



**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ**  
ARAŞTIRMA ÜNİVERSİTESİ

**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
2020 Yılı Birim İç Değerlendirme Raporu

# 1 - ÖZET

## 1.1- Özet

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM) olarak yürürlükte bulunan uygulamaya yönelik süreçlerin Kalite Yönetim sistemi içerisinde tanımlı olarak çalışanlara ulaştırılan dokümanların (görev tanımları, prosedür, talimat, vs) ve kalite çalışmalarının sürekli iyileştirme çerçevesinde kanıta dayalı olarak izlenmesi takip edilmesi, değerlendirilmesi doğrultusunda; Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde verilen hizmetlerle kaliteyi bir yaşam tarzı olarak benimsemeyi, hastayı tatmini, doğru ve prensipli kararlarla maksimum kalitede hizmet vermeyi amaç edinmiştir. Toplam Kalite Yönetim Sistemi ilkeleri doğrultusunda çalışmalarını sürdürmeye başlamış olan Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 2003 yılı başından itibaren ISO - 9001 Kalite Yönetim Sistemi oluşturmaya başlamıştır. Hastalarımıza en iyi teşhis ve tedavi hizmeti verme ilkesini prensip edinerek uygulamakta olduğu teşhis ve tedavi yöntemlerini hasta memnuniyetini ön planda tutma ilkesi ile yürütmeyi hedeflemiştir.

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde teşhis ve tedaviye yönelik olarak oluşturulan hizmet alanlarındaki proseslerin teçhizat ve çalışan yeterliliği dikkate alınarak prosesler sürekli gözden geçirilerek sürekli iyileştirme yapılmakta olup, belirlenen kriterlere uygunluk kontrol edilmektedir

Sağlık Bakanlığı Kalite Akreditasyon Daire Başkanlığı ve Sağlık Kalite Standartları(SKS) gereği; Kurumumuz Kalite Direktörlüğünün koordinasyonu ile 2020 yılı öz değerlendirme organizasyonunu, öz değerlendirme planına uygun olarak Covid-19 Pandemi döneminde olmasından dolayı örneklem şeklinde belirlenen bölümlerin değerlendirilmesi 01-15 Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Değerlendirmeye Kalite Direktörü yönetiminde toplamda 05 değerlendirci ile beraber birimleri ilgilendiren tüm SKS bölümleri değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

## 2 - BİRİM HAKKINDA BİLGİLER

### 2.1- Birim Hakkında Bilgiler

#### İletişim Bilgileri

**Adres:** Köşk Mah. Prof. Dr. Turhan Feyzioğlu Cad. No:42 38039 Melikgazi/Kayseri

Bilgi Danışma Hattı (Hafta içi 08:00 - 17:00 saatleri arasında ulaşabilirsiniz.)

Telefon : 444 38 83 WhatsApp : (0 530) 353 65 13 Santral Telefon : (0 352) 207 66 66 Telefon : (0 352) 203 02 03

Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimliği Telefon : (0 352) 437 49 12 Faks : (0 352) 437 52 73

Tıp Fakültesi Hastaneleri Başmüdürlüğü Telefon : (0 352) 437 49 48 Faks : (0 352) 437 52 70

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/iletisim>

#### Tarihsel Gelişim ve Tanıtım

Hacettepe Üniversitesi bünyesinde, 9 Aralık 1968'de kurulan Kayseri Gevher Nesibe Tıp Fakültesi, 1969 - 1970 öğretim yılında Gevher Nesibe Medresesinin adı ve hatırasını yaşatmak için Kayseri Gevher Nesibe Tıp Fakültesi adı altında ve 25 öğrenciyle eğitim / öğretime başlamıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile yapılan protokol gereğince, 4 Ağustos 1975 yılında 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 adını almış ve halen çalışmalarına devam etmektedir.

Talas yolu üzerindeki yeni binasına 1981 yılında taşınmıştır. Artan sağlık hizmetleri ihtiyacının karşılanması için kısa zamanda ana binasına ilave olarak özel dal hastaneleri yapılmıştır. 26 Kasım 1998 tarihinde Mehmet Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi ile Semiha - Asım Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi, 11 Kasım 1999 tarihinde ise Mehmet - Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesi hizmete açılmıştır. 2008 yılı içerisinde de Fevzi Mercan ve Mustafa Eraslan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Eylül 2008 Gülser - Dr. Mustafa Gündoğdu Merkez Laboratuvarı Binası, 2009 yılı Haziran ayında Şahinur Dedeman Kemik İliği ve Kök Hücre Tedavi Merkezi, Nisan 2015 Nazende - Nuri Özkaya Onkoloji Gündüz Tedavi Merkezi, Mayıs 2015 yılında Naciye Mercan Anne Evi hizmete girmiştir.

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz 2002 yılında Kalite Güvence Belgesi almış, sağlık hizmetlerini dünya standartlarına taşıyan uygulamaları ile 6 Kasım 2003 tarihinde de Kalite Yönetim Sistemi Belgesini almıştır. Gevher Nesibe Hastanesi 4 Ekim 1988 tarihinde hizmete açılmıştır ve 738 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Bu hastanemizin 2 katlı A, B, C bloklarında poliklinik hizmetleri, 14 katlı (D blok) ana hastane binasında ise klinikler ve idari birimler hizmet vermektedir. Yine 2 katlı E, F, G ve H bloklarında ise Radyoterapi Ünitesi, PET CT Ünitesi, radyolojik girişimlerin yapıldığı Anjiyografi Ünitesi, Fizik Tedavi Ünitesi, Radyoloji Üniteleri (Direkt Röntgen, Tomografi, Manyetik Rezonans, Skopi Üniteleri), Nükleer Tıp Ünitesi ve Hormon Laboratuvarı, Acil Servis, Kan Bankası, Tüp Bebek Ünitesi, Patoloji Laboratuvarı, 22 adet ameliyathane ve 160 yatak kapasiteli 11 adet Yoğun Bakım Ünitesi yer almaktadır.

Mehmet Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi 59 yatak kapasitelidir. Bu hastanemizde erişkin hematoloji ve onkoloji hastaların tedavi görmekte olup, Radyasyon Onkoloji Anabilim Dalı, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı ve Kemik İliği Nakli ve Kök Hücre Tedavi Merkezi, Kemoterapi Ünitesi, Flowcytometri Laboratuvarı ve Aferez Ünitesi ile hizmet vermektedir.

Semiha - Asım Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi 109 yatak kapasitelidir. Ayrıca 23 adet hemodiyaliz poliklinik yatağı mevcuttur. Bu hastanemizde erişkin ve çocuk hemodiyaliz ve nefroloji hastalarının ayakta ve yatarak tedavileri yapılmaktadır. Yılmaz - Mehmet Öztaşkın Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi 122 yatak kapasitelidir. Bu hastanemizde erişkin kardiyoloji hastalarının ayakta ve yatarak tetkik ve tedavileri yapılmakta olup, EKO, Efor, Hipertansiyon polikliniği, Koroner Anjiyografi, Koroner Yoğun Bakım ve Koroner klinikleri hizmet vermektedir. Ayrıca, bu hastanenin 6 ve 7 inci katlarında Kalp - Damar Cerrahisi Klinikleri ve Yoğun Bakım Üniteleri ve kalp ameliyatlarının yapıldığı 3 ameliyathane bulunmaktadır. Fevzi Mercan ve Mustafa Eraslan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi 2 blok halinde ve 213 yatak kapasitesiyle hizmet vermektedir.

Acil, Radyoloji, Genel Pediatri, Enfeksiyon Hastalıkları, Nöroloji, Kardiyoloji, İmmünoloji, Endokrinoloji, Hematoloji - Onkoloji, Nefroloji - Romatoloji, Gastroenteroloji, Alerji Adölesan, Süt Çocuğu, Sosyal Pediatri, Yeni doğan ve Yoğun Bakım Üniteleri bulunmaktadır. Gülser - Dr. Mustafa Gündoğdu Merkez Laboratuvarı Biyokimya, Bakteriyojoloji, Seroloji, Metabolizma, İmmünoloji ve Hematoloji laboratuvarlarından oluşmaktadır. Ayrıca Örnek Kabul ve Tasnifleme Birimleri de mevcuttur. Şahinur Dedeman Kemik İliği Nakli ve Kök Hücre Tedavi Merkezi 35 yatak kapasiteli olup, Allojeneik ve olog kemik iliği transplantasyonları başarıyla yapılmaktadır.

Bütün işlemler Avrupa ve Dünya standartlarına JACIE (JointAccreditationsCommittee of ISCT and EBMT) uygun şekilde gerçekleştirilmektedir. İşlem bakımından Türkiye'de birinci, Avrupa ülkelerinde ise 5. Sırada yer almaktadır. Yatak sayısı itibari ile merkez, Türkiye'nin en büyük merkezi konumundadır. Nazende - Nuri Özkaya Onkoloji Gündüz Tedavi Merkezi 3 katta toplam 2 bin 500 metre kare kullanım alanına sahiptir. Ünitelerde 70 adet hasta tedavi koltuğu, 10 adet özel oda, 3 adet hastalar için eğitim odası, 1 adet eczane ve robotik sistemilekemoterapi ilaç hazırlama ünitesi mevcut.

Merkezimizde Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Hematoloji ve Pediatrik Hematoloji - Onkoloji hastaların ilaç hazırlama ve kemoterapi uygulama hizmeti yer almaktadır. Gerek ünite içerisinde hastalar için, gerekse hasta yakınlarının bekleme alanlarında geçirdikleri süreleri konforlu kılmak amacıyla 16 adet LCD ekranla uydu yayını yapılmakta, merkezi ses ve müzik sistemi bulunmaktadır. Güncel olaylardan uzak kalmamaları için günlük gazeteleri temin edilmektedir. Ayrıca hastalar için sosyal faaliyetlerin yürütüleceği alanlar mevcuttur.

