermek ve sürekli iyileştirme için veri analizleri Birim Sorumluları ve Kalite Yönetim Birimi tarafından yapılmaktadır. Toplanan veriler göstergelerin özelliklerine göre istatistik teknikler kullanılarak, belirlenen aralıklarla ve yeterli bilgiye sahip personelin yorumlaması ile analiz edilir. Göstergelere ilişkin sonuçlar bakanlıkca oluşturulan elektronik veri tabanına gönderilir.

6.11.7. Sürekli İyileştirme:

Şartların yerine getirilmesi yeteneğini artırmak için tekrar edilen faaliyet olarak tanımlanan sürekli iyileştirme anlamında merkezimiz Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini sürekli iyileştirme çabasıdadır. Bu amaçla; kalite politikası, hedefler oluşturulmuş, anketler yapılmakta ve veri analizi uygulamaları gerçekleştirilmektedir. Gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler ve yönetimin gözden geçirmesi çalışmaları yürütülmektedir. Sürekli iyileşmeye yönelik olarak hedefler belirlenmekte ve revize edilmektedir.

6.11.8.Düzeltilici Faaliyetler:

Kalite Yönetim Sisteminde, mevcut uygunsuzlukların sebeplerinin ortadan kaldırılması amacıyla düzeltici faaliyetlerin planlanması, uygulanması, sonuçların izlenmesi, tekrarlarının önlenmesi ve esasların belirlenmesi amacıyla Düzeltici ve İyileştirici Faaliyetler Prosedürü uygulanmaktadır. Düzeltici Faaliyetlerin hangi durumlarda kimler tarafından kimlere açılacağı ilgili prosedürde anlatılmaktadır. Cihaz ve malzemelerle (ilaçlar, sarf malzemeleri vb.) ilgili uygunsuzluklar, tanı, tetkik ve tedavi aşamasında saptanan uygunsuzluklar, tedarik hizmetleri ile ilgili uygunsuzluklar, hasta şikayetleri, özdeğerlendirmeler,

	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DÖKÜMAN KODU KKY.PR.03	YAYIN TARİHİ 01.12.2023	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA SAYISI 11 / 11

merkezi değerlendirmeler, veri analizleri sonuçları (hedeflerin tutturulamaması) ve yönetimin gözden geçirmesi toplantı sonuçları Düzeltici Faaliyetler için kaynak teşkil eden unsurlardır.

6.11.9.İyileştirici Faaliyetler:

Kalite Yönetim Sistemi ile ilgili olarak olası uygunsuzlukların önlenmesi amacıyla iyileştirici faaliyetler tüm çalışanlar tarafından önerilebilir ve uygulanabilir. Uygulama şu aşamalarda gerçekleştirilir.

- Potansiyel uygunsuzlukların ve sebeplerinin belirlenmesi,
- Uygunsuzluğun oluşmasını önleyecek ihtiyaç duyulan faaliyetin değerlendirilmesi,
- Faaliyetin belirlenmesi ve yerine getirilmesi,

Sonuçlarla ilgili kayıtların ve iyileştirici faaliyetlerin gözden geçirilmesi, Bu konu ile ilgili uygulamalar Düzeltici ve İyileştirici Faaliyetler Prosedüründe anlatılmaktadır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR