
	<b>T.C.</b> <b>SAĞLIK BAKANLIĞI</b> <b>BİNGÖL DEVLET HASTANESİ</b> <b>KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ</b>			
<b>KOD KY.PR.04</b>	<b>YAY.TRH :24.12.2018</b>	<b>REV.NO :01</b>	<b>REV.TRH 25.05.2019</b>	<b>SAYFA NO :1/3</b>

**1. AMAÇ:** Bingöl Devlet Hastanesinde; Sağlıkta Kalite Standartları ve Hastane Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlar.

**2. KAPSAM:** Kalite yönetim birimini ve tüm hastane çalışanlarını kapsar.

**3.KISALTMALAR:**

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

KYB: Kalite Yönetim Birimi

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet Formu

**4. TANIMLAR:**

**5.SORUMLULAR:**

- Başhekim
- Kalite Sorumlu Başhekim Yardımcısı
- Başhekim Yardımcıları
- İdari ve Mali İşler Müdürü
- İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcıları
- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı
- Kalite Yönetim Direktörü
- Kalite Yönetim Birimi Çalışanları



**6. FAALİYET AKIŞI:**

**6.1.**Hastanemiz bünyesinde kaliteli hizmet sunumunu sağlamak ve Sağlıkta Kalite Standartları ve Hastane Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla kalite ve verimlilik birimi kurulmuştur. Hastane yöneticilerin Teklifi Sağlık İl Müdürlüğünün kontrolü ve valilik onayı ile kalite direktörü atanır. Kalite direktörü il kalite koordinatörü tarafından eğitime tabi tutulur.

**6.2.** Sağlıkta Kalite Standartları ve Hastane Verimlilik Yerinde değerlendirme Rehberi çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlar.

**6.3.**Acil Servis, yatan hasta, ayaktan hasta memnuniyet anketlerini her ay düzenli olarak yapar, 3 ayda bir dönemsel analizleri yapar; çalışan memnuniyet anketini her yıl aralık ayında yapar, analiz eder sonuçlarını üst yönetim ile paylaşır önerilerde bulunur, gerekli durumlarda düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır.

**6.4.** SKS, verimlilik rehberi ve ilgili mevzuatlar çerçevesinde hazırlanan; yazılı düzenlemeleri kontrol eder, yazılı düzenlemelerin revizyonunu takip eder.

	<b>T.C.</b> <b>SAĞLIK BAKANLIĞI</b> <b>BİNGÖL DEVLET HASTANESİ</b> <b>KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ</b>			
<b>KOD KY.PR.04</b>	<b>YAY.TRH :24.12.2018</b>	<b>REV.NO :01</b>	<b>REV.TRH 25.05.2019</b>	<b>SAYFA NO :2/3</b>

**6.5.** Dokümanları yılda en az bir defa gözden geçirerek, değişmesinde fayda görülen dokümanların revizyonunu sağlar. Hazırlanan dokümanların HBYS ye entegrasyonunu sağlar ve ilgili birimleri bilgilendirir.

**6.6.** SKS ve verimlilik rehberi çerçevesinde belirlenen ekip ve komitelere üye olarak katılır.Toplantıların takibini yapar.

**6.7.** Düzeltici ve önleyici faaliyetleri başlatır ve takibini yapar.

**6.8.** Kurumun kalite yönetimi konusundaki misyon, vizyon ve ilkelerini belirleyerek, hizmet sunumuna yönelik politikalar geliştirir ve bu politikalara uygun stratejik planlamaları yapar.

**6.9.** Kurumun performans ve kalite hedeflerini belirlemek, bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için gerekli çalışmaları planlar, organize eder, izler ve değerlendirir.

**6.10.** Bölüm tarafından belirlenen bölüm hedeflerine yönelik analiz sonuçlarının değerlendirir.

**6.11.** Kurumdaki mevcut sorunları tespit eder, öncelik sırasına koyar ve bu doğrultuda süreç iyileştirme çalışmaları yapar ve yapılmasını sağlar.

**6.12.** Sağlıkta kalite standartlarının uygulanmasını sağlar ve değerlendirmek amacıyla öz değerlendirmeler planlar, yürütür ve yönetir. Öz değerlendirmeye katılacak ekibi görevlendirir. Birim ve ekipleri önceden bilgilendirir. . Öz değerlendirme sonucu tespit edilen uygunsuzlukları öz değerlendirmeden sonra toplar ve sonuçları hastane yönetimine sunar. Öz değerlendirme yılda en az bir kez yapılır.

