





**BİRİM
İÇ DEĞERLENDİRME RAPORU**

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

(<http://hastaneler.erciyes.edu.tr/>)

38039 Kayseri / Türkiye

Haziran 2016

İÇİNDEKİLER

A. KURUM HAKKINDA BİLGİLER	6
A-1 İletişim Bilgileri	6
A-2 Tarihsel Gelişimi	6
A-3 Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri	7
A-4 İyileştirmeye Yönelik Çalışmalar	7
B. KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ	7
B-1 Temel Politikalar ve Öncelikler.....	9
Anketler	15
C. EĞİTİM – ÖĞRETİM.....	16
C.1 Programların Tasarımı ve Onayı.....	16
C.2 Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme.....	16
C.3 Öğrencinin Kabulü ve Gelişimi, Tanınma veSertifikalandırma	16
C.4 Eğitim - Öğretim Kadrosu	16
C.5 Öğrenme Kaynakları, Erişilebilirlik ve Destekler	16
C.6 Programların Sürekli İzlenmesi ve Güncellenmesi	16
Ç. ARAŞTIRMAve GELİŞTİRME	16
Ç.1 Araştırma Stratejisi ve Hedefleri	16
Ç.2 Araştırma Kaynakları.....	16
Ç.3 Araştırma Kadrosu.....	16
Ç.4 Araştırma Performansının İzlenmesi ve İyileştirilmesi	16
D. YÖNETİM SİSTEMİ.....	17
D-1 Yönetim ve İdari Birimlerin Yapısı	18
D-2 Kaynakların Yönetimi	20
D-3 Bilgi Yönetim Sistemi.....	26
D-4 Kurum Dışından Tedarik Edilen Hizmetlerin Kalitesi	26
D-5 Kamuoyunu Bilgilendirme	26
D-6 Yönetimin Etkinliği ve Hesap Verebilirliği.....	26
E. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	27

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Hastane Alanları ve Yatak Sayıları	6
Tablo 2 : Hedef, Strateji ve Performans Göstergeleri.....	12
Tablo 3 : Anket Memnuniyet Oranları	15
Tablo 4 : Örgüt Yapısı (Teşkilat Şeması).....	17
Tablo 5 : Hizmet İçi Eğitim Alan Gruplar.....	21
Tablo 6 : Satın Alma İş Akış Şeması.....	24
Tablo 7 : Güçlü ve Zayıf Yönler.....	27
Tablo 8 : Fırsatlar ve Tehditler	28

EKLER

Ek1: TSE Dış Tetkik Raporu

Ek2: Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Deęerlendirmesi

A. KURUM HAKKINDA BİLGİLER

A-1 İletişim Bilgileri

Adres: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Köşk Mah. Prof. Dr. Turhan Feyzioğlu Cad. No:42

Telefon: (0 352) 437 49 12

Fax : (0 352) 437 52 73

A-2 Tarihsel Gelişimi

9 Aralık 1968’de Hacettepe Üniversitesi bünyesinde kurulan Kayseri Gevher Nesibe Tıp Fakültesi, 1969-1970 öğretim yılında Gevher Nesibe Medresesinin adı ve hâtırasını yaşatmak için Kayseri Gevher Nesibe Tıp Fakültesi adı ve 25 öğrenciyle eğitim öğretime başlamıştır. 1975 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile yapılan protokol gereğince Kayseri Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniğine taşınan Fakültemizin ilk akademik kadrosunda 4 doçent, 23 öğretim görevlisi, 3 uzman ve 39 asistan bulunmaktaydı. 18 Kasım 1978 tarih ve 2175 sayılı kanunla Kayseri Üniversitesi, Erciyes Üniversitesi adını alırken 26 Haziran 1982 tarih ve 41 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Tıp Fakültesi bugünkü statüsüne kavuşmuştur. 22 Aralık 2013 tarih, 28859 sayılı yönetmelik ile Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi olarak kurulmuş ve halen çalışmalarına devam etmektedir. Tıp Fakültesi Hastaneler kompleksi olan Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nin yapısı şöyledir:



Tablo 1: Hastane Alanları ve Yatak Sayıları

BLOK	HASTANELER	Toplam Kapalı Alan (M2)	Toplam Oturma Alanı (M2)	Yatak Sayısı (Fiili)
Ana Blok	Gevher Nesibe Hastanesi	110000	24000	739
1. Blok	Mehmet Kemal Dedeman Hematoloji Onkoloji Hastanesi	5274	1052	60
2. Blok	Semiha- Asım Kibar Organ Nakli Ve Diyaliz Hastanesi	5748	931	110
3. Blok	Yılmaz -Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesi	8217	1059	123
4. Blok	Mustafa Eraslan-Fevzi Mercan Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi	14328	2846	220
5. Blok	Şahinur Dedeman Kemik İliği Nakli Ve Kök Hücre Tedavi Merkezi	2627	540	35
6. Blok	Gülser Ve Dr. Mustafa Gündoğdu Merkez Laboratuvarı	2190	2030	0
TOPLAM		148384	32458	1287

A-3 Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri

MİSYON : Uluslararası standartlara uygun, sağlık hizmeti üretmek ve toplumun sağlık alanındaki ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak, bunu yaparken de hasta haklarını gözeterek, hasta memnuniyetini en üst düzeyde tutmak hastanemizin misyonudur.

VİZYON : Sağlık hizmetleri açısından ulusal ve uluslararası standartlara uygun sağlık hizmeti üretmek.

A-4 İyileştirmeye Yönelik Çalışmalar

Birimin ilk iç değerlendirme raporudur.

B. KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ

Kalite Politikamız: Hizmet Verdiğimiz Bireylerin İhtiyaç Ve Beklentilerini Karşılacak Ve Onların Memnuniyetini Ön Planda Tutacak Dünya Standartlarında Sağlık Hizmeti Sunmak Hastanelerimizin Temel Politikasıdır. Bu Hizmeti Verirken Hasta Ve Çalışan Haklarını Gözetmek, İş Sağlığı Ve Çevre Güvenliğini Sağlamak Ana Prensiplerimizdir.

▪ Kurumun kalite güvencesi süreçleri, iç değerlendirme süreçleri ve eylem planları;

1. Hastanelerimizde TS EN ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi çerçevesinde kalite el kitabı, prosedürler, proses kartları, görev yetki ve sorumluluklar, talimatlar, formlar vb. dokümanlar hazırlanır ve bunların kontrolleri yapılır.
2. Kalite Yönetim Sistemi çalışmalarının yürütülmesi, gerekli kayıtların tutulması ve muhafazası sağlanır.
3. Kalite Hedeflerinin belirlenmesi ve hedeflere ulaşma konusunda çalışmalar yapılır.
4. Belirlenen zamanlarda Yönetimin Gözden Geçirme (YGG) toplantılarının yapılmasında gerekli hazırlıklar yapılarak, üst yazı ile ilgili kişilere toplantının yeri, zamanı ve içeriği hakkında bilgi verilir ve çalışmalarla ilgili eksiklikler yönetime bildirilir.
5. İç Kalite Tetkik planlaması yapılır ve üst yazı ile tetkikçilere ve ilgili birimlere bildirilir.
6. Tetkik sonuçları kayıt altında tutulur ve tespit edilen uygunsuzlukların giderilmesi takip edilir.
7. Diğer ilgili dokümanlar gerektiğinde revize edilir, revize edilmiş dokümanlar ilgili birimlere sunulur ve eski dokümanların imhasını sağlanır.
8. Yıllık eğitim planlarına göre eğitimler düzenlenir ve takipleri yapılır. Eğitimcilerle irtibata geçilerek eğitimlerin verilmesi sağlanır ve verilen eğitimler kayıt altına alınır.
9. Düzenleyici Önleyici Faaliyetler başlatıp, belirlenen sürede bunların kapatılması sağlanır.
10. Yatan hastalara, poliklinik hastalarına ve çalışanlara anketler düzenlenir ve bu doğrultuda hizmet standardı ölçülür.
11. TSE Gözetim Tetkiki ve Belge Yenileme Tetkiklerinin tüm çalışmaları planlanır, ilgili birimlere duyurusu yapılır.
12. Hasta şikâyet - öneri ve memnuniyet sonuçları Halkla İlişkiler Biriminden alınıp, Yönetimin Gözden Geçirme toplantısında sunulur.
13. Cihazların kalibrasyonu ile ilgili Kalibrasyon Laboratuvarı ile işbirliği yapılır.
14. Kaliteli sağlık hizmeti sunumu ile ilgili olarak ilgili birimler ile işbirliği yapılır.

