

KKY01-KALİTE YÖNETİM BİRİMİNİN YAPISI

A- KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ İŞLEYİŞ TALİMATI

 TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TİCARET BORSASI HASTANESİ KONYA	KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ İŞLEYİŞ YAPISI TALİMATI	 Sağlık Bakanlığı	 K-Q TSE-ISO-EN 9000  M-C TSE-ISO 10002	Doküman No	KTŁ-161
				Revizyon Tarihi	01.01.2017
				Revizyon No	00
				Sayfa No	1/8

1-AMAÇ: Hastanemizde kalite politikasını, uygulamalarını ve ilkelerini tüm personele iletmek etkili bir kalite sistemini tanımlamak ve hayata geçirmek

2.KAPSAM: Hastanemiz kalite yönetim sistemi uygulamasında "HİZMET" terimi, yalnızca hizmet alan için amaçlanan veya hizmet alan tarafından talep edilen HİZMETE uygulanır. Hizmete kasıt sunulan sağlık hizmetini kapsamaktır.

3.İŞLEYİŞ

3.1.Kalite Yönetim Sistem işleyiş prosedürleri kalite el kitabında tanımlanmıştır.Kalite yönetim sisteminin işleyişinde 7 temel prosedür,239 talimat,4 çizelge,30 dış kaynaklı doküman, 55 dış kaynaklı form,710 işleyiş formu,103 görev tanımı,46 liste,50 plan,25 süreç planı,16 şema halinde onaylı dökümanlar olarak oluşturulmuştur.,

3.2.Dökümanların yapısı,KPR-001 Doküman Kontrolü Prosedüründe,KPR-002 Kayıtların Kontrolü Prosedüründe ise kayıtların muhafazası aktarılmıştır.

3.3.Hastanemizde uygulanan kalite yönetim sistemi dahilinde kullanılan dökümanlar, KLS-019 kodlu kalite kayıtları listesinde yer almaktadır. Kalite Yönetim Sistemi Prosesleri girdi, çıktı, kaynak ve referanslar Etkileşiminde açıklanmıştır.

3.4.Proseslerin çalıştırılması ve izlenmesini desteklemek için gerekli olan insan, bilgi,mali, altyapı, çalışma ortamı vb. kaynaklar (eğitilmiş personel, kalibre edilmiş teçhizat, bağımsız tetkik, Hastanede uygulanan kanun, mevzuat ve Kalite El Kitabı, Görev Tanımları El Kitabı, Kalite Sistem Prosedürleri, Talimatlar) ile sağlanmaktadır.

3.5.Planlanmış sonuçları başarmak ve prosesleri sürekli iyileştirmek için Müşteri geri beslemeleri alınmakta, Kalite yönetim sisteminin işlerliğini kontrol etmek için iç tetkikler yapılmaktadır.

3.6.KFR-054 Süreç Performans izleme kontrol formu ile Proseslerin izlenmesi ve ölçülmesi yapılmaktadır,

3.7.Uygun veriler belirlenip,KPL-016 Veri Analiz planına kayıt edilip,plan doğrultusunda analizleri yapılmaktadır,

3.8.Tespit edilen uygunsuzluklara düzeltici faaliyetler, potansiyel uygunsuzluklara önleyici faaliyetler yapılır ve yönetimin gözden geçirmesi toplantıları ile kalite yönetim sisteminin etkinliği sürekli iyileştirilir.

3.9.Kalite Yönetim sistemi kalite direktörünün sorumluluğu altında Kalite yönetim sistemi için gerekli proseslerin oluşturulmasını, uygulanmasını,sürdürülmesini ve koordinasyonunu oluşturulur.Bölüm sorumluları ile Kalite yönetim sistemi için gerekli proseslerin oluşturulmasını, uygulanmasını ve sürekliliğini sağlar.

 TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TİCARET BORSASI HASTANESİ KONYA	KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ İŞLEYİŞ YAPISI TALİMATI	 Sağlık Bakanlığı	 K - Q TSE-ISO-EN 9000  M - C TSE-ISO 10002	Doküman No	KTŁ-161
				Revizyon Tarihi	01.01.2017
				Revizyon No	00
				Sayfa No	2/8

3.10.Bölüm hedeflerine yönelik bölüm tarafından yapılan analiz sonuçlarını değerlendirir. Bununla birlikte iç tetkik ve öz değerlendirmeleri planlar yürütölmesini sağlar. Kalite yönetim sisteminin performansı ve iyileştirilmesi için herhangi bir ihtiyaç hakkında ve iç denetim raporları hakkında üst yönetime rapor verir.

3.11.Kalite yönetim sistemi ile ilgili konularda dış kuruluşlarla işbirliği yapar.

3.12.Hastanemizin hedef ve politikaları doğrultusunda kaliteli hizmetin artırılması ve korunması yönünde kalite yönetim sistemimizde yer alan dokümanlarda belirlenen görevleri yerine getirir.

3.13.Dokümanların kontrolü çerçevesinde dokümanların kontrolünü sağlar. Yazılı düzenlemelerin revizyonlarını takip eder. Kalite sistem dokümantasyonunun yönetilmesini (basım, dağıtım, güncellik izleme, muhafaza, doküman kodlama, revizyon faaliyetlerini koordine etme, revizyon izleme, güncel olan dokümanların kullanımını sağlama, güncelliğini yitiren dokümanların kullanımını önleme) sağlar.

3.14.Kayıtların kontrolü çerçevesinde kayıtların kontrolünü sağlar.

3.15.Kendisinin ve varsa kendisine direkt bağlı elemanların temel sorumluluklarını ve eğitim ihtiyaçlarını belirler.

3.16.SHKS çerçevesinde yürütölen çalışmaların koordinasyonunu sağlar.

3.17.Bölüm hedeflerine yönelik, bölüm tarafından yapılan analiz sonuçlarını değerlendirir.

3.18.Öz değerlendirmeleri yönetir.

3.19.Hasta ve çalışan anket sonuçlarını değerlendirir.

3.20.SHKS çerçevesinde hazırlanan yazılı düzenlemeleri kontrol etmeli, yazılı düzenlemelerin revizyonunu takip eder.

3.21.Hizmet sunumuna yönelik istatistikî bilgileri değerlendirir.

4.UYGULAMA





4.1.Kalite yönetim sistemi; Kalite Yönetim Sistemi süreçlerinden oluşur. Süreçler; girdileri çıktılara dönüştören faaliyetler topluluğu olup genellikle süreçteki faaliyetleri ve sırasını tanımlayan bir doküman ve sürecin etkinliğini ölçmek için kullanılmak üzere belirlenmiş bir veya birkaç performans kriteri bulunur.

4.2.Kalite Yönetim Sistemi süreçleri; prosedürler veya süreç planları ile tanımlanmıştır.

Kalite yönetim sisteminin bütünü de bir süreç olarak alınmıştır.

4.3.Kuruluşumuz, Kalite Yönetim Sistemi süreçlerini planlamış, belirlemiş olup bu süreçlerin etkileşimi belirlenmiş, süreçler dokümante edilmiş ve uygulanmaktadır.



4.4.Oluşturulan süreçler kullanılmakta, sürekliliği sağlanmakta, süreç performansı yönetilmekte, ölçölmekte ve izlenmekte, süreçler sürekli geliştirilmektedir. Süreçler arası etkileşim bu el kitabında anlatılmaktadır. Süreçlerin etkinliği ve kontrolü için kriter ve yöntemler belirlenmiştir. Süreçlerin çalıştırılması ve izlenmesi için gerekli kaynak ve bilgi akışı sağlanmaktadır.

 TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ <small>TIĞARET BORSASI HASTANESİ KONYA</small>	KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ İŞLEYİŞ YAPISI TALİMATI	 <small>Sağlık Bakanlığı</small>	 	Doküman No	KTL-161
				Revizyon Tarihi	01.01.2017
				Revizyon No	00
				Sayfa No	3/8

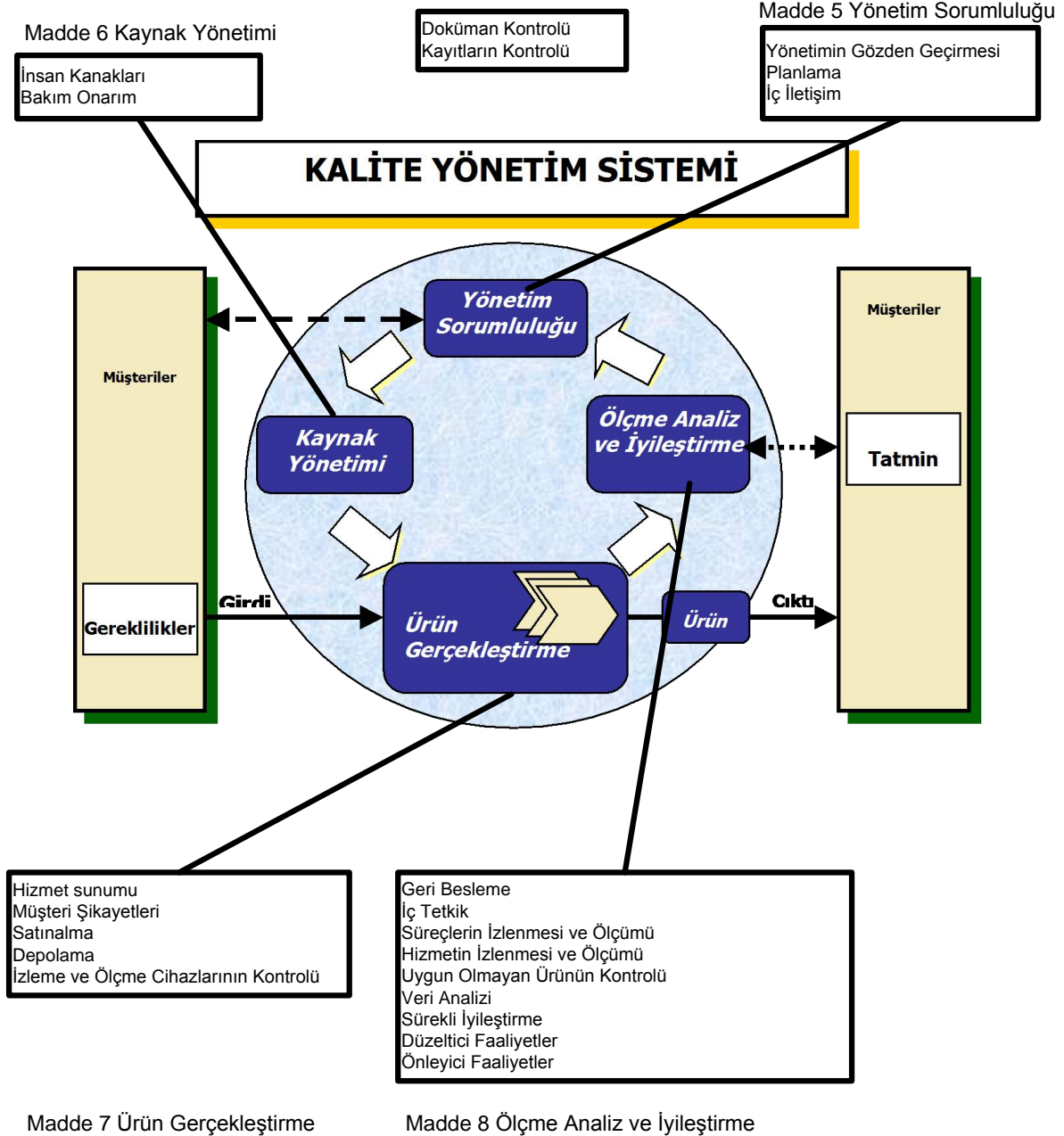
4.5.Bu kitap kalite yönetim sürecini tanımlar. Kalite Yönetim Sistemi (KYS) kapsamında oluşturulan süreçlerin listesi Çizelge 1’de verilmiştir. KYS süreçleri; sağlık hizmeti sunumu ile ilgili hizmet gerçekleştirme ile ilgili direkt süreçler ve bu süreçleri destekleyen destek süreçlerden oluşur. Dış kaynaklı prosesimiz bulunmamaktadır.