Naciye Mercan Anne; Evi Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü ile Melikgazi Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı arasında düzenlenen protokol kapsamında, refakatçi annelerin günübürlük ihtiyaçlarının karŐlandığı ve her türlü konforun sağlandığı bir Şekilde hizmet vermektedir. Yeni doğan ve  ocuk hastaların, özellikle Őehir dŐından gelen refakatçi annelerinin barınmaları, anne s t yle çocuklarını beslemeleri ve yanlarından ayrılmadan bu hizmetlerden faydalanmaları için kullanılmaktadır.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Sayfa/Tarihce/3007>

## KALİTE POLİTİKAMIZ

Sağlık Hizmeti Sunumunda İhtiyaç Ve Beklentileri KarŐlamak, Hasta Ve  alıŐan Memnuniyetini  n Planda Tutmak  niversite Hastanemizin Temel Politikasıdır. Bu Hizmeti Verirken Hasta Ve  alıŐan Haklarını Gözetmek, İŞ Sağlığı Ve  evre Güvenliğini Sağlamak Ana Prensibimizdir.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Sayfa/kalite-k/5141>

## MİSYONUMUZ

Hasta ve çalışan haklarını gözetererek, toplumun sağlık alanındaki ihtiyaç ve beklentilerini ulusal ve uluslararası standartlarda karŐlamak, hasta memnuniyetini en üst düzeye tutmak hastanemizin misyonudur.

## VİZYONUMUZ

Mesleki standartlar ve etik ilkeler doğrultusunda, güncel bilgi ve teknolojiyi kullanarak nitelikli sağlık hizmeti sunan, uluslararası düzeye tanınan ve tercih edilen lider sağlık kuruluşu olmaktır.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Sayfa/misyonumuz-vizyonumuz/5147>

## DEĞERLERİMİZ

**Hesap Verebilirlik:** Kaynaklarını etkin, ekonomik, verimli ve Őeffaf bir Şekilde kullanır.

**Güvenilirlik:** İnsan onuruna, özel hayata ve mahremiyete önem verir.

**İŐbirliđine Açıklık:** İç paydaşlarının ( alıŐanlar) ve dŐ paydaşlarının (tedarikçiler, hasta ve hasta yakınları) görüşlerini dikkate alarak planlama yapar, hizmet modelleri geliştirir ve sunar.

**Müşteri Odaklılık:** MüŐterilerimiz için değer yaratma, müşteri istek, beklenti ve ihtiyaçlarının ne olduğunun bilincindedir ve bu yönde hareket eder.

**Yenilikçi ve GeliŐime Açık:** Yeni Teknoloji,  r n, Hizmet ve bilgilere açıktır; en iyi  oz mlerle hareket etmek için inovasyon yaparak ve farklı yaklaŐımları deneyerek mevcut bilginin sürekli iyileŐtirilmesini hedefler.

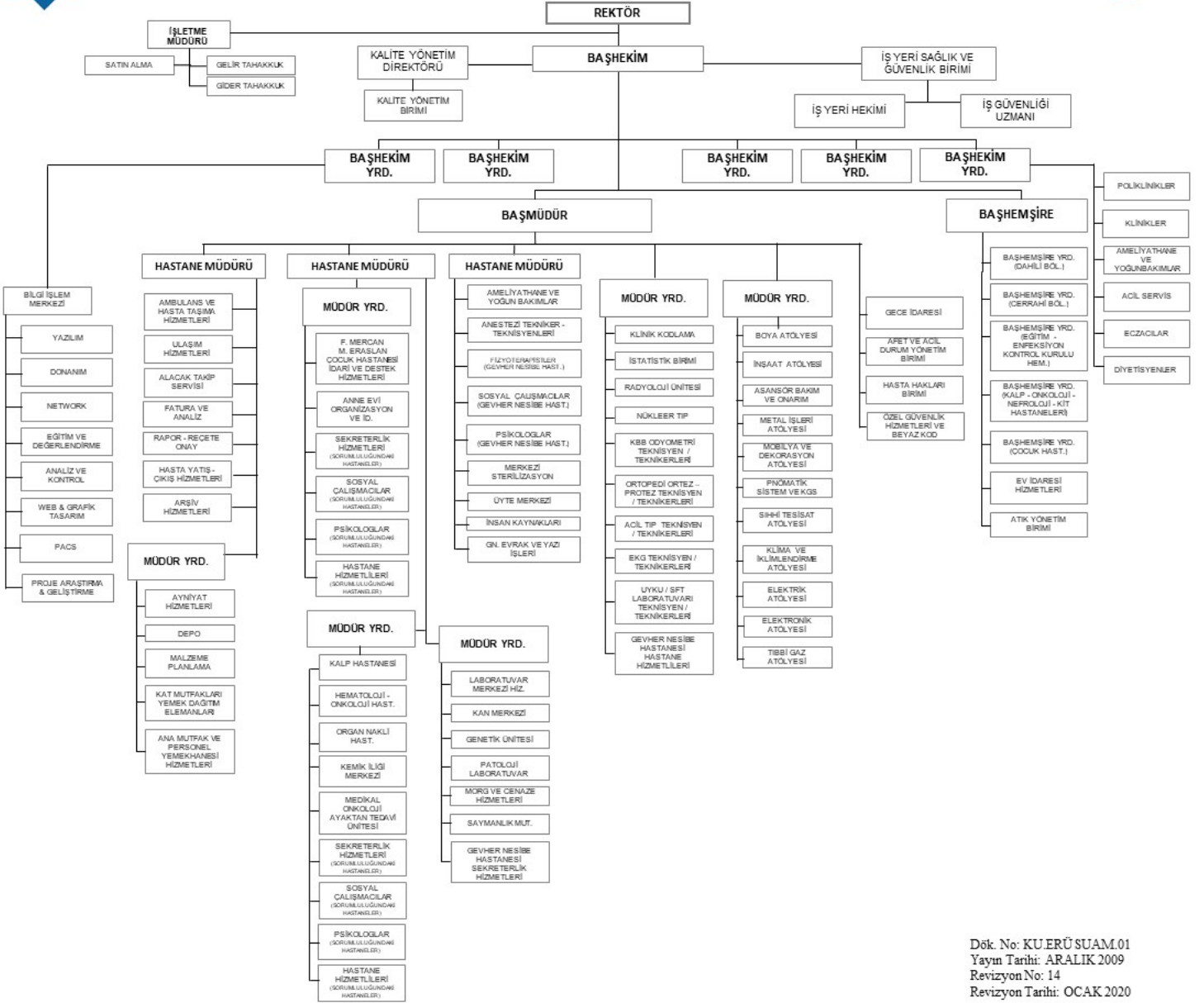
**Hukuka ve Milli Manevi Değerlere Bağlılık:** İnsan haklarına, evrensel hukuk ilkelerine bağlı, milli ve manevi değerlere önem vererek ürün ve hizmetlerini sunar.

**Yönetim Sistemlerine İnanıŐlılık:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi olarak, ürün, hizmet, faaliyetleri ve hayatı yönetmenin bir sistem iÇi olduğunun bilinci ile sürekli geliŐen dünyamızda var olmamıza katkı sağlayacak yönetim sistemlerini oluŐturmanın, uygulamanın ve sürekli iyileŐtmenin önemine inanırız.

**Verilerle KonuŐmak:**  st Yönetimimiz ve çalıŐanları her türlü kararlarında her türlü bilgiyi kullanırlar ve gerçekleri veri analizlerinden elde edilen bilgiler yoluyla ifade etmeyi önemserler. En etkin kararların kanıt / verilere dayalı olduğunun bilincindedirler.

**Tarafsızlık:** Tüm  alıŐanlara eŐit uzaklıktadır; önyargısız, somut, veri ve bilgiye dayanan bir yaklaşım sergiler.

## ORGANİZASYON ŞEMASI



Dök. No: KU.ER.Ü.SUAM.01  
Yayın Tarihi: ARALIK 2009  
Revizyon No: 14  
Revizyon Tarihi: OCAK 2020

## İYİLEŞTİRME ALANLARI

Kurumumuz iyileştirme için fırsatları tayin etmiş, müşteri şartlarını karşılamak ve gelecekteki ihtiyaçlarını belirlemek, hizmetlerimizi iyileştirmek, istenmeyen etkileri azaltmak veya yok etmek, müşteri memnuniyetini ve Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini arttırmak için gerekli faaliyetleri düzenlemek, düzeltici önleyici faaliyetler veya Yönetimin Gözden Geçirme Faaliyetlerini kullanarak iyileştirmeleri sağlamaktadır.

**Uygunluk ve Düzeltici Faaliyet:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz uygunlukların nedenlerini gidermek ve tekrarlarını önlemek için karşılaşılan uygunsuzlukların etkilerine göre tedbirler almaktadır. Tüm uygunsuzluklar izlenebilirlik amacıyla kaydedilir. Bunlar gözden geçirilerek sonuçlar sistemdeki zayıflıkların nerede olduğunun belirlenmesinde kullanılarak düzeltici önleyici işlemlerin temel girdilerini sağlar. Düzeltilemeyecek bir uygunsuzluk bulunduğu işlem tekrarlanır. Uygun olmayan hizmetlerin kontrolü sürekli olarak tekrar edilir. Ayrıca Kurumumuzda, uygunlukların gözden geçirilmesi (hasta şikâyetleri dâhil olmak üzere), nedenlerinin belirlenmesi, tekrarlanmasını önlemek için faaliyete olan ihtiyacın değerlendirilmesi, gerekli faaliyetin belirlenmesi ve uygulanması, başlatılan faaliyetin sonuçlarının kayıtları, başlatılan düzeltici faaliyetin etkinliğinin gözden geçirilmesi için gerekli olan düzeltici faaliyet talep değerlendirme, düzeltici faaliyet gerçekleştirme faaliyetlerini belirlemiş ve uygulamaktadır. Ayrıca "Düzeltilici Faaliyet Prosedürü"nü oluşturmuş ve sürekliliğini sağlamaktadır.