15. Kalite Yönetim Sistemi ile ilgili olarak ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşların çalışmaları takip edilir, gerektiğinde işbirliği yapılır.

16. Kalite Yönetim Sistemi ile ilgili seminer, kongre vb. toplantılar takip edilip, ilgililerin katılımları sağlanır.

17. Kalitenin artırılması ve korunması yönünde Kalite Yönetim Sistemi içerisinde belirlenen görevler yapılır.

18. Üniversite Senatosunun yürürlüğe koymuş olduğu Tıp Fakültesi Hastaneleri Yönetmeliğinin belirlemiş olduğu çalışma kurulları doğrultusunda oluşturulan Kalite Kontrol Kurulunun almış olduğu kararlara göre çalışmalar yürütülür.

▪ **Kurumun kalite güvencesi süreçleri ve iç değerlendirme süreçleri kapsamındaki ölçme ve izleme sistemi,**

Sağlık hizmetlerinin sürekli iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmetlerinin sunumunun sağlanması, bunların analizi, gerekli birim ve bölümlere iletilmesi, ayrıca tüm kalite yönetim sistemlerinin yürütülmesini amaçlayan kalite kontrol kurulunun kapsamı, çalışma prensipleri ve çalışma yöntemleri ile ilgili usul ve esaslar düzenlenmiştir. Süreç kapsamında iç ve dış değerlendirmelerde kullanılan soru-sonuç formu ile ölçüm ve izleme yapılır. Yılda iki kez yapılan Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarında;

Bir önceki Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısında alınan kararların görüşülmesi,

Yönetim temsilcisi raporunun görüşülmesi,

Kalite politikasının görüşülmesi,

Hizmet içi eğitim faaliyetlerinin görüşülmesi,

Proses kriterlerinin (Proses Kartları) görüşülmesi,

Önceki yılın kalite hedeflerinin görüşülmesi,

Yatan Hasta Memnuniyet Anketi sonuçlarının görüşülmesi,

Poliklinik Hastaları Memnuniyet Anketi sonuçlarının görüşülmesi,

Çalışan Memnuniyet Anketi sonuçlarının görüşülmesi,

Hasta Memnuniyet ve Şikâyetlerinin görüşülmesi,

Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetlerin görüşülmesi,

İç Tetkik Sonuçlarının görüşülmesi,

Gösterge(indikatör) kartları raporlarının görüşülmesi,

Yeni Yılın Kalite Hedeflerinin belirlenmesi,

TSE Dış Tetkikin görüşülmesi,

Konuları görüşülerek karara bağlanır.

▪ **Kurumun rekabet avantajını koruyabilmek üzere yaptığı iyileştirmeler;**

Amaçlar: Hastanelerimizi sağlık hizmetleri alanında, uluslararası standartlara ulaştırmak, hasta haklarını gözeterek, en üst seviyede sağlık hizmeti sunmak ve hizmetlerimizi rekabet koşullarına uyabilecek seviyeye getirmektir.

Kalite Hedefleri:

1. Poliklinik ve Kliniklerde elektronik dosya sistemi alt yapısı tamamlanmıştır. Kullanım oranını %60'ın üzerine çıkartmak.

2. Eski kâğıt dosyaların taranarak elektronik ortama aktarılması.

3. E - Konsültasyon alt yapısı tamamlanmıştır. Kullanım oranını %60'ın üzerine çıkartmak.

4. Hastane genelinde mevcut Network sisteminin yenilenmesi ve kablosuz Network sistemine geçilmesi.
 5. Merkez Bilgi İşlem Birimi sistem odası güvenlik, yangın algılama ve söndürme sisteminin kurulması.
 6. Kabin izleme sistemi kurulması.
 7. Tüm görüntüleme yöntemlerinin elektronik ortamda görülmesi.
 8. Bilişim donanım alt yapısının (PC, yazıcı, tablet vb.) yenilenmesi.
 9. Görüntülü ve İnteraktif Hasta Sağlık İletişim Ağı sistemine geçilmesi.
 10. Güvenlik kamera sisteminin ihtiyaçlar doğrultusunda geliştirilmesi.
 11. MR randevu süresinin üçüncü bir MR cihazı alınması ile azaltılması. (1 ay)
 12. Hasta ve çalışan memnuniyetinin %85'in üzerine çıkartmak.
 13. Proses kartlarında belirtilen kriterlerdeki hedef değerlere ulaşmak.
 14. Hastanemize yeni bir ambulans alınması.
 15. Hastanelerimizde fiziki yapılanma ve onarım ile ilgili tespit edilen hedefler;
 - Hastane Ayniyat depolarına yangın güvenliği için algılama, alarm, ikaz ve söndürme sisteminin kurulması.
 - Hastane morg ünitesi II. bölümünün bakım - onarımının yapılıp, devreye alınması.
 - Gevher Nesibe Hastanesi poliklinik koridorlarının (A, B, C blokları) yer - tavan tadilatı yapılması ve VRF (soğutma - ısıtma) sistemi kurulması.
 - Gevher Nesibe Hastanesi batı cephelerinde eksik kalan kliniklerin onarımı.
 - Gevher Nesibe Hastanesi deprem güçlendirme projesinin yapılması ve güçlendirme işleminin tamamlanması.
 - Acil Tıp Anabilim Dalının ambulans giriş, iç kısım ve acil kafeteryasının düzenlenmesi.
 - Kalp Damar Cerrahi ve Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitelerinin onarımı.
- Yılmaz - Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesinin genel tadilatı (yangın merdiveni ve asansör dâhil)

B-1 Temel Politikalar ve Öncelikler

Politikalar

1. Dünya standartlarında sağlık hizmeti sunmak,
2. Hasta ve çalışan güvenliğini ön planda tutmak, yenilikleri yakından takip edip uygulamak ve geliştirmek,
3. Erciyes Üniversitelilik bilincini yerleştirmek,
4. Personel atama ve yükseltilme kriterlerini sürekli geliştirmek,
5. Katılımcı yönetim anlayışını benimsemek,
6. Başarılı personeli teşvik etmek,
7. Yeni bilgilere ulaşma becerisine sahip personel yetiştirmek,
8. Yeni yatırımlarda hayırseverlerin desteğini almak,
9. Her anabilim dalının ve bütün laboratuvarların akreditasyon çalışmalarına başlamak.

Öncelikler

1. Nitelikli sağlık personeli sayısını artırmak,
2. Çocuk Hastanesi 3. Bloğunun Yapılması ve aşağıda belirtilen birimlerin bu bloğa taşınması ve yer değişiminin sağlanması;

- Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinik ve Kliniği
- Çocuk Cerrahi Poliklinik ve Kliniği
- Ameliyathaneler
- Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ve Kliniği

Dış değerlendirme sonuçlarına göre gerekli iyileştireler yapılmış olup, çalışmalarımız devam etmektedir. Kurumumuz her yıl TSEN ISO 9001:2008 standardı çerçevesinde denetlenmektedir. Değerlendirme sonucunda “Tetkik Raporu” doğrultusunda üst yönetim tarafından gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı “Sağlıkta Kalite Standartları” çerçevesinde denetlenerek puanlama yapılmaktadır.

