

KU.FR.11	25.09.2018	Revizyon No	Revizyon tarihi	1/2
Proses Tipi:	Ana Proses	Proses X	Alt Proses	
Prosesin Adı: Kalite Yönetim Sistemi				
Proses Sorumlusu: Tüm hastane çalışanları				
Proses Amacı: Hastanedeki işleyiş ve uygulamaların mevzuata uygunluğunu sağlamak, Kurumun hizmetlerini kolaylaştıracak sistem içerisinde tanımlı proses ve dokümantasyonun kontrolünü sağlamak, öz değerlendirmeler, iç denetim de dahil gözden geçirilerek mevcut ve potansiyel uygunsuzlukların kök nedenleri ve bu kök nedenlerin giderilmesine yönelik aksiyonları planlamak ve gerçekleştirmek, Kurumun Sağlık Bakanlığı değerlendirmelerine hazır hale getirilmesini sağlamak				
Proses Hedefi: Doküman yönetiminin sağlanması, toplantı kayıtları ve karar takiplerinin uygun şekilde yapılması, hasta ve çalışan anketlerinin belirlenen periyotlarda ve sayılarda yapılması, Sağlık Bakanlığı kalite ve akreditasyon uygulamalarına bağlı olarak gösterge verilerinin doğru toplanması, Güvenlik Raporlama ve DÖF Sisteminin aktif kullanımını sağlamak ve kök neden analizleri yaparak iyileştirme faaliyetlerini başlatmak, Kalite Yönetimi İtranet sistemin güncelliğini ve kullanıcı dostu olmasını sağlamak, bina turu ve Öz değerlendirmeleri belirlenen periyotlarda gerçekleştirmek ve iyileştirme faaliyetleri başlatmak, hastanedeki kalite kültürünü geliştirmek,				
Proses Girdileri: Yeni bir doküman ihtiyacı, Doküman Revizyon ihtiyacı, Dış kaynaklı dokümanlar, Yazışmaların takibi, Gösterge verileri, GRS ve DÖF bildirimleri, Anketler, Toplantı yönetimi, Öneri/Şikâyetler, Öz Değerlendirme Planı, Mevzuat		Proses Çıktıları: Yayınlanan ve revize edilen dokümanlar, GRS ve DÖF sonuçları, Toplantı kararları, Personel, Hasta/yakını memnuniyet oranı, Öz Değerlendirme Sonuçları, Gösterge Hedefleri, Sağlık Bakanlığı ve TSE değerlendirme sonuçları		
Kaynaklar:İnsan, Bilgisayar, Sağlık Bakanlığı mevzuat ve rehberleri, İtranet, HBYS, Doküman Takip Sistemi, Ofis Ekipmanları, Toplantı Takip Sistemi, DÖF Takip Sistemi, evraklar,				
Proses Faaliyeti: İhtiyaç dahilinde, Dokümantasyon sorumlusu tarafından yeni oluşturulan veya revize edilen dokümanlar, kontrol ve onay işlemlerinin ardından doküman takip sistemine kaydedilir ve intranetten kullanıcılara paylaşılır. Belirlenen periyotlarda, Hasta/hasta yakını ve personellere uygulanan anketler analiz edilir. Çıkan sonuçlar düzenli aralıklarla Kurumsal Kalite Sistemine girilir ve ilgili komitelerde gündem maddeleri arasına eklenir. Belirlenen aralıklarla gösterge verileri toplanır, Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemine girişler yapılır. Gösterge sorumluları ile toplantılar düzenlenerek çıkan sonuçlara göre iyileştirme faaliyetleri düzenlenir. GRS sistemine yapılan bildirimlerin ve DÖF'lerin kök neden analizleri yapılarak iyileştirme çalışmaları yapılır. Komiteler ve Ekipler oluşturularak, toplantılar planlanır, alınan toplantı kararları sisteme kaydedilerek takibi yapılır. Hastanenin belirli noktalarında konumlandırılan öneri/şikâyet kutularındaki geri bildirimler haftalık olarak toplanır, raporlanarak üst yönetime bildirilir. Öneri/Şikâyet Değerlendirme kurulunda görüşülerek, gerekli görüldüğünde geri bildirimler yapılır.Yıllık öz değerlendirme planı oluşturularak,değerlendirmeler yapılır. Kalite Yönetim Birimi tarafından oluşturulacak olan resmi yazışmaların hazırlanması, gönderilmesi ve takibi.				

Kontrol Kriterleri: Doküman kontrolü, Gösterge Hedef Kontrolü, Toplantı karar sistemi kontrolü, Eğitim Yönetimi kontrolü, DÖF ve GRS bildirim kontrolü, Dış Kaynaklı Doküman Kontrolü, Dış Kaynak Kullanımı Kontrolü, Risk analizi kontrolü, kalibrasyon ve Validasyon kontrolü, Dokümanların kullanımı kontrolü	Performans(Gösterge) Kriterleri: Oluşturulan doküman sayısı, sonuçlandırılan DÖF oranı, Gerçekleştirilen toplantı sayısı, Öz değerlendirme (iç denetim) sonuçları, yapılan anket sayısı, Personel, hasta/yakını memnuniyet oranı, Sonuçlandırılan toplantı karar oranı, Gösterge hedeflerine yönelik toplantı sayısı, GRS bildirim sayısı, Kök neden analizi yapılan GRS bildirim sayısı,
Referans Dokümanlar: Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon standartları, ISOKalite Yönetim Sistemi standartları, Mevzuat ve Rehberler, Formlar, Prosedür ve Talimatlar	
Hazırlayan	Onaylayan
Kalite Yönetim Birimi	Başhekim