## İlgili Dokümanlar:

- Düzeltici Faaliyet Prosedürü

**Sürekli İyileştirme:** Sürekli olarak iyileştirme Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin Kalite Yönetim Sisteminin temelidir. Sürekli olarak iyileştirmeyi de taahhüt eden kalite politikasını, kalite amaçlarını (hedeflerini), tetkik sonuçlarını, verilerin analizini, düzeltici - önleyici faaliyetleri, performansların izlenmesi ve ölçülmesini iç tetkikler ve yönetimin gözden geçirmesi yolu ile Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini sürekli olarak takip ederek iyileştirmek için hizmetleri gerçekleştirmektedir. Proselerde performans göstergesi Hastane Bilgi Yönetim Sisteminde kayıtlı olan "Proses Kartı Kriterleri Takip Formu" üzerinden takip edilmektedir. Sürekli iyileştirmelerde bu göstere önceliklidir. Ayrıca oluşturulan Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kurulan, ilgi alanlarına göre oluşan problemlerin çözümünü alınan kararlara birlikte yönetime sunar, sonuçlarını denetler ve böylece alanıyla ilgili sürekli iyileşme sağlar.

Tespit edilen sorunlar ilgili kurullarda görüşülerek çözüme kavuşturulmaktadır. Kurulun görev yetki ve sorumlulukları Yönergelerde tanımlanmıştır.

## İlgili Kurullar:

□ Yönetim Kurulu,

- Danışma Kurulu,
- Akılcı İlaç Kullanım Kurulu,
- Bilgi İşlem Kurulu
- Döner Sermaye Hizmetleri Değerlendirme Üst Kurulu,
- Eğitim Kurulu,
- Enfeksiyon Kontrol Kurulu,
- Hasta Beslenme Kurulu,
- Hasta Güvenliği Kurulu,
- İlaç - Tıbbi Malzeme Kurulu,
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu,
- Kalite Kurulu,
- Kan Transfüzyon Kurulu,
- Merkez Laboratuvarı Üst Kurulu,
- Pandemi İzleme Kurulu
- Radyasyon Sağlığı ve Güvenliği Kurulu,
- Sağlık Kayıtları Kurulu
- Tesis Güvenliği Kurulu,
- Transplantasyon Koordinasyon Kurullarından oluşmaktadır.

Temel yaşam fonksiyonları (solunum, dolaşım) riski altında olan veya dumuş olan bireylere gerekli müdahalenin Cardio - Pulmoner Resusitation (CPR) yapılabilmesi için Mavi Kod Prosedürü oluşturulmuştur. 11100 nolu telefondan Mavi Kod ekibi aranarak hastaya müdahale edilmesi sağlanır. Yenidoğan, bebek ve çocukların kaçınılması veya kaybolmaları durumlarına karşı önlem almak ve güvenliği sağlanmak amacıyla "Pembe Kod Prosedürü" oluşturulmuştur. 11113 nolu telefondan Pembe Kod ekibi aranarak olaya müdahale edilir. Hastane çalışanlarının fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmaları durumunda alınacak güvenlik önlemlerini, uygulanacak stratejileri belirlemek ve güvenlik görevlisinin en hızlı biçimde durumdaki haberdar edilip, olay yerine yönlendirilmesini sağlamak, çalışana destek olmak amacıyla "Beyaz Kod Prosedürü" oluşturulmuştur. 11155 nolu telefondan Beyaz Kod ekibi aranarak olaya müdahalesi sağlanır. Hastanelerimizde meydana gelebilecek yangın, sel, deprem, kimyasal sızıntı gibi acil afet durumunda tüm çalışanların haberdar edilmesi, gerekli önlemlerin alınması; hasta, çalışan ve binaların en az hasarla kurtarılması için "Kırmızı Kod Prosedürü" oluşturulmuştur. 15400 - 22423 nolu telefondan "Kırmızı Kod Ekibi" aranarak olaya müdahalesi sağlanır.

#### İlgili Dokümanlar:

- Veri Analiz İşlemleri Prosedürü
- Kurul Kararları

## 3 - KALİTE GÜVENÇE SİSTEMİ

### 3.1- Misyon ve Stratejik Amaçlar

#### KALİTE POLİTİKAMIZ

Sağlık Hizmeti Sunumunda İhtiyaç Ve Beklentileri Karşılama, Hasta Ve Çalışan Memnuniyetini Ön Planda Tutmak Üniversite Hastanemizin Temel Politikasıdır. Bu Hizmeti Verirken Hasta Ve Çalışan Haklarını Gözetmek, İş Sağlığı Ve Çevre Güvenliğini Sağlama Ana Prensimizdir.

#### MİSYONUMUZ

Hasta ve çalışan haklarını gözeterek, toplumun sağlık alanındaki ihtiyaç ve beklentilerini ulusal ve uluslararası standartlarda karşılamak, hasta memnuniyetini en üst düzeyde tutmak hastanemizin misyonudur.

#### KALİTE POLİTİKASIKALİTE POLİTİKASIKALİTE POLİTİKASIKALİTE POLİTİKASI

Mesleki standartlar ve etik ilkeler doğrultusunda, güncel bilgi ve teknolojiyi kullanarak nitelikli sağlık hizmeti sunan, uluslararası düzeyde tanınan ve tercih edilen lider sağlık kuruluşu olmaktır.

#### KALİTE HEDEFLERİKALİTE HEDEFLERİ

(Hedefleri) ise Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarında belirlenir. Kalite Amaçlarına (Hedefler) ulaşılabilmesi için gerekli önlemler alınmakta, stratejiler tespit edilmekte ve uygulanmaktadır. Ayrıca bu Amaçlar (Hedefler) Üst Yönetim tarafından belirli aralıklarla değerlendirilmekte, gerektiğinde güncellenmekte ve gerçekleşip gerçekleşmedikleri takip edilmektedir.

#### Kalite Amaçları (Hedefleri) belirlenirken aşağıdaki hususlar dikkate alınmaktadır.

- Kalite Politikası ile uyumluluk,
- Ölçülebilirlik,
- Uygulanabilir şartları dikkate alan,
- Ürün ve hizmetlerin uygunluğunu ve müşteri memnuniyetini arttırmayı amaçlayan
- İzlenebilir
- Belirlenen Kalite Amaçları (Hedefleri) ilgili fonksiyonlara duyurulmakta ve uygun şekilde güncellenmektedir. Kurumumuz Kalite Amaçlarını (Hedeflerini) dokümanite edilmiş bilgi olarak muhafaza etmektedir. Kalite Amaçlarına (Hedeflerine) ulaşmak için planlama yaparken;  Ne yapılacağı,
- Hangi kaynakların gerekeceği,  Kimin sorumlu olacağı,
- Ne zaman tamamlanacağı,

- Sonuçların nasıl değerlendirileceği
- Önceki hedeflerin sonuçları dikkate alınmaktadır.

#### İlgili Dokümanlar:

- Kalite Amaçları (Hedefleri) Formu
- Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Stratejik Planı

#### YÖNETİM POLİTİKASI

Kurumumuzda liderlik ilkesi Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin amacını ve yönünü, çalışanına ve hastalarına güveni, Kalite Yönetim Sistemimiz için gerekli kaynakların sağlanması sorumluluğunu, açık ve dürüst iletişimi destekleyen, politika ve amaçlarını (hedeflerini) belirleyen ve amaçlara ulaşmak için stratejilerin uygulanmasını gerçekleştirme yetkinliğine sahip olmak olarak düşünülmektedir. Üst Yönetim; Kalite Yönetim Sisteminin oluşturulması, uygulanması ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi ile ilgili aşağıda tanımlanan liderlik ve taahhütlerde bulunmaktadır.

- Kalite yönetim sisteminin etkinliği için hesap verilebilirlik,
- Kalite politikası ve kalite amaçlarının oluşturulacağı ve bunların kuruluşumuzun stratejik yönü ve iç / dış unsurları (bağlamı) ile uyumluluğun güvence altına alınacağını,
- Kalite Yönetim Sistemi şartlarının, kuruluşumuzun prosesleri ile entegre olduğunu güvence altına alınacağını,
- Proses yaklaşımı ve risk temelli düşünmenin kullanımının teşvik edileceğini,
- Kalite Yönetim Sistemi için gerekli kaynakların varlığının güvence altına alınacağını,
- Etkin kalite yönetimi ve Kalite Yönetim Sistem şartlarına uygunluğun öneminin paylaşılacağını,
- Kalite Yönetim Sisteminin amaçlanan çıktılarına ulaşmasının güvence altına alınacağını,
- Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak kişilerin istihdam edileceğini, yönlendirileceğini ve destekleneceğini,
- İyileştirmenin teşvik edileceğini,
- Tüm çalışanlarımızın liderliğini göstermek için destekleneceğini, taahhütlerinde bulunmaktadır.

#### TOPLUMSAL KATKI

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Sayfa/bilgilendirici/3023>

#### Kurumsal performans yönetimi

Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, hizmet şartlarına uygunluğu göstermek, Kalite Yönetim Sisteminin uygunluğunu sağlamak ve Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini sürekli iyileştirmek için gerekli olan izleme, ölçme, analiz ve geliştirme işlemlerini planlamakta ve yerine getirmektedir. Birimlerimizde kalite üzerinde önemli etkileri olan belli başlı işlem ve faaliyetleri izlemek, periyodik olarak ölçmek ve gözlemek amacıyla gerekli dokümanlar oluşturulmuştur. Kalite performansının izlenmesi; amaç ve hedeflerle uyum içinde bulunmasını temin etmek amacıyla veriler düzenli olarak kaydedilmektedir. Prosesler için yetki ve sorumlulukları belirlenen çalışanlar tarafından proseslerle ilgili ölçme ve değerlendirmeler gerçekleştirilmektedir.

Otomasyondan alınan verilerle birimlerinde uygulanan süreçlerin ölçümleri yapılmakta ve gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyetlerle sürekli iyileştirmeye gidilmektedir. İzleme, ölçme, analiz ve iyileştirme ile; proseslerin etkin olarak kullanılması, proseslerin ve hizmetin kontrollü şartlar altında yürütülmesi ve sürekli olarak iyileştirilmesi sağlanır.