Kurumun, misyon, vizyon, stratejik hedefleri ve performans göstergelerinin belirlenmesi;

Yönetim gözden geçirme toplantılarında stratejik hedef ve performans göstergeleri belirlenmekte ve belirli periyotlarla analizleri yapılmaktadır. “Kalite Kurulu” toplantıları ve “Yönetimin Gözden Geçirme” toplantılarında sonuçlar görüşülerek gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır.

Hedef 1. Hasta memnuniyet oranını artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması

Strateji 1. Hasta memnuniyet anketleri düzenlemek ve izlemek,

Strateji 2. Hasta güvenliğine yönelik uygulamaları ölçmek ve izlemek,

Performans Göstergeleri

1.1. Erişkin ve çocuk ayakta ve yatan hasta memnuniyet oranı

2.1. Düşen hasta oranı,

2.2. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oranı

Hedef 2. Çalışan güvenliğini sağlamak ve çalışan memnuniyet oranının artırılması

Strateji 1. İş sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamalar yapmak,

Strateji 2. Çalışanlara yönelik koruyucu işlemler yapmak,

Performans Göstergeleri

1.1. Çalışanlara verilen iş sağlığı ve güvenliği eğitim oranı,

1.2. İş sağlığı ve güvenliği sağlık muayeneleri oranı,

1.3. Kesici delici alet yaralanması oranı,

1.4. Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalma oranı,

1.5. Çalışan memnuniyeti oranı,

Hedef 3. Sağlık hizmeti sunum alanlarında alt yapıya yönelik fiziksel iyileştirmeler yapılması

Strateji 1. Hastanelerin fiziksel niteliklerini geliştirmek,

Strateji 2. Yeni Hastane binası yapmak,

Performans Göstergeleri

1.1. Nitelikli hasta yatağı oranı,

1.2. Engellilere yönelik düzenleme oranı,

1.3. Kadın Hastalıkları ve Doğum, yeni doğan üniteleri ve çocuk cerrahisi hastanesi yapımı

Hedef 4. Sağlık hizmetlerinde kullanılan donanım altyapısına yönelik teknolojik iyileştirmeler yapılması

Strateji 1. Görüntüleme cihazlarının teknolojisini yenilemek ve sayısını artırmak,

Strateji 2. Bilgi İşlemin teknolojik alt yapısını yenilemek,

Performans Göstergeleri

1.1. MR cihazı sayısı,

1.2. Anjiyo cihazı sayısı,

1.3. Network ağı yenilenme oranı,

Hedef 5. Hizmet sunulan yerli hasta sayısının artırılması,

Strateji 1. Ayakta hizmet sunulan hasta sayılarını artırmak

Strateji 2. Yatan hasta işlem sayılarını artırmak,

Performans Göstergeleri

1.1. Ayakta hizmet alan hasta sayısı,

1.2. Yatan hasta sayısı,

1.3. Ameliyat olan hasta sayısı,

1.4. Kemik iliği ve böbrek nakil sayısı,

Hedef. 6. Hizmet sunulan sağlık turizmi hasta sayısının artırılması

Strateji 1. Sağlık turizmi hasta sayısının arttırılmasına yönelik çalışmalar yapmak

Strateji 2. Yıl içinde elde edilen sağlık turizmi gelirlerini izlemek

Performans Göstergeleri

1.1. Sağlık turizmi hasta sayısı,

1.2. Sağlık turizmi gelirleri,

Hedef 7. Karaciğer ve kornea nakillerinin başlatılmasını sağlanması

Strateji 1. Karaciğer ve kornea nakillerinin başlatılması için gerekli çalışmaları yapmak

Performans Göstergeleri

1.1 Karaciğer nakil sayısı

1.2 Kornea nakil sayısı

Tablo 2 : Hedef, Strateji ve Performans Göstergeleri

Amaç No:1	Sorumlu Birim	Performans Göstergesi Değerlendirme Yılı (Dönem Sonu Ulaşılabilecek Değer)										
		Hedef	Strateji	Performans Göstergeleri	Mevcut Durum	2017	2018	2019	2020	2021		
Bilimselliği ,etik değerleri ön planda tutarak, nitelikli ve güvenli sağlık hizmetinin sunulması	1-Hasta memnuniyet oranının artırılması ve hasta güvenliğinin	Strateji 1.Hasta memnuniyet anketleri düzenlemek ve izlemek	1.1.Erişkin ve çocuk ayakta ve yatan hasta memnuniyet oranı	87,2						90		
			2.1. Düşen hasta oranı,	0,03						0,01		
			Strateji 2.Hasta güvenliğine yönelik uygulamaları ölçmek ve izlemek	2.2.Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri Oranı	3,26						3	
	2. Çalışan güvenliğini sağlamak ve çalışan memnuniyet oranının artırılması	Strateji1. İş Sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaları yapmak	1.1.Çalışanlara verilen iş sağlığı ve güvenliği eğitim oranı	88,7							90	
			1.2.İş sağlığı ve güvenliği sağlık muayeneleri oranı,	81,0							100	
			1.3.Kesici ve delici alet yaralanması oranı	0,45							0,30	
			Strateji2. Çalışanlara yönelik koruyucu işlemler yapmak	1.4.Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalma oranı	0,05							0,01
			1.5. Çalışan memnuniyeti oranı	53,7								60
	3. Sağlık hizmeti sunum alanlarında alt yapıya yönelik fiziksel iyileştirmeler yapılması	Strateji 1. Hastanelerin fiziksel niteliklerini geliştirmek,	1.1. Nitelikli hasta yatağı oranı	44,1							90	
			1.2.Engellilere yönelik düzenleme oranı,	60								90
			Strateji2.Yeni Hastane binası yapmak	1.3.Kadın Hastalıkları ve Doğum, yeni doğan üniteleri ve çocuk cerrahisi hastanesi yapımı		25	25	50				
	4.Sağlık hizmetlerinde kullanılan donanım altyapısına yönelik	Strateji1.Görüntüleme cihazlarının teknolojisini yenilemek ve sayısını artırmak	1.1.MR cihazı Sayısı,	2	3	3	3	3	3	3		
			1.2.Anjiyo cihaz sayısı	7	7	8	8	8	8	8		
			Strateji2.Bilgi işlemin teknolojik alt yapısını yenilemek	1.3.Network ağı yenilenme oranı,		100						

	5.Hizmet sunulan yerli hasta sayısının artırılması	Strateji 1. Ayakta hizmet sunulan hasta sayılarını artırmak Strateji.2. Yatan hasta işlem sayıları artırmak,	1.1.Ayakta hizmet alan hasta sayısı,	925,213					1200000
			1.2.Yatan hasta sayısı,	183,985					220000
			1.3.Amaliyat olan hasta sayısı	46,632					50000
		1.4.Kemik iliği ve böbrek nakil sayısı	173/ 13	200/ 15	250/ 15	250/ 20	250/ 20	250/ 20	
	6.Hizmet sunulan. Sağlık turizmi hasta sayısının artırılması	Strateji 1. Sağlık turizmi hasta sayısının artırılmasına yönelik çalışmalar yapmak Strateji2. Yıl içinde elde edilen sağlık turizmi gelirlerini izlemek,	1.1.Sağlık turizmi hasta sayısı	50	60	100	125	150	200
			1.2.Sağlık turizmi gelirler	285	500	750	1000	1250	1500
	7.Karaciğer ve kornea nakillerinin başlatılmasının sağlanması	Strateji 1. Karaciğer ve kornea nakillerinin başlatılması için gerekli çalışmaları yapmak	1.1.Karaciğer nakil sayısı	0	10	15	20	20	20
			1.2.Korneo nakil sayısı	0	0	10	20	20	20

Birim, kurumsal performansının ölçülmesi, değerlendirilmesi ve sürekli iyileştirilmesi;

Hasta memnuniyet anketleri ve gösterge yönetimi çerçevesinde yapılan analizler yılda iki kez yapılan yönetimin gözden geçirme toplantılarında görüşülerek gerekli iyileştirmeler yapılır.