Kalite Yönetim Sistemi	KEK-001
Doküman Kontrolü Prosedürü	KPR-001
Kayıtların Kontrolü Prosedürü	KPR-002
Uygun Olmayan Ürünün Kontrolü Prosedürü	KPR-003
İç Tetkik Prosedürü	KPR-004
Düzeltilici Faaliyetler Prosedürü	KPR-005
Önleyici Faaliyetler Prosedürü	KPR-006
Şikayet Değerlendirme Prosedürü	KPR-007
Yönetim Gözden Geçirmesi Süreç Planı	KSP-001
İnsan Kaynakları Süreç Planı	KSP-002
Temizlik ve Sterilizasyon Süreci	KSP-003
Satın alma Süreç Planı	KSP-004
Depolama Süreç Planı	KSP-005
Teknik Servis Süreç Planı	KSP-006
Kalibrasyon Süreç Planı	KSP-007
Acil Servis Süreç Planı	KSP-008
Ameliyathane Süreç Planı	KSP-009
Faturalandırma Süreç Planı	KSP-010
Görüntüleme Süreç Planı	KSP-011
Hasta Kayıt Süreç Planı	KSP-012
Poliklinik Süreç Planı	KSP-013
Yatak Servis Süreç Planı	KSP-015
Geri Besleme Süreç Planı	KSP-016

-KYS süreçlerinin temel standart maddelerine göre dağılımı Şekil 1’de, KYS sistemine ait temel iş süreçlerinin birbiri ile ve destek süreçlerle etkileşimi Şekil 2’de verilmiştir.

 TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ <small>TİCARET BORSASI HASTANESİ KONYA</small>	KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ İŞLEYİŞ YAPISI TALİMATI	 <small>Sağlık Bakanlığı</small>	 	Doküman No	KTL-161
				Revizyon Tarihi	01.01.2017
				Revizyon No	00
				Sayfa No	4/8

Madde 4 Kalite Yönetim Sistemi



 TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ <small>TIKARET BORSASI HASTANESİ KONYA</small>	KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ İŞLEYİŞ YAPISI TALİMATI	 <small>Sağlık Bakanlığı</small>	 	Doküman No	KTLL-161
				Revizyon Tarihi	01.01.2017
				Revizyon No	00
				Sayfa No	5/8

5.TAAHHÜTLERİMİZ ;

5.1.Belirlenen Kalite Hedeflerini yerine getirmek ve tüm personelin Kalite Politikası çerçevesinde hizmet vermesini sağlamaktır.

5.2.Hastanemiz üst yönetimi Taahhütlerini yerine getirmek ve kalite yönetim sisteminin uygulanması, geliştirilmesi ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi için; kalite Politikasını oluşturmuş, tüm personele iletmış ve gereklerini yerine getirmektedir.

5.3.Ölçülebilir Kalite hedeflerini belirlemiş, tüm personele iletmış ve gereklerini yerine getirmektedir.

5.5.Müşteri odaklı kalite sistemi kurulmuş ve müşterilerimiz ve hizmet kapasitemiz tanımlanmış, personele iletilmiştir. Hizmet alan müşterilerimizin memnuniyeti Şikayet Memnuniyeti Prosedürüne (KPR-007) göre alınmakta ve gereklilikleri yerine getirilmektedir.

6.DÖKÜMAN İŞLEYİŞ YAPISI

6.1.KYS dokümantasyonunun kontrolü amacıyla Doküman Kontrolü Prosedürü ile bir doküman kontrol süreci oluşturulmuştur. Bu süreç kapsamında

- Yayınlanmadan önce dokümanların yetkili kişiler tarafından onaylanması
- Dokümanın gözden geçirilmesi, güncelleştirilmesi ve tekrar onaylanması
- Dokümanların değişikliklerinin ve güncel revizyon durumunun tanımlanması
- İlgili yerlerde dokümanların yürürlükteki nüshalarının bulundurulması
- Dokümanların okunabilirliği ve kolaylıkla tanımının sağlanması
- Dış kaynaklı dokümanların tanımlanması ve dağıtımının izlenmesi
- Güncelliğini yitirmiş dokümanların istenmeyerek kullanımının önlenmesi güvenceye alınmıştır.