Hizmet gerçekleştirme proseslerinin ve sonuçlarının, planlanmış düzenlemelere uygun olarak yerine getirildiğinin tespiti; izleme, ölçme analiz ve iyileştirme prosesleri olan müşteri memnuniyetini ölçmeye yönelik olarak yapılan anketler, dilek ve şikâyetler, iç tetkikler, süreçler ile hizmetlerin izlenmesi ve ölçülmesi, sürekli iyileştirme, düzeltme, düzeltici ve önleyici faaliyetlerin sonuçlarının değerlendirilmesi ile mümkün olmaktadır. Ayrıca planlanan sonuçların başlanmadığı durumlarda gerektiğinde düzeltmeler ve düzeltici faaliyetler başlatılır.

Hizmet gerçekleştirme proseslerimizin uygun aşamalarında kontrol formları, proses performans ölçümleri, hasta dosyaları, müşterilere yapılan anketler ve proseslerle ilgili tutulan kayıtlardan izleme ve ölçme işlemlerini yapar. Hasta hizmetlerini gerçekleştirmeden önce hasta veya hasta yakınından rıza belgesi alınarak kayıtları saklanır. Hizmetin son kontrolleri hekimler tarafından yapılır. Kurumumuzda sürekli iyileştirme ve Kalite Sisteminin uygulanabilirliğini kontrol için yılda en az 1 (bir) kez iç tetkik planlanmaktadır. Ayrıca Kalite Yönetim Sisteminin performansı ve etkinliği yılda en az 1 (bir) kez yapılan Yönetimin Gözden Geçirme Toplantıları ile değerlendirilmektedir. Üst Yönetim, mevcut Kalite Yönetim Sistemi'nin sürekli iyileştirilmesi için birimlere her türlü gerekli mali kaynakları ve vasıflı insan gücünü sağlar ve sonuçların kanıtı olarak uygun dokümanlar edilmiş bilgiji muhafaza eder.

#### İlgili Dokümanlar:

- Öz Değerlendirme (İç Tetkik) Prosedürü
- Düzeltici Faaliyet Prosedürü
- Önleyici Faaliyet Prosedürü
- Hasta Dosyaları

## 3.2- İç Kalite Güvencesi

#### KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz TS EN ISO 9001:2015 Standardının şartlarına uygun olarak, ihtiyaç duyduğumuz prosesleri (süreçleri) ve bunların birbiri ile etkileşimlerini belirleyerek Kalite Yönetim Sistemini kurmuş, uygulamakta, sürekliliğini sağlamak ve sürekli iyileştirmektedir. Kurumumuz Kalite Yönetim Sistemi için ihtiyaç duyulan prosesleri ve bunların uygulamalarını belirlemiş ve;

- Bu proseslerin istenen girdileri ile beklenen çıktıları tayin etmiş,
- Bu proseslerin sırası ve birbiriyle etkileşimini tayin etmiş,
- Proseslerin etkili işletimini ve kontrolünü güvence altına almak için ihtiyaç duyulan kriter ve yöntemleri (izleme, ölçme ve ilgili performans kriterleri dahil) tayin etmiş ve uygulamakta,
- Prosesler için ihtiyaç duyulan kaynakları tayin etmiş ve varlığını güvence altına almış,
- Prosesler için yetki ve sorumlulukları belirlemiş,
- Risk fırsatlarını belirlemiş,
- Bu prosesleri değerlendirmekte ve bu proseslerin istenen sonuçlara erişmesini güvence altına almak için ihtiyaç duyulan herhangi bir değişikliği uygulamakta,

Prosesleri ve Kalite Yönetim Sistemini iyileştirmektedir. Arzulanan sonuç, faaliyetler ve ilgili kaynaklar bir proses olarak yönetilmesi durumunda daha fazla verim elde edilecektir. Etkin yönetmemiz gereken, verimli olmasını istediğimiz faaliyetler sistemimizin parçaları proses olarak yönetilmiş ve istenilen sonuçlara daha etkin olarak ulaşılması amaçlanmıştır.

Bu faaliyetlerin her biri için etkinlik ve verimlilik kriterleri belirlenmiştir. Faaliyet sorumluları bu değerlere ulaşmak adına faaliyetleri sürekli izleyerek uygulanabilen durumlarda ölçmüşlerdir. Bir bütün olarak bakıldığında birbirleriyle ilişki ve etkileşim içerisinde olan birçok faaliyetimiz olduğu görülmektedir. Proses Kartlarında proseslerin birbirleri ile etkileşimlerinin tanımlanmasıyla hizmetimizin karakteristiğinin kontrol altına alınması sağlanmıştır. Bir faaliyetimizde olumsuzluk görülmesi durumunda biz nasıl müdahale etmeliyiz yaklaşımı ile faaliyetlerin birbirlerine olan etkileri de yönetilmektedir.

Sonuçta bu yaklaşım felsefesiyle birbirlerini etkileyen her bir faaliyet etkin, verimli ve etkilerin olumsuzlukları minimize edilecek şekilde yönetilmektedir. Proseslerin istenilen sonuca ulaşabilmesi için, aktivitelerine, eğitim ihtiyaçlarına, teçhizata, metotlara, bilgi, malzeme ve diğer kaynaklara önem verilmiştir. Birbiri ile etkileşim içinde olduğu ifade edilen Kalite Yönetim Sistemi Proseslerinin ölçme ve izleme sonuçlarının analiz edilerek gerektiğinde iyileştirme planlarının ve düzeltici faaliyetlerin yapılması gözden geçirilerek gerektiğinde Politika ve Amaçlarda (Hedeflerde) iyileştirilmeye gidilmesi ve ilaveten gerekli kaynakların Üst Yönetim tarafından sağlanması suretiyle Kalite Yönetim Sistemi sürekli iyileştirilmektedir.

İlgili Dokümanlar:

- Proses Kartları

### İç kalite güvencesi mekanizmaları

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz hizmetin gerçekleştirilmesi için gerekli olan süreçlerin planlamasını yapmakta ve gelişmelerini sağlamaktadır. Tespit edilen süreçlerin belirleyicisi, kalite politikası, kalite amaçları (hedefleri), hizmet alanlarının ihtiyaç ve beklentileri ile yasalarca hizmet için belirlenmiş olan şartlardır. Hizmetler, yukarıda belirlenen şartları karşılayacak biçimde prosesler olarak tanımlanmıştır. Belirlenen prosesler için hizmet tanımlı şartları belirtir bir doküman varsa (Örnek: Yasa, Tüzük, Yönetmelik vb.) bunlara atıfta bulunulur.

Hizmetin gerçekleştirilmesine yönelik her bir faaliyet sahası için Kalite Yönetim Sisteminde prosesler oluşturulmuş, planlanmış ve sürekli iyileştirme için pediyodik olarak izlenmektedir. Hizmet gerçekleştirme PUKÖ (Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al) döngüsüne uygun olarak sağlanmış ve bu doğrultuda yapılan faaliyetler için yetki ve sorumluluklar belirlenmiştir.

Ayrıca hizmetlere yönelik gerekli doğrulama, geçerli kılma, izleme metot ve kriterleri belirlenmiş olup, kayıtları düzenli olarak tutulmakta ve muhafaza edilmektedir.

### PLANLA-UYGULA-KONTROL ET-ÖNLEM AL

Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde poliklinik, klinik, acil servis, laboratuvarlar ve diğer hizmet birimlerinde gerçekleştirilen hizmetler her bir ünite için düzenlenmiş olan proses kartları ile kontrol altına alınmıştır. Proseslerin planlanması ve geliştirilmesi için sürekli iyileştirme anlayışının bütün birimlerde uygulanacak şekilde geliştirilmesi sağlanmıştır. Verilen hizmetler nihai aşamadaki hizmete özgü gerekli doğrulama, geçerli kılma, izleme, ölçme ve değerlendirme ve hizmet kabulü için gerekli kriterler ve hizmet gerçekleştirilmede oluşturduğumuz proseslerin bütününe ve bunun sonucunda ortaya çıkan hizmet şartlarımızı karşıladığımızı dair bütün kayıtları kapsayacak şekilde planlanmıştır. Hizmetin ilk giriş basamağı olan poliklinik hizmetleri gerçekleştirilirken hangi miktarda talebi karşılayacağı hizmeti üretmekten sorumlu ilgili Anabilim Dallarınca belirlenmekte olup Proses Kartlarında gösterilmiştir. Ayrıca bu faaliyetlerin kontrol altına alınması için kontrol edilmesi gereken proses adımları Proses Kartlarında tanımlanmıştır.

### Liderlik ve kalite güvencesi kültürü

Kurumumuzda kalite kültürü ; Toplam Kalite Yönetim Sistemi ilkeleri doğrultusunda çalışmalarını sürdürmeye başlamış olan Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 2003 yılı başından itibaren ISO - 9001 Kalite Yönetim Sistemi oluşturmaya başlamıştır. Hastalarımıza en iyi teşhis ve tedavi hizmeti verme ilkesini prensip edinerek uygulamakta olduğu teşhis ve tedavi yöntemlerini hasta memnuniyetini ön planda tutma ilkesi ile yürütmeyi hedeflemiştir.

Kurumumuzda liderlik ilkesi Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin amacını ve yönünü, çalışanına ve hastalarına güveni, Kalite Yönetim Sistemimiz için gerekli kaynakları sağlanması sorumluluğunu, açık ve dürüst iletişimi destekleyen, politika ve amaçlarını (hedeflerini) belirleyen ve amaçlara ulaşmak için stratejilerin uygulanmasını gerçekleştirme yetkinliğine sahip olmak olarak düşünülmektedir.

Üst Yönetim; Kalite Yönetim Sisteminin oluşturulması, uygulanması ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi ile ilgili aşağıda tanımlanan liderlik ve taahhütlerde bulunmaktadır.