Birimin Kalite Komisyonu üyeleri;

Kurul, Merkez Müdürü veya görevlendireceği bir Merkez Müdür Yardımcısı başkanlığında, Hastane Müdürü, Hastane Müdür Yardımcısı, Başhemşire veya yardımcısı, Kalite Yönetim Biriminden sorumlu şef, Hasta İletişim Birimi Sorumlusu ve ayrıca Dekan tarafından görevlendirilen bir öğretim üye / görevlisinden oluşur.

Üyelerin görev süresi üç yıldır. Süresi dolan kurul üyelerinin yerine aynı usul ile Dekan ve Merkez Müdürü tarafından yeni üye görevlendirilir. Kurul üyeliği yapmış bir kişi yeniden kurula üye seçilebilir. Üyelerden herhangi birinin görevden ayrılması halinde kalan süreyi tamamlamak üzere Dekan ve/veya Merkez Müdürü tarafından yeni görevlendirme yapılır.

Birimin Kalite Komisyonunun kalite güvencesi sisteminin kurulması ve işletilmesi kapsamındaki yetki, görev ve sorumlulukları, Komisyon, kalite güvencesi sürecindeki rolü;

Kurul idari işleyiş yönünden Merkez Müdürlüğüne bağlıdır. Başkan, kurulu yılda en az 4 defa olağan, gerektiğinde olağanüstü toplantıya çağırır. Kurul, toplantılarını üye tam sayısının yarısının en az bir fazlasıyla yapabilir. Salt çoğunluğun sağlanamadığı durumlarda başkanın çağrısı ile kurul bir başka tarihte tekrar toplanır. Kurul kararları oy çokluğu ile alınır ve alınan kararlar Merkez Müdürlüğünün onayına sunulur.

Görev, Yetki ve Sorumluluklar

1. Toplam Kalite Yönetim Sistemlerinin etkin biçimde uygulanması konusundaki politika ve stratejileri belirlemek,
2. Kalite hedeflerini belirlemek, bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için gerekli çalışmaları planlamak, organize etmek, izlemek ve değerlendirmek,
3. Hasta tedavi hizmetleri ile hasta ve çalışan güvenliğinin geliştirilmesi amacıyla gerekli tüm kaynakların planlanması, temini ve yönetilmesini sağlamak,
4. Merkezin birim süreçlerini tanımlamak, sorumlularını tespit etmek ve iyileştirilmesinde rol alacak ekiplerin oluşmasını sağlamak,
5. Merkezdeki düzeltici / önleyici faaliyetlerin kullanılmasını ve burada bildirilen sorunlara yönelik uygun sıralamayla iyileştirme çalışmalarını yapmak ve denetlemek,
6. Personelin yıllık hizmet içi eğitimlerini planlamak ve bu eğitimleri almalarını sağlamak, ayrıca ihtiyaçlar doğrultusunda da gerekli eğitimlerin verilmesini sağlamak,
7. Kalite yönetim sisteminin Merkez içinde uygulamalarını değerlendirmek ve desteklemek,
8. Merkez'in ulaştığı kalite düzeyini saptamak amacıyla kriterler geliştirmek,
9. Mevcut ve geliştirilen kriterler yoluyla sonuçları ilgili birimlere bildirmek,
10. Çalışanlarının faaliyetlere katılımını sağlamak amacıyla gerekli mekanizmaları harekete geçirmek,
11. Hizmet kalitesi standartları çerçevesindeki çalışmaları gözlemlemek ve denetlemek,
12. Birimler tarafından hazırlanan kaliteye ilişkin belgelerin kalite yönetim biriminde uygun şekilde değerlendirilmesini sağlamak ve denetlemek,
13. Hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesi amacıyla şikâyet / öneri ve memnuniyetlerin sonuçlarını değerlendirmek,
14. Kalite Yönetim Sisteminin gerektirdiği iç tetkikin planlamasını ve uygulamasını sağlamak

İç paydaşlar (akademik ve idari çalışanlar) ve dış paydaşların(işverenler, mezunlar, meslek örgütleri, araştırma sponsorları, hasta ve hasta yakınları vb.) kalite güvencesi sistemine katılımı ve katkıları;

Hasta ve Çalışan memnuniyet anketleri, hasta iletişim birimine yapılan yazılı memnuniyet ve şikâyet bildirimleri değerlendirilerek analiz edilmekte ve gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır.

Anketler

Tablo 3 : Anket Memnuniyet Oranları

Anket Yapılan Bölümler	Yapılan Anket Sayısı	Memnuniyet Oranı (%)
Çalışan Memnuniyet Anketi	276	53,7
Radyoloji Genel Memnuniyet Anketi	150	74,7
-Direkt RöntgenGrafı	38	79,4
-Bilgisayarlı Tomografi	36	75,7
-Ultrason	36	74,3
-MR	40	69,8
Erişkin Poliklinik Memnuniyet Anketi	1110	76,3
Erişkin Yatan Hasta Memnuniyet Anketi	840	86,6
Çocuk Poliklinik Memnuniyet Anketi	779	75,2
Çocuk Servis Memnuniyet Anketi	341	86,6
Acil Servis Genel Memnuniyet Anketi	300	66,9
-Çocuk Acil Memnuniyet Anketi	150	76,1
-Acil Tıp Ana Bilim Dalı Memnuniyet Anketi	150	57,7
EEG-EMG	60	87,4
Tıbbi Genetik	70	85,3
Nükleer Tıp	70	75,9
Ameliyat Hizmetleri Memnuniyet Anketi	420	88,9
Yoğunbakım Hizmetleri Memnuniyet Anketi	502	88,1