6.2.Tüm dokümanlara Doküman Kontrolü Prosedüründeki doküman kodlama sistemine göre doküman kodu verilir. Dokümanların dağıtımını izlemek amacıyla uygun dağıtım kayıtları oluşturularak muhafaza edilir. Dokümanlar birimlerin/kişilerin talepleri doğrultusunda veya düzeltici/önleyici faaliyetlerin sonucunda revizyona alınır. Dokümanların revizyon durumunu izlemek amacıyla dokümanlara revizyon no ve revizyon tarihi verilir. Geçersiz ve yürürlükten kalkan dokümanların kullanılmasını önlemek için dokümanların yürürlükteki revizyonları Doküman Listesi Formunda takip edilir.

6.3.KYS dokümanları; revizyon nüshalarının dağıtılması gereken kontrollü kopya veya revizyon nüshalarının dağıtılması gerekmeyen kontrolsüz kopya statüsünde olabilir. Kontrollü kopyalarda Doküman Kontrolü Prosedürüne göre kırmızı renkte "Kontrollü" ibaresini içeren kaşe bulunur.

6.4.Revizyon tanımı için dokümanlara revizyon numarası verilir.

Özellikle mevzuat değişiklikleri ve dış kaynaklı dokümanların güncelliği Doküman Kontrolü Prosedürüne göre izlenir.

7.KALİTE POLİTİKASI

7.1.Kuruluşumuzun Kalite Politikası Mesul Müdür tarafından oluşturulur. Kalite politikamız;

- Kuruluşumuzun amaçlarına uygun ifadeleri içerir.
- KYS'nin sürekli iyileştirilmesi konusunda taahhüt içerir.
- Müşteri ve mevzuat şartlarının yerine getirilmesinin önemini vurgular.
- Kalite hedefleri için çerçeve oluşturur.

 TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TİCARET BORSASI HASTANESİ KONYA	KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ İŞLEYİŞ YAPISI TALİMATI	 Sağlık Bakanlığı	 K - Q TSE-ISO-EN 9000  M - C TSE-ISO 10002	Doküman No	KTŁ-161
				Revizyon Tarihi	01.01.2017
				Revizyon No	00
				Sayfa No	6/8

7.2.Kalite Politikası, Kalite Yönetim Direktörü tarafından kuruluşumuzun her kademesine iletilir ve verilen eğitimlerle anlaşılması sağlanır.

Kalite politikamız periyodik olarak yapılan Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantılarında KYS ile ilgili değişiklik ihtiyaçları maddesi kapsamında gözden geçirilerek uygunluğunun devam edip etmediğini belirlenir. Gerekirse değişiklikler yapılır. Kalite Politikamız aşağıda verilmiştir.

KALİTE ve ŞİKAYET POLİTİKAMIZ

Gelişmiş tıbbi donanım ve eğitimli personel ile hastalarımızın kendini güvende hissedebileceği, hasta haklarına saygılı bir ortamda, bilgili, güleryüzlü özveri ile çalışan uzman kadromuzla; kaliteden ödün vermeden modern teşhis ve tedavi yöntemlerini kullanarak, hasta çalışan memnuniyetini ön planda tutarak, hasta odaklı yaklaşım benimseyerek şikayetleri mali yükümlülük getirmeden inceleyen, yasal mevzuatlar çerçevesinde sürekli iyileşen ve gelişen bir sağlık hizmeti sunmaktır.

8.KALİTE HEDEFLERİ

8.1.Firmamız, kalite politikamızın gerçekleştirilmesi için kalite hedeflerini belirler, bu hedeflere ulaşmak için gerekli planlamayı yapar. Kalite hedefleri Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantılarında belirlenir. Kalite hedeflerinin gerçekleştirilmesi için Yönetimin Gözden Geçirmesi Sürecine göre Kalite Hedefleri Planı oluşturularak uygulamaya konulur. Kalite hedefleri dönemsel olarak belirlenir.