- Kalite yönetim sisteminin etkinliği için hesap verilebilirlik,
- Kalite politikası ve kalite amaçlarının oluşturulacağı ve bunların kuruluşumuzun stratejik yönü ve iç / dış unsurları (bağlamı) ile uyumluluğun güvence altına alınacağı,
- Kalite Yönetim Sistemi şartlarının, kuruluşumuzun prosesleri ile entegre olduğunu güvence altına alınacağını,
- Proses yaklaşımı ve risk temelli düşünmenin kullanımının teşvik edileceğini,
- Kalite Yönetim Sistemi için gerekli kaynakların varlığının güvence altına alınacağını,
- Etkin kalite yönetimi ve Kalite Yönetim Sistem şartlarına uygunluğun öneminin paylaşılabileceğini,  Kalite Yönetim Sisteminin amaçlanan çıktılara ulaşmasının güvence altına alınacağını,
- Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak kişilerin istihdam edileceğini, yönlendirileceğini ve destekleneceğini,  İyileştiriminin teşvik edileceğini,
- Tüm çalışanlarımızın liderliğini göstermek için destekleneceğini taahhüt eder.

döf örneği

## 3.3- Paydaş Katılımı

**Paydaş:** Bir akar veya faaliyetle kendilerini etkileyebilen, etkilenebilen ya da bir kara ya da faaliyetle kendilerinin etkileneceğini düşünen kişi veya kuruluş.

İç paydaşlarının (çalışanlar) ve dış paydaşlarının (tedarikçiler, hasta ve hasta yakınları) görüşlerini dikkate alarak planlama yapar, hizmet modelleri geliştirir ve sunar.

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Üst Yönetimi Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini dikkate alarak, Kalite Politikasını, Kalite Amaçlarını (Hedeflerini) ve başarılarını duyurmak ve paydaşlar tarafından anlaşılmasını sağlamak amacıyla uygun iç ve dış iletişim kanalları belirlemiş ve aşağıdaki yöntemlerle sağlamaktadır.

- Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)
- Elektronik Posta
- Telefon / Fax
- Dilek, Öneri ve Şikâyet Kutuları
- Elektronik Ekran
- İlan Panoları
- İtranet (Kurumsal İletişim Platformu)



Belgenet (Hasta İhtiyaçları Doğrultusunda Teknolojik Gelişme)

HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi)

Ayrıca gelen - giden evraklar, yapılan toplantılar, seminerler, eğitimler, belgeler, raporlar, yazılı genelgeler, basılı yayın organları, broşürler, el kitapları, afişler, posterler, anketler, prosedürler ve formlar vb. de birer iletişim unsurlarıdır.

[Paydaş Listesi](#)[Paydaş Listesi](#)

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Sayfa/Hayirsever/5194>

<https://erudsim.erciyes.edu.tr/>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/iletisim>

ISO 2021 DEĞERLENDİRME SONUCU

### 3.4- Uluslararasılaşma

Misyonumuzda ve vizyonumuzda belirtildiği gibi uluslararası sağlık gelişimini yakından takip etmek uluslararası düzeyinde sağlık hizmeti sunmak kalite yönetimi sisteminin bir gereği olarak uygulanmaktadır.

Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde Uluslararası Sağlık Turizmi iş ve işlemleri 13.07.2017 tarih ve 30123 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmeliğe göre alınan Sağlık Turizmi Yetki belgesi ile yürütülmektedir.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Sayfa/Tanitim/5200>

#### Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı

##### Sağlık Turizmi

Yurtdışından tedavi amacıyla ülkemize gelen veya ülkemizde turist olarak bulunduğu esnada herhangi bir sebeple sağlık hizmeti almak amacıyla hastanelerimize başvuran veya sevk edilen hastaların; kabul, kayıt, teşhis, tedavi, faturalandırma, taburculuk, tercümanlık ve aracı kuruluşlarla iş ve işlemlerinin koordinasyonunu sağlamak amacıyla, Sağlık Turizmi veya Turistin Sağlığı kapsamında hastanelerimize başvuran hastaların iş ve işlemleri aşağıda belirtilen sorumlular tarafından yürütülmektedir.

**Uluslararası Sağlık Turizmi Birim Sorumlusu:** uluslararası Sağlık Turizmi Birim Sorumlusu: Merkez Müdürü (Başhekim)

**Uluslararası Sağlık Turizmi Birim Sorumlusu Yardımcıları:** Başhekim Yardımcıları

**Birim Resmî Yazışmalar Sorumlusu:** Hastane Müdür Yardımcısı

**Birim Hasta Kabul Sorumlusu:** Hastane Müdür Yardımcısı

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Sayfa/tanitim/5200>

##### Uluslararasılaşma Kaynakları

Sağlık Turizmi hastası olarak hastanelerimize başvuran veya sevk edilen hastaların; kabul, kayıt, teşhis, tedavi, faturalandırma, taburculuk, tercümanlık ve aracı kuruluşlarla iş ve işlemlerinin koordinasyonunu sağlamak için aşağıda belirtilen kadro ve kaynaklar kullanılmaktadır.

Uluslararası Sağlık Turizmi Birim Sorumlusu: uluslararası Sağlık Turizmi Birim Sorumlusu: Merkez Müdürü (Başhekim), Uluslararası Sağlık Turizmi Birim Sorumlusu Yardımcıları: Başhekim Yardımcıları, Birim Resmî Yazışmalar Sorumlusu: Hastane Müdür Yardımcısı, Birim Hasta Kabul Sorumlusu: Hastane Müdür Yardımcısı ve ilgili personellerle insan kaynağı oluşturulmuştur. Sağlık hizmetinin sunumunda ise hastanemizin mevcut kaynakları etkin biçimde kullanılmaktadır. (Ameliyathane, görüntüleme, laboratuvar, vs)

##### Uluslararasılaşma performansı

Hastanelerimizde sağlık turizmi ülkelere göre hasta sayıları ve gelirleri yıllara göre karşılaştırmalı olarak izlenmektedir.

## 4 - EĞİTİM ve ÖĞRETİM

### 4.1- Programların Tasarımı ve Onayı

DEĞERLENDİRME DIŞI

### 4.2- Öğrenci Kabulü ve Gelişimi

DEĞERLENDİRME DIŞI

### 4.3- Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme

DEĞERLENDİRME DIŞI

### 4.4- Öğretim Elemanları



DEĞERLENDİRME DIŞI

#### 4.5- Öğrenme Kaynakları

DEĞERLENDİRME DIŞI

#### 4.6- Programların İzlenmesi ve Güncellenmesi

DEĞERLENDİRME DIŞI

## 5 - ARAŞTIRMA ve GELİŞTİRME

### 5.1- Araştırma Stratejisi

DEĞERLENDİRME DIŞI

### 5.2- Araştırma Kaynakları

DEĞERLENDİRME DIŞI

### 5.3- Araştırma Yetkinliği

DEĞERLENDİRME DIŞI

### 5.4- Araştırma Performansı

DEĞERLENDİRME DIŞI

## 6 - TOPLUMSAL KATKI

### 6.1- Toplumsal Katkı Stratejisi

#### Toplumsal katkı politikası, hedefleri ve stratejisi

2020 yılında COVID-19 pandemisi nedeniyle hastanelerimizde sosyal etkinlikler düzenlenememiŐtir. Çalışanlara yönelik kutlama, tebrik ve bilgilendirme mesajları gönderilmiŐtir. Melikgazi Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı ile yapılan protokol çerçevesinde, Ahmet Karamancı Misafirhanesinde, il dışından hastanelerimize başvuran 565 hasta ve yakınlarına ücretsiz olarak barınma, yemek ve banyo imkânı sunulmuştur. Türkiye'de ücretsiz olarak hizmet veren ilk anne evi uygulamasına sahip olan hastanelerimizde doğum yapan annelerin barınmaları, anne sütünle çocuklarını beslemeleri ve yanlarından ayrılmadan bu hizmetlerden faydalanmaları için Naciye Mercan Anne Evinden 565 kişi hizmet almıştır. Ayrıca 105 hastaya giyim yardımında bulunulmuştur. Hastanelerimizde sosyal sorumluluk kapsamında gerçekteŐirilen faaliyetler hastanelerimiz web sayfasında yer almaktadır.

Hastanelerimiz 3.basamak bir hastane olup toplumun sağlık konusunda ihtiyaç duyulan alanlara yönelik farkındalığı artırıcı faaliyetler düzenlemek. Hastanemizde hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının sosyal ihtiyaçlarına destek sağlamak hastanemizin hedefleri arasındadır.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Index>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/HaberDetay/7590>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/HaberDetay/7552>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/HaberDetay/6617>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/HaberDetay/6609>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/HaberDetay/6570>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/HaberDetay/6564>

#### Toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı

Hayırsöer Ahmet Karamancı tarafından yaptırılarak üniversitemize baĐıŐlanmıŐtır. Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü ile Melikgazi Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı arasında düzenlenen protokol kapsamında, hastanelerimize il dışından gelen hasta ve yakınlarına, Ahmet Karamancı Misafirhanesinde ücretsiz barınma, yemek ve banyo hizmetleri verilmektedir.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Sayfa/ziyaret/5198>

#### Toplumsal Katkı Kaynakları

İl dışından gelen hasta ve yakınlarının, Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü ile Melikgazi Sağlık Kültür ve Sosyal Yardım Vakfı arasında imzalanan protokolle faaliyetini yürütmekte olan, Ahmet Karamancı Misafirhanesinde ücretsiz barınmaları sağlanır. Ekonomik durumu iyi olan hasta ve hasta yakınlarını Erciyes Üniversitesi Turizm Fakültesi Hızıroğlu Uygulama Oteli ve Erciyes Üniversitesi Sağlık Kültür Spor Daire Başkanlığı Sosyal İşletmeler Şube Müdürlüğü Kızılay Konuk evine yönlendirilir.

Özellikle Mustafa Eraslan ve Fezi Mercan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Yeni doğan Servisinde yatmakta olan hastaların refakatçi annelerinin günübirlik ya da ihtiyaca göre tedavi süresince barınmaları için kampüs içerisinde bulunan Naciye MERCAN Anne Konaklama Evinde Kalmaları ilgili formlar (Ahmet Karamancı Misafirhanesi, Turizm Fakültesi Uygulama Oteli, Kızılay

Konuk Evi, Anne Konaklama Evi) düzenlenerek sağlanır.Bu hizmet sosyal çalışmacılar tarafından planlanarak yapılır.