C. EĞİTİM – ÖĞRETİM

C.1 Programların Tasarımı ve Onayı

C.2 Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme

C.3 Öğrencinin Kabulü ve Gelişimi, Tanınma ve Sertifikalandırma

C.4 Eğitim - Öğretim Kadrosu

C.5 Öğrenme Kaynakları, Erişilebilirlik ve Destekler

C.6 Programların Sürekli İzlenmesi ve Güncellenmesi

Ç. ARAŞTIRMA ve GELİŞTİRME

Ç.1 Araştırma Stratejisi ve Hedefleri

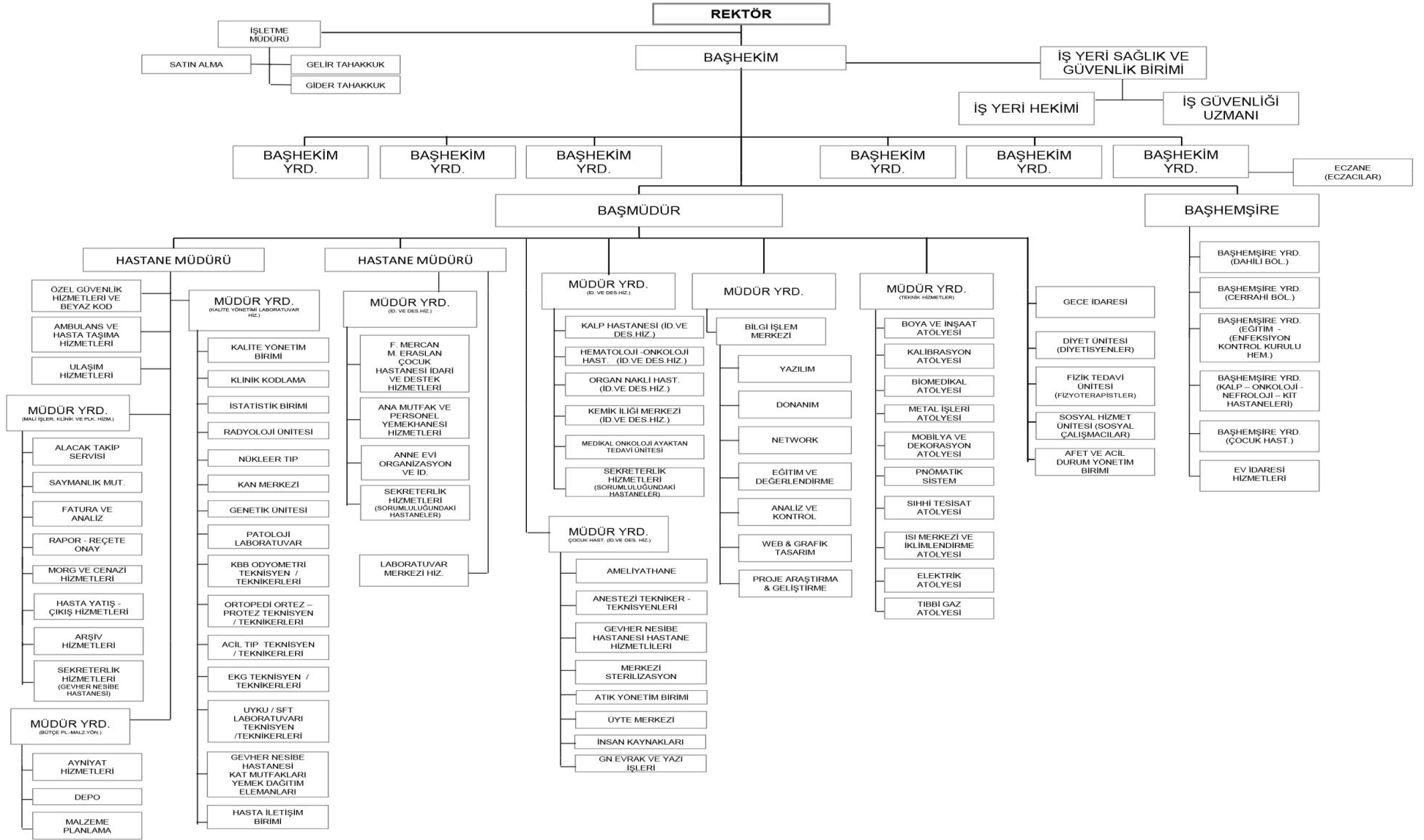
Ç.2 Araştırma Kaynakları

Ç.3 Araştırma Kadrosu

Ç.4 Araştırma Performansının İzlenmesi ve İyileştirilmesi

D. YÖNETİM SİSTEMİ

Tablo 4 : Örgüt Yapısı (Teşkilat Şeması)



D-1 Yönetim ve İdari Birimlerin Yapısı

Kalite Yönetim Sistemi çerçevesinde görev yetki ve sorumluluklar tanımlanmıştır.

YETKİ, GÖREV VE SORUMLULUKLAR : (Harcama Biriminin Görev ve Yetkileri)

1- MALİ İŞLER

a) Harcama Yetkilisinin (Rektör) Görev, Yetki ve Sorumlulukları:

- Yapılan tüm harcamaları kontrol etmek,
- Harcama talimatı vermek,
- Ödenek tutarında harcama yapmak,
- Ön Mali Kontrol sürecinin gerçekleştirilmesini sağlamak,
- Ödeme emri belgesini imzalamak.

b) Harcama Yetkilisinin (Dekan) Görev, Yetki ve Sorumlulukları: (Prof. Dr. M.Hakan POYRAZOĞLU)

- Doğrudan temin limitini aşan ihale usulü mal alımlarında tüm harcamaları kontrol etmek ve harcama belgelerini onaylamak
- Harcama talimatı vermek,
- Ödenek tutarında harcama yapmak,
- Ön Mali Kontrol sürecinin gerçekleştirilmesini sağlamak,
- Ödeme emri belgesini imzalamak.

c) Harcama Yetkilisinin (Başhekim) Görev, Yetki ve Sorumlulukları: (Prof. Dr. Kudret DOĞRU)

- Hizmet alımı ihalelerinde ve doğrudan temin limitini aşmayan mal alımlarında tüm harcamaları kontrol etmek ve harcama belgelerini onaylamak,
- Harcama talimatı vermek,
- Ödenek tutarında harcama yapmak,
- Ön Mali Kontrol sürecinin gerçekleştirilmesini sağlamak,
- Ödeme emri belgesini imzalamak.

d) Gerçekleştirme Görevlisinin (Döner Sermaye İşletme Müdürü) Görev, Yetki ve Sorumlulukları: (Uz. Salih ERDEM)

Döner Sermaye bütçesini hazırlamak, harcama kalemlerini takip ederek harcamaların sağlıklı biçimde yürütülmesini sağlamak.

2- İDARİ İŞLER

a) Hastaneler Başhekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları:

(Prof. Dr. Kudret DOĞRU)

- 1- Hastanelerin stratejik plan ve hedefleri doğrultusunda gelişmesi için gerekli tedbirleri almak, gerekli düzenleme ve çalışmaları yapmak.
- 2- Hastanelerin klinik, poliklinik, acil servis, eczane, ameliyathane, kan merkezi, tanı ve araştırma laboratuvarları, beslenme ve diyet, hasta kabul ve çıkarma, tıbbi dokümantasyon ve arşiv, teşhis, tedavi, bakım ve diğer sağlık, idari, teknik destek hizmet birimlerinin hastanelerin amaç ve hedefleri doğrultusunda düzenli, uyumlu, etkin, sürekli ve verimli biçimde çalışmasını sağlamak ve bunun için gerekli fiziki şartların oluşturulması, personel ihtiyacının tespiti ve giderilmesi için gerekli planlama, koordinasyon ve denetimini sağlamak ve hizmet içi eğitim alt yapı imkanlarını oluşturmak.
- 3- Hastanelere bağlı idari, sağlık ve teknik olmak üzere tüm hastanelerin personelinin yönetim, koordinasyon, denetim ve genel gözetimini yapmak.
- 4- Hastanelerin mesai sonrası çalışma, nöbet ve yönetim hizmetleri ile ilgili düzenlemeleri belirlemek ve uygulanmasını sağlamak.
- 5- Hastanelerin gerekçeli bütçe - ödenek ihtiyacını, kadro ve personel ihtiyaçlarını ve yıllık faaliyet raporunu hazırlayarak veya hazırlatarak Rektörlüğe sunmak.
- 6- Hastanelerin hizmetlerinin yürütülmesi için gerekli her türlü cari mal ve hizmet alımı ile cihaz ve diğer demirbaş malzeme temin ve bakım-onarım ihtiyacının, bina bakım-onarım ihtiyacının tespiti, zamanında temin edilmesi ve yapılması için gerekli tedbirleri almak, koordinasyonu sağlamak ve girişimde bulunmak.
- 7- Hastanelere alınacak her türlü cari mal ve demirbaş malzemenin 5018 sayılı taşınır mal yönetmeliği ve ilgili yasal mevzuat çerçevesinde harcama yetkilisi olarak giriş - çıkış, yıl sonu devir ve düşüm işlemlerinin yapılması ile kurulacak muayene kabul komisyonlarının görev ve işlemlerini izlemek.
- 8- Tıp Fakültesi Dekanlığının, bölüm başkanlıklarının ve anabilim dalı başkanlıklarının hastane hizmetlerine ilişkin faaliyetlerinde gerekli koordinasyonunu sağlamak.
- 9- Üniversite döner sermaye işletmesinin, hastane döner sermaye faaliyetlerinin etkin ve verimli olarak yürütülmesi, gelir kaybının azaltılması ile giderlerinin rasyonel olarak yapılması için gerekli koordinasyonu sağlamak, tedbirleri almak ve gerekli girişimlerde bulunmak.
- 10- Çalışma Kurullarının verimli çalışması için olanak sağlamak.
- 11- Rektör tarafından verilen hastanenin amaç ve faaliyetlerine ilişkin diğer görevleri yapmak.