**6.13.** Kalite birim sorumlularının ihtiyacı olan eğitimleri planlar ve bu eğitimleri almalarını sağlar.

**6.14.** Bölüm kalite sorumlularının çalışmalarının koordinasyonunu sağlar.

**6.15.** Kurumun ulaştığı kalite düzeyini saptamak amacıyla kriterler geliştirir ve elde edilen veriler sonucunda çalışmaları yönlendirir.



**6.16.** Kurum çalışanlarının faaliyetlere katılımını sağlamak amacıyla gerekli teşvik mekanizmaları oluşturur.

**6.17.** İstatistiksel çalışmalar sonucu ile ortaya çıkan uygunsuzlukların üst yönetime raporlanması, gerektiğinde düzeltici ve/veya önleyici faaliyetlerin planlanması ve takibi işlemlerini yürütür ve denetler.

**6.18.** Dış kaynaklı dokümanların güncelliğini takip eder.

**6.19.** Bütün çalışanların bilgi ve beceri düzeyinin yükseltilmesi, iş ve görev tanımına uygun olarak çalıştırılması, birim içi koordinasyonun sağlanması ve sürekli gelişmeye dayalı bir ortamın yaratılmasının sağlar.

**6.20.** Olağan toplantı gününden en az 2 gün önce toplantı yerini, saatini ve gündemini katılımcılara toplantı çağrı formu ile duyurur. Olağan toplantılarının öncesinde ve sonrasında üst yönetime istenen konularda performans raporu verir.Toplantılarda alınan kararlar içinde düzeltici ve önleyici faaliyet

	<b>T.C.</b> <b>SAĞLIK BAKANLIĞI</b> <b>BİNGÖL DEVLET HASTANESİ</b> <b>KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ</b>			
<b>KOD KY.PR.04</b>	<b>YAY.TRH :24.12.2018</b>	<b>REV.NO :01</b>	<b>REV.TRH 25.05.2019</b>	<b>SAYFA NO :3/3</b>

gerektiren konular varsa bu kararlar için tamamlama süreleri ve sorumlular belirleyerek birim sorumlularına dağıtılır.

**6.21.**Düzenli olarak yıllık birim ziyaret planı yapar. Plan ekibi ve ziyaret yapılacak birimleri önceden bilgilendirir. Ziyaretlere ilişkin bilgileri düzeltici önleyici faaliyet formu ile takip eder ve sonuçlarını bu forma işler. Tespit edilen uygunsuzlukları konularına ve sayısına göre ziyaret dönemlerinden sonra toplar ve sonuçları hastane yönetimi toplantılarına sunar.

**6.22.** Kendisinde toplanan verileri bilgisayar ortamında, yüzde analizi, sütun, çizgi, çubuk, pasta vb. istatistiki tekniklerden biri veya birkaçını kullanarak değerlendirir ve sonuçlardan acil olanları veya üst yönetimin istediklerini hemen, diğerlerini ise gerekli toplantılarında üst yönetime sunar.

**6.23.** Yıl bazında hangi konularda ve ne kadar zamanda kaç adet iyileştirme yapıldığını tespit eder ve toplantılarında üst yönetime sunar.

**6.24.** Güvenlik raporlama sistemi ve gösterge yönetiminin; bildirim, analiz ve raporlama sürecini takip eder.

**6.25.** SKS de belirlenen gösterge verilerini aylık toplar ve üç aylık olarak analiz eder. Hedefleri tutmayan göstergelerle ilgili DÖF başlatır.

**6.26.** Risk yönetim sürecinin takibini iş sağlığı ve güvenliği birimi ile beraber yapar. Gerekli durumlarda DÖF başlatır.

**6.27.** Her birime atanan birim sorumlusu aynı zamanda o birimin kalite birim sorumlusu olarak kabul edilir. Birim sorumluları kalite direktörü ile uyumlu olarak çalışır ve birimlerinin düzeltici ve önleyici faaliyetlerini takip eder.

**6.28.** Hasta yönlendirme tabelalarının düzenlenmesi afiş ve broşürlerin dağıtılması istenen durumlarda bakanlığa veya müdürlüğe bilgi verir.

**6.30.** Belirli periyodlarla bölüm kalite sorumluları ve hastane yönetimi ile değerlendirme toplantıları yapar, yılda iki defa branş bazlı toplantıların yapılması sürecini takip eder.

## **7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formu

Toplantı Çağrı Formu

Sağlıkta Kalite Standartları Rehberi

Hastane Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi

Memnuniyet Anketleri Rehberi

Gösterge Yönetim Rehberi

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>KONTROL EDEN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>