## 6.2- Toplumsal Katkı Kaynakları

Toplumsal Katkı Kaynakları İl dışından gelen hasta ve yakınlarının, Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü ile Melikgazi Sağlık Kültür ve Sosyal Yardım Vakfı arasında imzalanan protokolle faaliyetini yürütmekte olan, Ahmet Karamancı Misafirhanesinde ücretsiz barınmaları sağlanır. Ekonomik durumu iyi olan hasta ve hasta yakınlarını Erciyes Üniversitesi Turizm Fakültesi Hızlıroğlu Uygulama Oteli ve Erciyes Üniversitesi Sağlık Kültür Spor Daire Başkanlığı Sosyal İşletmeler Şube Müdürlüğü Kızılay Konuk evine yönlendirilir.

Özellikle Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Yeni doğan Servisinde yatmakta olan hastaların refakatçi annelerinin gününbirlik ya da ihtiyaca göre tedavi süresince barınmaları için kampüs içerisinde bulunan Naciye MERCAN Anne Konaklama Evinde Kalmaları ilgili formlar (Ahmet Karamancı Misafirhanesi, Turizm Fakültesi Uygulama Oteli, Kızılay Konuk Evi, Anne Konaklama Evi) düzenlenerek sağlanır. Bu hizmet sosyal çalışmacılar tarafından planlanarak yapılır.

## 6.3- Toplumsal Katkı Performansı

Toplumsal katkı performansının izlenmesi ve iyileştirilmesi

Melikgazi Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı ile yapılan protokol çerçevesinde, Ahmet Karamancı Misafirhanesinde, il dışından hastanelerimize başvuran 565 hasta ve yakınlarına ücretsiz olarak barınma, yemek ve banyo imkânı sunulmuştur.

Türkiye'de ücretsiz olarak hizmet veren ilk anne evi uygulamasına sahip olan hastanelerimizde doğum yapan annelerin barınmaları, anne sütüyle çocuklarını beslemeleri ve yanlarından ayrılmadan bu hizmetlerden faydalanmaları için Naciye Mercan Anne Eviden 565 kişi hizmet almıştır. Ayrıca 105 hastaya giyim yardımında bulunulmuştur.

# 7 - YÖNETİM SİSTEMİ

## 7.1- Yönetim ve İdari Birimlerin Yapısı

Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, sürekli gelişmeyi ön planda tutmak, belirlenen hedeflere doğru hızla ilerlemek ilkeleri paralelinde müşterilerine verdiği sağlık hizmetini standart isteklerine uygun olarak yerine getirmek için TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemine göre gerekli dokümantasyonu oluşturmuş ve Kalite Yönetim Sisteminin uygulamasına başlamıştır.

Bu dokümanlar; Kalite Politikası, Kalite El Kitabı, Prosesler, Prosedürler, Talimatlar, İş Akış Şemaları, Listeler, Formlar vb. iç kaynaklı dokümanlar ile dış kaynaklı dokümanlarda toplanmıştır. Kalite Yönetim Sistemimizin gerektirdiği bütün prosesler tanımlanmış, birbirleri ile etkileşimleri proseslerin uygulanması için gerekli kriterler ve metotlar oluşturulmuş, gerekli kaynaklar temin edilmiş ve proseslerin ölçüm ve analizleri için yöntemler geliştirilmiştir.

Bütün bu çalışmalar sistem içinde oluşturulan Proses Kartlarında tanımlanmıştır. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde dış kaynaklı prosesler bulunmamaktadır. Proseslerimizi etkin ve verimli kılmak ve bir prosede olumsuzluk olması durumunda etkileşim içerisinde bulunan diğer prosesleri de olumsuz etkilemesini önlemek için, proseslerin sıralaması ve birbirleriyle etkileşimleri Proses Kartlarında belirtilmiştir.

Bazı proseslere ilişkin talimatlar prosesin çalıştırılması Proses Kartlarının proses uygulama bölümünde açıklanmıştır. Bu yolla doküman kalabalığı önlenmiştir. Kalite El Kitabı / Prosedürlerden / Planlardan bu kartlara gerekli atıflar yapılmıştır. Kalite Yönetim Sisteminde kullanılan bütün dokümanlar akıcı bir biçimde birbirleriyle bağlantılandırılmıştır.

Oluşturulan her bir proses kartlarıyla, bu proseslerin yürütülmesi ve kontrolünün etkinliğini sağlamak için ihtiyaç duyulan kriterler ve metotlar belirlenmiş ve Kurumumuzdaki uygulamalar tanımlanmıştır. Proseslerin yürütülmesi ve izlenmesi için gerekli kaynaklar ve bilgiler Üst Yönetimince sağlanarak izlenmekte, ölçülmekte, analiz edilmekte ve yönetilmektedir. Proseslerin etkinliğinin kontrolü için ölçme, analiz ve sürekli iyileştirme yapılmaktadır. Planlanan sonuçlara ulaşmak ve sürekli iyileştirmek için gerekli faaliyetler belirlenmiş ve uygulamaktadır.

Planlanan sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığının ve proseslerin sürekli iyileştirme kapsamında görülebilmesi amacıyla "Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarında" değerlendirilmeler yapılmaktadır. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz amacı ve stratejik yönü ile ilgili olan ve Kalite Yönetim Sistemlerinin amaçlanan sonucuna / sonuçlarına ulaşabilme yeteneğini etkileyen, iç ve dış hususları tayin etmiş ve tanımlanmıştır. İç ve dış hususlar Üst Yönetim tarafından "Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarında" izlenmekte ve gözden geçirilmektedir. **İlgili Dokümanlar:**

- SWOT Analizi

- Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Stratejik Planı

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz müşteri ve uygulanabilir birincil ve ikincil mevzuat hükümlerini karşılayan hizmetleri düzenli olarak sağlama yeteneğine etkisi veya potansiyel etkisinden dolayı;

a) Kalite Yönetim Sisteminin ile ilgili taraflarını,

b) Bu ilgili tarafların Kalite Yönetim Sistemi ile ilgili olası gereksinimlerini / şartlarını (ihtiyaç ve beklentilerini) aşağıdaki şekilde belirlemiştir.

İLGİLİ TARAFLAR	BEKLENTİLERİ	ÖLÇME / DEĞERLENDİRME
Yöneticiler (Başhekimlik)	Kalite, Büyüme, Şeffaflık, Hesap Verilebilirlik, İzlenebilirlik	Toplantılar, Performans Raporları, Veri Analizleri, Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısı
Çalışanlar	Sosyal Kültürel ve Ekonomik İmkânlar, Emniyetli ve Güvenli Çalışma Ortamı, Katılımcı ve Paylaşımcı Yönetim Yaklaşımı vb.	Talep ve Öneri Sistemi, Memnuniyet Anketleri, Sosyal Etkinlikler ve Yardımlar vb. Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısı
Hasta ve Hasta Yakınları	Kaliteli Sağlık Hizmeti Almak	Memnuniyet Anketleri ve Analizler, Şikâyet ve Öneriler Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısı
Tedarikçiler	Sözleşme Şartlarına Uyum	4734 sayılı Kamu İhale Kanunu
Resmi Kurumlar	Yasal Mevzuat Şartlarına ve Gereklere Uyum	Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısı

YÖK	Yasal Mevzuat Şartlarına ve Gereklere Uyum	Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısı
Sivil Toplum Kuruluşları	İşbirliği Çevreye, Tüketicieye, Topluma Saygı Sosyal Sorumluluk	Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısı
Toplum	Toplum Menfaatini Düşünme, Sosyal Sorumluluk Projeleri Yapma, Topluma ve Çevreye Saygı	<a href="#">organizasyon şeması</a>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Yonetim>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Yonetim>

### Süreç yönetimi

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz TS EN ISO 9001:2015 Standardının şartlarına uygun olarak, ihtiyaç duyduğumuz prosesleri (süreçleri) ve bunların birbiri ile etkileşimlerini belirleyerek Kalite Yönetim Sistemini kumuş, uygulamakta, sürekliliğini sağlamakta ve sürekli iyileştirmektedir. Kurumumuz Kalite Yönetim Sistemi için ihtiyaç duyulan prosesleri ve bunların uygulamalarını belirlemiş ve;

- Bu proseslerin istenen girdileri ile beklenen çıktılarını tayin etmiş,
- Bu proseslerin sırası ve birbiriyle etkileşimini tayin etmiş,
- Proseslerin etkili işletimini ve kontrolünü güvence altına almak için ihtiyaç duyulan kriter ve yöntemleri (izleme, ölçme ve ilgili performans kriterleri dahil) tayin etmiş ve uygulamakta,
- Prosesler için ihtiyaç duyulan kaynakları tayin etmiş ve varlığını güvence altına almış,
- Prosesler için yetki ve sorumlulukları belirlemiş,
- Risk fırsatlarını belirlemiş,
- Bu prosesleri değerlendirmekte ve bu proseslerin istenen sonuçlara erişmesini güvence altına almak için ihtiyaç duyulan herhangi bir değişikliği uygulamakta,

Prosesleri ve Kalite Yönetim Sistemini iyileştirmektedir. Arzulanan sonuç, faaliyetler ve ilgili kaynaklar bir proses olarak yönetilmesi durumunda daha fazla verim elde edilecektir. Etkin yönetmemiz gereken, verimli olmasını istediğimiz faaliyetler sistemimizin parçaları olarak yönetilmiş ve istenilen sonuçlara daha etkin olarak ulaşılması amaçlanmıştır. Bu faaliyetlerin her biri için etkinlik ve verimlilik kriterleri belirlenmiştir. Faaliyet sorumluları bu değerlere ulaşmak adına faaliyetleri sürekli izleyerek uygulanabilen durumlarda ölçmüşlerdir. Bir bütün olarak bakıldığında birbirleriyle ilişki ve etkileşim içerisinde olan birçok faaliyetimiz olduğu görülmektedir. Proses Kartlarında proseslerin birbiri ile etkileşimlerinin tanımlanmasıyla hizmetimizin karakteristiğinin kontrol altına alınması sağlanmıştır. Bir faaliyetimizde olumsuzluk görülmesi durumunda biz nasıl müdahale etmeliyiz yaklaşımı ile faaliyetlerin birbirlerine olan etkileri de yönetilmektedir. Sonuçta bu yaklaşım felsefesiyle birbirlerini etkileyen her bir faaliyet etkin, verimli ve etkilerin olumsuzlukları minimize edilecek şekilde yönetilmektedir. Proseslerin istenilen sonuca ulaşabilmesi için, aktivitelerine, eğitim ihtiyaçlarına, teçhizata, metotlara, bilgi, malzeme ve diğer kaynaklara önem verilmiştir. Birbiri ile etkileşim içinde olduğu ifade edilen Kalite Yönetim Sistemi Proseslerinin ölçme ve izleme sonuçlarının analiz edilerek gerektiğinde iyileştirme planlarının ve düzeltici faaliyetlerin yapılması gözden geçirilerek gerektiğinde Politika ve Amaçlarda (Hedeflerde) iyileştirilmeye gidilmesi ve ilaveten gerekli kaynakların Üst Yönetim tarafından sağlanması suretiyle Kalite Yönetim Sistemi sürekli iyileştirilmektedir.