**b) Hastaneler Başmüdürünün Görev, Yetki ve Sorumlulukları:
(Özcan ÖZYURT)**

- 1- Hastanelerin verimli şekilde çalışmasını sağlamak üzere gerekli ihtiyaçları zamanında tespit eder, bunların temin yollarını araştırır ve gerekli koordinasyonu sağlayarak tedbirler alır.
- 2- Personelin yıllık izinlerinin planlanmasını ve personelin özlük haklarına ilişkin işlemlerin yürütülmesini sağlar.
- 3- Hizmet içi eğitim programlarının hazırlanmasını ve uygulanmasını denetler.
- 4- Yazışmaların, kayıtların ve dosyaların usulüne uygun olarak yapılmasını sağlar.
- 5- Soruşturmacı olarak görevlendirildiğinde disiplin ve ceza soruşturmasını yürütür.
- 6- Kamu İhale Kanunu hükümleri uyarınca ita amirince verilen görevleri yapar.
- 7- Hastanelerin çeşitli birimlerinde bulunan cihaz, malzeme ve bina onarımı gibi işlerin ilgililerce zamanında yapılmasını denetler.
- 8- Kurumda mevzuat hükümlerine göre gerekli emniyet tedbirlerinin alınıp alınmadığını denetler.
- 9- Hastanelerde kanun, tüzük ve yönetmeliklerin uygulanmasını sağlar.

D-2 Kaynakların Yönetimi

- **İnsan kaynaklarının yönetimi;**
 1. Hastanenin ihtiyacı olan personel tespit edilir, birimlerden gelen personel talepleri değerlendirilir ve personel planlamaları yapılır.
 2. Personel özlük dosyaları hazırlanır.
 3. Personel Daire Başkanlığı ile yazışmalar yapılır.
 4. Aylık nöbet listeleri takip edilir.
 5. Her ayın sonunda personel istirahat raporları Rektörlüğe gönderilir.
 6. Her ayın sonunda fazla mesai cetvelleri hazırlanarak Döner Sermaye İşletme Müdürlüğüne ve Dekanlığa gönderilir.
 7. Hizmet alımı ihalesinden çalışan personelle ilgili yüklenici firma ile yazışmalar yapılır.
 8. Personel devam takipleri yapılır.
 9. Personel disiplin soruşturmalarının yazışmaları yapılır.
 10. Personel izin formları düzenlenerek takibi yapılır.
 11. Personel yaka kartları hazırlanır.
 12. Doğum yapan personel Halkla İlişkiler Birimine bildirilir.
 13. Rektörlükten gelen personel ile ilgili duyurular yapılır.
 14. Personel sağlık takip kartları otomasyona girilir.
 15. Hizmet alım ihalesinden çalışan personel sayılarının analizi yapılır.
 16. Personel hareketleri takip edilir.
 17. Otomasyon ortamında kongreye giden personelin eğitimleri kaydedilir.

KAYITLAR / FORMLAR:

1. Otomasyon Kayıtları
2. Personel Dosyaları
3. Yazışma Dosyaları

4. İzin Formları
5. Fazla Mesai Formları
6. İmza Çizelgeleri

REFERANS DÖKÜMANLAR:

1. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
2. 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu
3. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu
4. 4857 sayılı İş Kanunu
5. DMK Yönetmelikleri

İdari ve destek hizmetleri sunan birimlerinde görev alan personelin eğitim ve liyakatlerinin üstlendikleri görevlerle uyumunu sağlamak üzere;

Hizmet içi Eğitim Faaliyetleri Kalite Yönetim Sistemi çerçevesinde; adaptasyon eğitimleri, planlı eğitimler ve soruna yönelik eğitimler olarak verilmektedir.

Tablo 5 : Hizmet İçi Eğitim Alan Gruplar

Hizmet İçi Eğitim Alan Grup	Kişi Sayısı		2014/2015 %
	2014	2015	
Hemşireler	4492	3056	-32.0
Memur - Sekreterler	787	695	-11.7
Doktorlar	68	432	535.3
İntern Doktorlar	306	299	-2.3
Sağlık Teknisyenleri	593	505	-14.8
Hastane Hizmetlileri	983	250	-74.6
Temizlik Görevlileri	436	687	57.6
Birim Kalite Sorumluları	115	124	7.8
Tüm Çalışanlar (Doktor, Hemşire, Hastane Hizmetlisi, Danışma, Güvenlik, Sağlık Teknisyeni vb.)	1027	5749	459.8
GENEL TOPLAM	8807	11797	34.0

▪ **Mali kaynakların yönetimi;**

1. Hastanelerimizde satın alma faaliyetleri, Döner Sermaye ve Katma bütçe yoluyla aşağıda belirtildiği şekilde yapılır.

2. Hastanelerimizin herhangi bir biriminin herhangi bir malzeme ve demirbaşına ihtiyaç duyması halinde, istek varsa şartnamesi ile birlikte hastane birimleri tarafından malzeme istek formu, temel tıp birimlerinden ise malzeme istek formu ile hizmet alımı istekleri ise yazı ile yapılır. Bu isteğin hastane depolarında mevcudu olup, olmadığı araştırılır, depo mevcudu olanlar depo sorumlusu tarafından istek yapan birimin mutemedine el senedi ile teslim edilir. Depo mevcudu bulunmayanlar hastane istemleri ise başhekimlik kanalı ile temel tıp bölümlerinin istekleri ise direk olarak dekanlığa bildirilir.

3. Dekanlığa bildirilmiş olan isteğin Dekanlıkça alınmasının uygun görülmesi halinde, istekler planlama komisyonuna gelir ve planlama komisyonu malzemenin alım usulüne ve miktarına karar verir ve Döner Sermaye İşletme Müdürlüğüne temin süreci başlatılmak üzere gönderilir.

4. Döner Sermaye İşletme Müdürlüğüne gönderilmiş olan isteğin satın alma işlemleri, 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun ilgili maddeleri uyarınca Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü tarafından oluşturulmuş olan İhale Komisyonunca aşağıda belirtilen ihale usullerinden hangisi ile alımın yapılacağına karar verilir ve ihale süreci başlatılır.

- Açık ihale usulü
- Belirli istekler arası ihale usulü
- Pazarlık usulü
- Doğrudan temin usulü
- İstisna kabul edilen kurumlardan alımlar

5. İhale Komisyonu tarafından işin özelliğine göre seçilen ihale usulü için kanun ve ilgili yönetmenliklerde belirlenmiş olan şartlar yerine getirilerek ihale evrakları düzenlenir ve alım gerçekleştirilir. İhale işlemine ait belgeler, ilgili mevzuat hükümlerine göre düzenlenir.

6. Satın alınan hizmet, malzeme ve demirbaşlar; 4735 sayılı kanunun 11.maddesi ve *Mal Alımları Denetim, Muayene ve Kabul İşlemlerine Dair Yönetmenlik* hükümlerine göre oluşturulan Muayene ve Kabul Komisyonu tarafından kontrol edilerek, varsa şartnameye uygun olup olmadığı belirlenir. Uygun olanlar için Muayene ve Kabul Raporu ile Taşınır İşlem Fişi doldurulur ve imzalanır. Fatura, Muayene Kabul Raporu ve Taşınır İşlem Fişinin uyumlu olmasına dikkat edilir. Şartnameye uygun olmayanlar ilgili firmaya iade edilir. Uygun olan ürünlerin Hastane Depolarına getirtilmesi sağlanır ve takip edilir. Satın alınarak depolara girişi tamamlanan malzeme ve demirbaşlar, istek yapan birimlere el senedi ile teslim edilir.