8.2.Kalite hedeflerine ulaşmadaki etkinlik periyodik olarak izlenir, elde edilen sonuçlar Yönetimin Gözden Geçirmesi Sürecine göre yapılan YGG Toplantılarında değerlendirilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hedefler revize edilir veya hedeflere ulaşılması için gerekli düzeltici faaliyetler başlatılır. Kalite hedefleri; kuruluşumuzun ilgili fonksiyon ve seviyelerinde belirlenir. Kalite hedefleri, kalite politikamızın belirlediği çerçeveye uygun olarak kalite politikasındaki ifadelerle mütakabiliyet sağlayacak biçimde belirlenir. Bu nedenle, kalite hedefleri, kalite politikamızı destekler niteliktedir. Kalite hedefleri, ölçülebilir biçimde belirlenir.

9.SORUMLULUK VE YETKİ




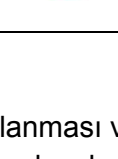
9.1.Kuruluşumuz içinde yer alan birimler arası ilişkiler organizasyon şemamız ile belirlenmiştir.

Organizasyon şemasında yer alan birimlerin yetki ve sorumlulukları görev tanımları ile tanımlanır. Çalışanlara ait yetki ve sorumluluklar görev talimatları, iş talimatları ve diğer destek dokümanlar ile tanımlanır.

9.2.Yetki ve sorumlulukların kuruluş içinde iletilerek duyurulması Doküman Kontrolü Prosedürüne göre sağlanır.

9.3.Görev talimatlarında; organın unvanı, üst organı, ast birim/fonksiyonlar, olmadığında yerine vekalet eden, organın görevi, organın yetki ve sorumlulukları, gerekli nitelik kriterleri belirtilir.

9.4.Mesul Müdüre doğrudan bağlı birimlerden biri Mesul Müdür tarafından atama yazısı ile Kalite Yönetim Direktörü olarak atanır. Kalite Yönetim Direktörünün yetki ve sorumlulukları;

 TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TİCARET BORSASI HASTANESİ KONYA	KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ İŞLEYİŞ YAPISI TALİMATI	 Sağlık Bakanlığı	 K - Q TSE - ISO - EN 9000  V - C TSE - ISO 10002	Doküman No	KTL-161
				Revizyon Tarihi	01.01.2017
				Revizyon No	00
				Sayfa No	7/8

- KYS için gerekli süreçlerin oluşturulması, uygulanması ve sürdürülmesini sağlamak.
- KYS'nin performansı ve iyileştirilmesinde ihtiyaç duyulan kaynakları üst yönetime rapor etmek.
- Müşteri şartlarının bilincinde olunmasının yaygınlaştırılmasını sağlamaktır.

Kalite Yönetim Direktörü KYS ile ilgili konularda kuruluşumuzu temsil etme yetkisine sahiptir.

10.İÇ İLETİŞİM

10.1.KYS'nin etkinliğini sağlamak amacıyla kuruluşumuz içinde iç iletişimin sağlanması Doküman Kontrolü Prosedürüne göre dağıtılan dokümanlar ile verilen eğitimler ile duyuru panoları ile iç yazışma sistemi, eğitimler ve KYS süreçlerinin uygulanması sırasında oluşturulan kayıtların iletilmesi ile sağlanır.

10.2.Kuruluşumuz içinde iç iletişimin sağlanması amacıyla İletişim Planı oluşturulmuş olup sürekliliği sağlanmaktadır.

KKY01.01 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ DİKEY VE YATAY HİYERARŞİK YAPISI

-Sağlık bakanlığı tedavi hizmetleri genel müdürlüğünün B.10.0.THG.0.07.00.02/17863 sayılı kalite yönetim direktörlerinin belirlenmesine ilişkin yazısı gereği kalite yönetim direktörü **LEMAN GEDİKKAYA** olarak belirlenmiştir. Kalite yönetim direktörü direk başhekime bağlı olarak kalite çalışmalarını yürütmektedir.

 TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ <small>TI CARET BORSASI HASTANESİ KONYA</small>	KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ İŞLEYİŞ YAPISI TALİMATI	 <small>Sağlık Bakanlığı</small>	 	Doküman No	KTL-161
				Revizyon Tarihi	01.01.2017
				Revizyon No	01
				Sayfa No	8/8