[AİLE HEKİMLİĞİ ÖRNEK PROSES KARTI](#) [AİLE HEKİMLİĞİ ÖRNEK PROSES KARTI](#)

### İlgili Dokümanlar:

- Proses Kartları
- Yıllık Eğitim Planı
- Aylık - Yıllık Eğitim Sonuçları Formu
- Eğitim Katılım Formu - Eğitim Talep Formu

<https://clms.erciyes.edu.tr/Account/LoginBefore>

[EĞİTİM GİRİŞ EKRANI](#) [ÖRNEĞİ](#) [EĞİTİM GİRİŞ EKRANI](#) [ÖRNEĞİ](#) [EĞİTİM GİRİŞ EKRANI](#) [ÖRNEĞİ](#) [EĞİTİM GİRİŞ EKRANI](#) [ÖRNEĞİ](#) [EĞİTİM GİRİŞ EKRANI](#) [ÖRNEĞİ](#) [EĞİTİM GİRİŞ EKRANI](#) [ÖRNEĞİ](#)

## 7.2- Kaynakların Yönetimi

### İnsan kaynakları yönetimi

Kurumumuz Kalite Yönetim Sisteminin oluşturulması, uygulanması, sürekliliğinin sağlanması ve sürekli iyileştirilmesi için ihtiyaç duyulan kaynakları belirlemiş ve sağlamıştır.

Bu kaynaklar belirlenirken aşağıdaki hususlar dikkate alınmıştır.

- Var olan iç kaynakların yetenekleri ve kısıtlamaları,
- Dış tedarikçilerden neyin tedarik edileceği, Kurumumuzda kaynak ihtiyacı teknolojik gereksinimler olabileceği gibi, çalışanlar, makine - teçhizat, eğitim vb. gereksinimler olarak ortaya çıkmaktadır.

Kaynak gereksinimi olması durumunda prosesler ilgili Proses Kartlarında belirlendiği şekliyle uygulanmakta ve Üst Yönetime iletilmekte, Üst Yönetim tarafından da ihtiyaç duyulan bu kaynaklar temin edilmektedir.

Ayrıca Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarında da kaynak ihtiyaçları görüşülmekte ve karara bağlanmaktadır. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz kaynak ihtiyaçları Üniversitemiz katma bütçesi, döner sermaye gelirleri ve hayırseverlerin katkı ve bağışları ile sağlanmaktadır.

**Kişiler:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz Kalite Yönetim Sisteminin etkili şekilde işletilmesi ile proseslerin işletilmesi ve kontrolü için gerekli personeli tayin etmiş ve mevcudiyetini sağlamıştır. Ayrıca çalışanların işe alınmaları ve yapılacak atamalarda meslek gruplarına göre zorunlu Önlisans - Lisans, diploma / sertifika / katılım belgesi gibi birincil ve ikincil mevzuatlar ya da Üst Yönetimce belirlenmiş olan kriterler uygulanmaktadır.

Hizmet kalitesini etkileyebilecek birimlerde çalışan tüm personelimiz, ilgili tarafları istek ve beklentilerine cevap verebilecek düzeyde eğitim, bilgi ve beceri ve yeterliliğe sahiptir.

### İlgili Dokümanlar:

- Çalışan Listesi

- Görev Yetki ve Sorumluluklar

<https://hbysweb.erciyes.edu.tr/mergenTechSbsLoaderIstemci/>

## Finansal kaynakların yönetimi

**Altyapı:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde hizmetin şartlarına uygunluğunu sağlamak için gerekli olan altyapı (bina, çalışma alanı, yazılım ve donanımı da içeren proses teçhizatı, taşıma veya iletişim gibi destek hizmetleri) hizmetlerinin sağlanması, alt yapının kurumun ihtiyaçlarını karşılamayı sürdürmesini sağlamak için bakım metotlarının geliştirilmesi ve uygulanması alt yapının sürekliliğinin sağlanması, ilgili tarafların ihtiyaçları ve beklentilerine göre alt yapının değerlendirilmesi özellikle yazılım ve donanımla ilgili güvenlik "Bilgi İşlem İşleyiş ve Bilgi Yönetim Sistemi Prosedürü" ile; kirlenme, atık ve çevre gibi altyapı ile ilgili çevresel konuların dikkate alınması için ise "Teknik Bakım ve Onarım Birimi İşleyiş Prosedürü" oluşturulmuş ve uygulanmaktadır. Yazılım ve donanımla ilgili olarak server bakım ve bakım kayıtları ise Bilgi İşlem Biriminde tutulmaktadır. Altyapı ve büyük onarımlarla ilgili olarak Üst Yönetim tarafından belirlenen ihtiyaçlar Yapı İşleri ve Teknik Daire Başkanlığı ile görüşülerek bu birim tarafından hizmet gerçekleştirilir. İş bitiminde Üst Yönetime teslim edilir.

### İlgili Dokümanlar:

- Bilgi İşlem İşleyiş ve Bilgi Yönetim Sistemi Prosedürü

- Teknik Bakım ve Onarım Birimi İşleyiş Prosedürü

**Proseslerin İşletimi İçin Çevre:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Üst Yönetimi proseslerin işletimi, ürün ve hizmetin uygunluğu ve çalışanların çalışma alanları için gerekli olan çevreyi (çalışma ortamını) belirlemiş, ekipman ve donanımını sağlamıştır. Verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini direkt etkileyen çalışma ortamlarından ameliyathaneler, tıbbi sarf malzeme depoları, laboratuvarlar, klinikler, poliklinikler ve çalışanların hizmet sunduğu çalışma ortamları ile ilgili şartlar belirlenmiştir.

Çalışanların içinde bulunduğu çalışma ortamı ve onu etkileyen fiziksel koşullar verimliliği etkileyen önemli faktörler arasında sayılabilir. Bu faktörler her birimin ilgili dokümanlarında belirtilmiştir. Bu koşulların iyileştirilmesi ve en uygun düzeye ulaşması çalışanın moral yapısını etkileyebileceği gibi örgütle bütünleşmesini ve dolayısıyla iş tatminini de kolaylaştıracaktır. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde güvenli ortamın sağlanması ve sürdürülmesindeki temel ile hastaların ve her düzeydeki çalışanların zarar görmemesidir. Sağlıklı çalışma ortamı; sosyal (ayrımçılık yapılmayan, huzurlu, uzlaşmacı vb.), psikolojik (stres azaltıcı, tükenmişlik sendromunu önleyici, duygusal olarak koruyan vb.) ve fiziksel (sıcaklık, ısı, nem, ışık ortam havası, hijyen, gürültü vb.) olarak (her iklim şartlarında) üretim / hizmetin kesintisiz devam etmesini sağlayacak şekilde oluşturulmuştur.

Ayrıca kazalardan korunma, yangınlardan korunma, enfeksiyonlardan korunma ve çevre kirliliğinden korunma ile ilgili plan ve uygulamaları da içermektedir. Çalışanlar için koruyucu donanım kullanımı dahil emniyet kuralları ve kılavuzlar, enfeksiyon kontrolü, hijyen, gürültü, temizlik gibi hususlar göz önüne alınarak Üst Yönetim tarafından gerekli faaliyetler planlanmakta ve uygulanmaktadır.

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz birimlerinde gerçekleştirilecek faaliyetlere yönelik olarak ihtiyaçların belirlenmesini müteakip satın alma faaliyetleri "Satın Alma İşleyiş Prosedürü" doğrultusunda gerçekleştirilir. Kurumumuz birimleri tarafından satın alınan mal ve hizmetler, insan kaynakları, altyapı ve çalışma ortamı ile ilgilidir ve kaliteyi doğrudan etkilemektedir. Satın alma faaliyetleri Harcama Yetkilisinin onayına bağlı olarak Kamu İhale Mevzuatı kapsamında yapılmaktadır.

Kurumumuz dış tedarikçilerin tedarik etme yeteneklerini temel alarak mevzuat şartlarına göre değerlendirmek, seçmek, yapılan sözleşmeler ile tayin etmekte ve uygulamaktadır. İdari ve teknik şartnamelerde ve sipariş formlarında belirtilmiş olan satın alma şartlarına göre satın alınan mal ya da hizmeti karşılayıp karşılamadığı, mal alımları için "Mal Alımları Denetim Muayene ve Kabul İşlemlerine Dair Yönetmelik", hizmet alımları için ise "Hizmet Alımları Muayene ve Kabul Yönetmeliği" hükümlerine göre oluşturulan komisyonlar tarafından kontrol edilir ve ürün doğrulaması yapıldıktan sonra kabulü sağlanır. Bu faaliyetler ve değerlendirme sonucunda ihtiyaç duyulan faaliyetlerle ilgili dokümanite edilmiş bilgiler muhafaza edilmektedir.