7. Hastane yemekhanesine alınacak yiyecekler mevsimine göre şartnameleri ilgili diyetisyen tarafından hazırlanır ve bu doğrultuda alımı yapılır.

8. Yukarıda bahsedilen işlemler iş akış şemasıyla detaylı olarak tanımlanmıştır.

KAYITLAR / FORMLAR:

1. El Senedi

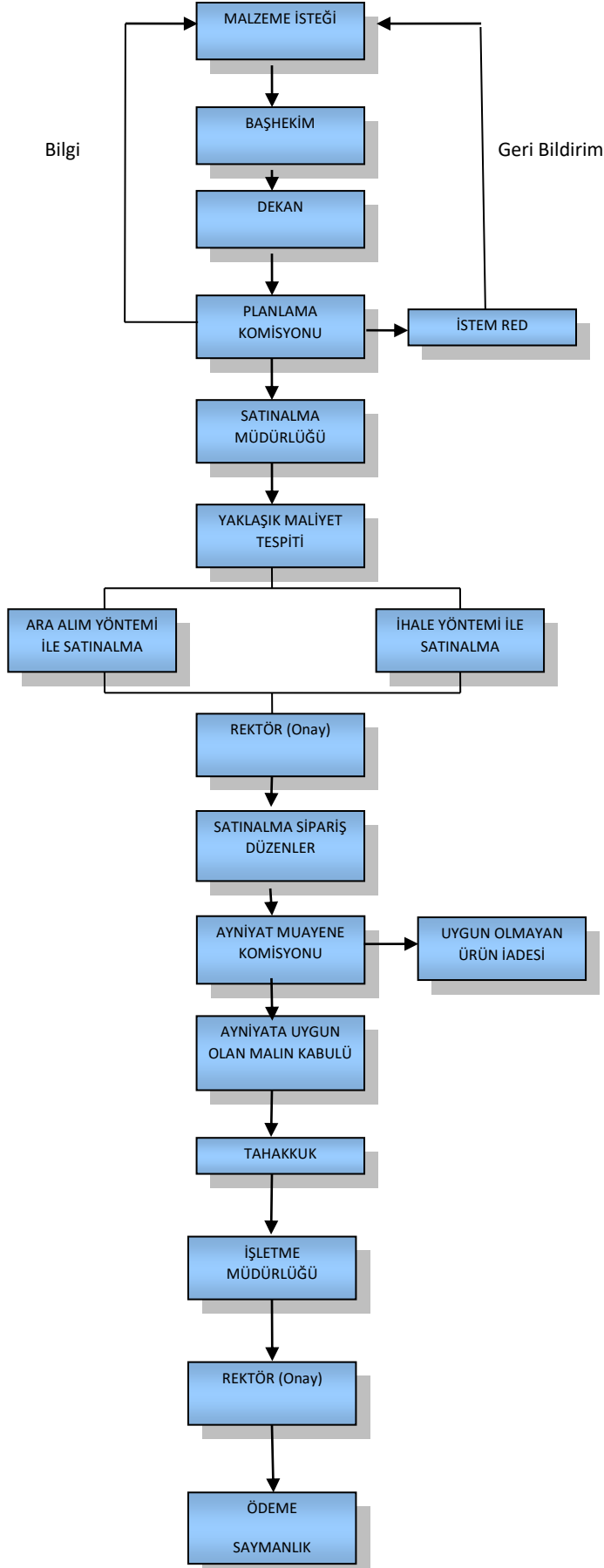
2. Malzeme İstek Formu (Hastane Birimleri)

3. Taşınır İşlem Fişi
4. Malzeme İsteme ve Çıkarma Form
5. Muayene ve Kabul Komisyonu Raporu
6. Malzeme İstek Formu (Temel Tıp Bilimleri)

REFERANS DÖKÜMANLAR:

1. 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu
2. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu
3. 4857 sayılı İş Kanunu
4. 4734 Kamu İhale Kanunu
5. 5018 sayılı Kamu mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu
6. Taşınır Mal Yönetmeliği
7. Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği
8. Merkezi Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliği

Tablo 6 : Satın Alma İş Akış Şeması



▪ **Taşınır ve taşınmaz kaynakların yönetimi;**

1. Ayniyat Ünitesinin işlemleri Taşınır Mal Yönetmeliğine uygun olarak yürütülür.
2. Hastane birimlerinin gereksinim duydukları malzemeler Taşınır İstek Belgesi ilgili depodan talep edilir. Malzemenin depo stok miktarı kontrol edilir. Mevcut malzemeler Taşınır İşlem Fişi ile ilgili birim sorumlusuna teslim edilir. Stok miktarı azalmış malzemelerden hastanelerin geneli tarafından kullanılanlar için taşınır kayıt ve kontrol yetkililerince Başhekimlik makamına ihtiyaç miktarını belirtir istekte bulunulur. Hastanemiz birimlerince ihtiyaç duyulan malzemeler içinde Dekanlık ve Başhekimlik makamına ilgili birimlerce istekte bulunulur.
3. Satınalma Komisyonunca alımına karar verilen her tür taşınırın, Muayene Komisyonunca muayene ve kabulü yapılanlar taşınır kayıt ve kontrol yetkilileri tarafından cins ve niteliklerine göre sayılarak, tartılarak, ölçülerek teslim alınır.
4. Alınan malzemelerin faturaları Ayniyat kayıt memurlarınca bilgisayar ortamında ilgili stok programlarına kaydedilir. Teslim alınan taşınırların girişleri ile çıkış işlemlerinde Taşınır İşlem Fişi demirbaş malzemelerin çıkışlarında Zimmet Fişi düzenlenir.
5. Taşınır İşlem Fişleri üç nüsha olarak düzenlenir ve her mali yılbaşında 1'den başlamak üzere sıra numarası verilir. Taşınır İşlem Fişleri klasörlerde muhafaza edilir.
6. Taşınırın kaybolma, çalınma ve fire gibi herhangi bir nedenle yok olması; yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılmaz hale gelmesi; hurdaya ayrılması, komisyon kararına göre Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ile yapılır. Hurdaya ayrılan HEK malzemeler hurdalık deposunda muhafaza edilerek yılın belli dönemlerinde Rektörlük Ayniyat Saymanlığının oluruyla MKE Kurumu'na gönderilir.
7. Hayırsever kurum, kuruluş ve şahıslar tarafından hastanemize bağışlanan malzemeler, faturası varsa faturadaki değeri esas alınarak, yoksa malzemenin niteliği göz önünde bulundurularak piyasa araştırması yapıp fiyatı tespit edilir. Malzeme ile ilgili fiyat tespit tutanağı düzenlenerek ayniyat kayıtlarına geçirilir.

KAYITLAR / FORMLAR:

1. Taşınır İstek Belgesi
2. Taşınır İşlem Fişi
3. Zimmet Fişi
4. Teslim Alma ve İade Tutanağı
5. Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı
6. Muayene ve Kabul Komisyon Tutanağı
7. Dayanıklı Taşınırlar Listesi

REFERANS DÖKÜMANLAR:

1. 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu
2. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu

3. 4857 sayılı İş Kanunu
4. 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu
5. DMK Yönetmelikleri
6. Taşınır Mal Yönetmeliği

D-3 Bilgi Yönetim Sistemi

Her türlü faaliyet ve sürece ilişkin verileri toplamak, analiz etmek ve raporlamak üzere;

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)

Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS)

Envision Elektronik Dosya Sistemi (EBYS)

Radyolojik Görüntüleri Dijital Arşivleme (PACS)

Oracle Veri tabanı

Ms-Office 2007, AdobePhotoshop CC 2015, Adobeillustrator,

AdobeDreamviewer, AdobeIndesign, ,CorelDraw x7,

Visual Studuo 2013, AdobeAcrobat DC

Kullanılır.

Kullanılan bilgi yönetim sistemi,

- Kurumsal iç ve dış değerlendirme sürecine yönelik bilgiler, kullanıcılar tarafından yapılan girişler dikkate alınarak ilgili faaliyete veya konuya yönelik genellikle aylık olarak hazırlanmaktadır.
- Gizlilik konusu kullanıcı bazında yetkiler ile sağlanmaktadır. Bilgi güvenliği veri tabanı yönetim sisteminin sağladığı yetki, yedekleme, loglama vb. özellikler kullanılarak sağlanmaktadır. Üçüncü şahıslar, kurum, kuruluş vb. yerlerle veri paylaşımı Hastaneler Yönetimi'nin onayı sonrasında yapılmaktadır.

D-4 Kurum Dışından Tedarik Edilen Hizmetlerin Kalitesi

- Teknik Şartname ile belirlenmektedir.
- Bölümler tarafından düzenli kontroller yapılmakta uygunsuzluk halinde “düzeltici önleyici Faaliyet Formu” doldurularak ilgili birimlere ve üst yönetime sunulur. Gerekli işlemler başlatılır. Bu konuda yazılı prosedürler Kalite Yönetim Sistemi çerçevesinde mevcuttur.

D-5 Kamuoyunu Bilgilendirme

- Bu konuda Kalite yönetim sistemi çerçevesinde bir uygulamamız yoktur.

D-6 Yönetimin Etkinliği ve Hesap Verebilirliği

- Bu konuda Kalite yönetim sistemi çerçevesinde bir uygulamamız yoktur.

E. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Tablo 7 : Güçlü ve Zayıf Yönler

1-Güçlü Yönler	2-Zayıf Yönler
<p>Tüm dal branşlarının bulunduğu üçüncü basamak sağlık kuruluşu olması,</p> <p>Kalite Yönetim Sistemi Belgesinin olması (TSE, IQ Net),</p> <p>Tüp Bebek Ünitesinin olması,</p> <p>Enfeksiyon kontrol kurulunun olması,</p> <p>Kemik İliği ve Kök Hücre Tedavi Merkezi uluslararası akreditasyon kuruluşu JACIE tarafından akredite edilmiş olması,</p> <p>Merkez Laboratuvarı bünyesinde hizmet veren Doku Tiplendirme Laboratuvarı The European Federation Of Immunogenetics (EFI) tarafından akredite edilmiş olması,</p> <p>Tıbbi Laboratuvarlarımızın (Biyokimya Mikrobiyoloji, Patoloji) Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış olması,</p> <p>Hastane Bilgi Yönetim Sisteminin olması,</p> <p>Pnömatik Tüp Taşıma Sisteminin mevcut olması,</p> <p>Çalışan personelin nitelikli olması,</p> <p>Katılımcı yönetim sisteminin uygulanması,</p> <p>Halkla ilişkiler faaliyetlerinin güçlü olması,</p> <p>Hastane konumunun kolay ulaşılabilir yerde olması,</p> <p>İl dışından gelen hasta ve hasta yakınlarının ücretsiz konaklama imkânının olması,</p> <p>Cihaz niteliğinin iyi durumda olması: PET-BT ünitesinin olması, IMRT (Doz Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi Ünitesi'nin olması, Brainlablı Truebeam EXTX Lineer Akselatör Cihazının olması, Biplan anjiyografi cihazının olması, 640 kesitlik Tomografi cihazının olması,</p>	<p>Sağlık personeli (Araştırma Görevlisi, Hemşire, Fizyoterapist, vb.) sayısının yetersiz olması,</p> <p>Kamu İhale Kanunu hükümleri çerçevesinde alınan malzemelerin temininde gecikmelerin olması,</p> <p>Fiziki alanlarımızın bazı sağlık hizmetleri için niteliksiz olması,</p> <p>Sevk zinciri sisteminin olmaması nedeniyle talebin yüksek olması,</p> <p>Kurum içi ve kurumlar arası iletişim eksikliği,</p> <p>Bazı teknik alet ve donanımların yetersiz oluşu,</p> <p>Hizmet binalarının ve sosyal alanların yetersiz olması,</p> <p>Faaliyetlere ilişkin mevzuatın yetersiz olması,</p>

Tablo 8 : Fırsatlar ve Tehditler

3-Fırsatlar	4-Tehditler
<p>Sağlık bölgesinde en büyük üniversite hastanesi olması</p> <p>Türkiye'nin JACIE ile tek akredite kamu Üniversite Hastanesi olması,</p> <p>Türkiye'nin en kompleks radyoterapi ve kemoterapi merkezinin olması,</p> <p>Sağlık Turizmine önem verilmesi ve bu alanda potansiyelinin yüksek olması,</p> <p>Öğretim üye sayısının yeterli ve nitelikli olması,</p> <p>Hastanelerimize hayırsever katkısının yüksek olması,</p> <p>Belediyelerin işbirliği yapmaya yatkın olması,</p> <p>Erciyes Dağının olması,</p> <p>Doluluk oranlarının tüm branşlarda yüksek olması,</p> <p>Sanayi kenti olması nedeniyle iş olanaklarının fazla olması,</p> <p>Üniversitenin sanayi, tarım ve hayvancılık kentinde yer alması,</p> <p>Üniversitenin merkeze yakın ve kolay ulaşılabilir olması,</p> <p>Toplumun ve sanayinin nitelikli hizmet ihtiyacının artıyor olması,</p> <p>Üniversite ürün ve hizmetlerine toplum tarafından duyulan güven,</p> <p>Öğretim üyelerinin sağlık hizmetlerinde aktif görev almaları ve ulaşılabilirliğinin kolaylaştırılmış olması</p> <p>Üniversitenin tarihi arşiv ve anıtların yoğun olarak bulunduğu bir şehirde olması,</p>	<p>Sosyal Güvenlik Kurumu fiyat politikası nedeniyle sunulan hizmetlerin yeterli maddi karşılığının alınamaması,</p> <p>Nitelikli personel temininde zorluklar,</p> <p>Yasal engeller ve bürokratik zorluklar,</p> <p>Mali kaynak eksikliği,</p> <p>Özel ve kamu kuruluşlarının benzeri hizmetlerde daha aktif ve pratik rol alması,</p> <p>Merkezi denetleme ve otokontrol mekanizmalarının yeterince aktif çalışmaması,</p> <p>Mevcut mali mevzuatın üniversite hastanelerinde sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmesi,</p> <p>Yasal engeller nedeniyle kadrolu personel istihdamında sıkıntı yaşanması,</p> <p>Siber Saldırıları,</p> <p>Enerji maliyetinde artış,</p>

İç Değerlendirme Raporu ekinde; TSE Dış Tetkik Raporu ve Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Raporu sunulmuştur. Her iki rapora yönelik iyileştirme çalışmaları devam etmektedir.

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkez M¼d¼r¼ olarak yetkim d¼hilde;
Birim Kalite G¼vence Komisyonu Üyeleri tarafından hazırlanan bu raporda yer alan
bilgilerin g¼venilir, tam ve doğru olduđunu beyan ederim.
(01.06.2016)

Birim Y¼neticisi
Prof. Dr. Kudret Doğru

Birim Kalite G¼vence Komisyonu Üyeleri
Başkan
Prof. Dr. Mustafa alıř

¼ye
T¼lin Filik
Hastane M¼d¼r Yrd.

¼ye
¼zcan ¼zyurt
Bařm¼d¼r