### İlgili Dokümanlar:

- Satın Alma İşleyiş Prosedürü

- Birincil ve İkincil Mevzuat

**Kontrolün Tipi ve Boyutu:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde satın alınan ürünün doğrulanması işlemi, Kamu İhale Mevzuatı kapsamında oluşturulan muayene ve kabul komisyonları ile kontrol teşkilatları tarafından idari ve teknik şartname esaslarına göre yapılır. Kayıtlar satın alma faaliyetini yapan birimlerde muhafaza edilir. Diş

**Tedarikçi İçin Bilgi:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz birimleri, hizmet sürecini etkileyen malzemelerin satın alınması yönünde ihtiyaca uygun şekilde idari ve teknik şartnameleri hazırlar. Bu şartnamelerde malzemeye / hizmete ait teknik ve kalite özellikleri tanımlanır. Bu şartnameler Kamu İhale Mevzuatı uyarınca tedarikçilere duyurulur.

### İlgili Dokümanlar:

- Satın Alma İşleyiş Prosedürü

- Kamu İhale Kanunu

<https://erudsim.erciyes.edu.tr/>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Sayfa/satin/3111>

## 7.3- Bilgi Yönetim Sistemi

### Entegre bilgi yönetim sistemi

Hizmete bağlı şartlar mevzuatta ve "Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Stratejik Planında" tanımlıdır. Proses kartlarında doğrudan veya atfen belirtilmiştir. Hizmetler, kayıtlar üzerinden geriye doğru izlenebilir. Kurumumuza gelen ve giden tüm evraklarda kayıt numarası ve düzenlenen belgelerde belge numarası bulunmaktadır. Kayıtlar veri toplamayı, izlemeyi ve ölçmeyi kolaylaştıracak biçimde tutulur. Kayıtların tutulması ve saklanması Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS), arşiv sistemi ve / veya dokümanların elden imza karşılığı teslim sistemleri kullanılmaktadır.

Kurumumuz çıktının durumunu, verilen hizmetin sunumu boyunca izleme ve ölçme şartları açısından tanımlamakta, izlenebilirliği güvence altına almakta dokümanite edilmiş bilgiyi muhafaza etmektedir. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde hastalara verilen hizmetin her aşamasında yapılan işlemler "Poliklinik ve Yatan Hasta İşlemleri Talimatı"na göre dokümanite edilmiş izlenecek yollar tanımlanmış, proses adımları arasındaki bağlantılar birim proses kartlarında tanımlanmış olan izleme yöntemleri ile kurulmuştur. Hizmet alan hastaların aldıkları tedavilerin etkinliğini belirlemek için belirli periyotlarda kontrollere çağrılmaktadırlar.

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden TC kimlik numarası ile hastalara ait bütün bilgilere erişilebilmektedir.

### İlgili Dokümanlar:

- Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Stratejik Planı

- Elektronik Bilgi Yönetim Sistemi (EBYS)

- Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)

<https://spgosterge.erciyes.edu.tr/uye-giris>

<http://10.120.120.40:8080/KysWeb/login.html>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/hbys/>

<https://ebys.erciyes.edu.tr>

<http://10.0.13.103/reportfiles/>

## Bilgi güvenliği ve güvenilirliği

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz Kalite Yönetim Sistemi ve TS EN ISO 9001:2015 Standardın gerektirdiği dokümanite edilmiş bilgiyi;

- İhtiyaç olduğu yer ve zamanda kullanım için varlığı ve uygun olmasını,
- Yeterli bir şekilde korunmasını (Gizliliğin yok olması, uygun olmayan kullanım veya bütünlüğün bozulması vb.) sağlamak ve kontrol etmektedir. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz dokümanite edilmiş bilginin kontrolü için;
- Dağıtım, Erişim, Kullanım ve Tekrar Kullanım,
- Arşivleme ve Koruma,
- Değişikliklerin Kontrolü (Sürüm kontrolü vb.)
- Muhafaza ve Elden Çıkarma faaliyetleri için "Dokümantasyon Prosedürü" oluşturulmuş ve tanımlanmıştır.

Kalite Yönetim Sisteminin planlaması ve işletimi için gerekli olduğu, tarafımızdan belirlenen dış kaynaklı dokümanite edilmiş bilgi, uygun şekilde tanımlanmakta ve kontrol edilmektedir. Uygunluğun kanıtı olarak muhafaza edilen dokümanite edilmiş bilgi, istenmeyen değişikliklere karşı korunmaktadır. Verilerin güvenliği ise Bilgi İşlem Biriminde yedeklenerek sağlanmaktadır.

## 7.4- Destek Hizmetleri

### Hizmet ve malların uygunluğu, kalitesi ve sürekliliği

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz birimlerinde gerçekleştirilecek faaliyetlere yönelik olarak ihtiyaçların belirlenmesini müteakip satın alma faaliyetleri "Satın Alma İşleyiş Prosedürü" doğrultusunda gerçekleştirilir. Kurumumuz birimleri tarafından satın alınan mal ve hizmetler, insan kaynakları, altyapı ve çalışma ortamı ile ilgilidir ve kaliteyi doğrudan etkilemektedir. Satın alma faaliyetleri Harcama Yetkilisinin onayına bağlı olarak Kamu İhale Mevzuatı kapsamında yapılmaktadır. Kurumumuz dış tedarikçilerin tedarik etme yeteneklerini temel alarak mevzuat şartlarına göre değerlendirmek, seçmek, yapılan sözleşmeler ile tayin etmekte ve uygulamaktadır. İdari ve teknik şartnamelerde ve sipariş formlarında belirtilmiş olan satın alma şartlarına göre satın alınan mal ya da hizmeti karşılayıp karşılayamadığı, mal alımları için "Mal Alımları Denetim Muayene ve Kabul İşlemlerine Dair Yönetmelik", hizmet alımları için ise "Hizmet Alımları Muayene ve Kabul Yönetmeliği" hükümlerine göre oluşturulan komisyonlar tarafından kontrol edilir ve ürün doğrulanması yapıldıktan sonra kabulü sağlanır. Bu faaliyetler ve değerlendirme sonucunda ihtiyaç duyulan faaliyetlerle ilgili dokümanite edilmiş bilgiler muhafaza edilmektedir.

#### İlgili Dokümanlar:

- Satın Alma İşleyiş Prosedürü

- Birincil ve İkincil Mevzuat

Kontrolün Tipi ve Boyutu: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde satın alınan ürünün doğrulanması işlemi, Kamu İhale Mevzuatı kapsamında oluşturulan muayene ve kabul komisyonları ile kontrol teşkilatları tarafından idari ve teknik şartname esaslarına göre yapılır. Kayıtlar satın alma faaliyetini yapan birimlerde muhafaza edilir.

Dış Tedarikçi İçin Bilgi: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz birimleri, hizmet sürecini etkileyen malzemelerin satın alınması yönünde ihtiyaca uygun şekilde idari ve teknik şartnameleri hazırlar. Bu şartnamelerde malzemeye / hizmete ait teknik ve kalite özellikleri tanımlanır. Bu şartnameler Kamu İhale Mevzuatı uyarınca tedarikçilere duyurulur.

#### İlgili Dokümanlar:

- Satın Alma İşleyiş Prosedürü

- Kamu İhale Kanunu

<https://www.ihale.gov.tr/Mevzuat.aspx>

## 7.5- Kamuoyunu Bilgilendirme ve Hesap Verebilirlik

Kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde faaliyetlerimizle ilgili bilgiler web sayfasında yayınlanmakta ve duyurulmaktadır. Hasta ve hasta yakını ve diğer müşteri iletişimi ile ilgili düzenlemeler belirlenmiş olup bunlar etkin bir şekilde uygulanmaktadır. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz sunduğu hizmetler ve kişilerin nasıl bir hizmet alacağı konusunda potansiyel müşterilerini sözlü olarak, hastaneler web sitesi aracılığıyla, afiş ve broşürlerle ve görsel ve yazılı basın aracılığıyla sürekli bilgilendirmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarıyla direkt görüşmelerle, elektronik mail yoluyla, öneri ve şikâyet kutuları aracılığıyla ya da farklı yollarla yazılı gelen öneri ve şikâyetler değerlendirilmekte, çözümlenmekte ve kişilere yazılı ya da sözlü olarak geri bildirim verilmektedir. Hastaların hizmetlerimiz hakkındaki düşünceleri ise memnuniyet anketleri ile elde edilmektedir. Gereksinim duyulması durumunda (faaliyetlerdeki değişiklikler, geliştirme ihtiyacı, sorun çözme amaçlı) ya da talepler doğrultusunda farklı amaçlarla yapılan araştırmaların sonuçları sisteme dâhil edilmektedir. Müşteri ile ilişkilerin nasıl yürütüldüğü "Halkla İlişkiler Birimi İşleyiş Prosedürü"nde ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır.

#### İlgili Dokümanlar:

- Halkla İlişkiler Birimi İşleyiş Prosedürü

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/iletisim>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Haberler>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Sayfa/frapor/3028>

## 8 - SONUÇ ve DEĞERLENDİRME

### 8.1- Sonuç

Erciyes Üniversitesi Hastanelerinde (ERÜ), TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi "Gözetim Tetkiki" başarıyla tamamlandı. ERÜ Hastanelerinin, Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından 2020 yılı gözetim tetkiki 21-22 Eylül 2020 tarihlerinde online (uzaktan erişim) olarak gerçekleştirildi.

Hastanelerimiz T.C. Sağlık Bakanlığının 2019 yılında yapmış olduğu Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) denetimde 100 tam puan üzerinden 94 puan almıştır. Türk Standartları Enstitüsü'nün, TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi; Liderlik katılımı, organizasyonel riskler ve fırsatlara değinme, çevre, iş sağlığı ve güvenliği, iş sürekliliği, sadeleştirilmiş bir dil, alışılmış bir yapı ve terimleri kullanma, tedarikçi zincirini etkin kullanma ve kullanıcı dostu olarak rehberlik etmektedir.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/HaberDetay/7587>