

GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA  
MERKEZİ

BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME RAPORU

18.02.2022

## İçindekiler

ÖZET .....	3
<b>BİRİM HAKKINDA BİLGİLER</b> .....	3
1. İletişim Bilgileri.....	3
2. Tarihsel Gelişimi.....	3
3. Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri .....	6
<b>LİDERLİK, YÖNETİM ve KALİTE</b> .....	7
<b>A.1. Liderlik ve Kalite</b> .....	7
A.1.1. Yönetim Modeli ve İdari Yapı.....	7
A.1.2. Liderlik .....	8
A.1.3. Kurumsal Dönüşüm Kapasitesi.....	9
A.1.4. İç Kalite Güvencesi Mekanizmaları.....	9
A.1.5. Kamuoyunu Bilgilendirme ve Hesap Verebilirlik .....	10
<b>A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar</b> .....	11
A.2.1. Misyon, Vizyon ve Politikalar.....	11
A.2.2. Stratejik Amaç ve Hedefler .....	12
A.2.3. Performans Yönetimi .....	12
<b>A.3. Yönetim Sistemleri</b> .....	13
A.3.1. Bilgi Yönetim Sistemi .....	13
A.3.2. İnsan Kaynakları Yönetimi .....	14
A.3.3. Finansal Yönetim.....	15
A.3.4. Süreç Yönetimi.....	16
<b>A.4. Paydaş Katılımı</b> .....	17
A.4.1. İç ve Dış Paydaş Katılımı .....	17
<b>A.5. Uluslararasılaşma</b> .....	18
A.5.1. Uluslararasılaşma Süreçlerinin Yönetimi .....	18
A.5.2. Uluslararasılaşma Kaynakları.....	18
A.5.3. Uluslararasılaşma Performansı .....	19
<b>TOPLUMSAL KATKI</b> .....	20
<b>D.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi ve Toplumsal Katkı Kaynakları</b> .....	20
D.1.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi .....	20
D.1.2. Kaynaklar.....	22
<b>D.2 Toplumsal Katkı Performansı</b> .....	22
D.2.1. Toplumsal Katkı Performansının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi .....	22
<b>SONUÇ VE DEĞERLENDİRME</b> .....	23
<b>EK.2 DERECELİ DEĞERLENDİRME ANAHTARI</b> .....	24

## ÖZET

Bu rapor, birimimizin 2020 yılı iç değerlendirme çalışmaları kapsamında iç değerlendirme süreçlerinin izlenmesi, güçlü ve gelişmeye açık yönlerimizin tespit edilerek iyileştirme süreçlerine yön verilmesi ve birimimizde kalite güvencesi kültürünün yaygınlaştırılarak içselleştirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Birim iç değerlendirme raporumuz, “YÖKAK Kurum İç Değerlendirme Raporu Hazırlama Kılavuzu”na uygun olarak geliştirilen “Birim İç Değerlendirme Raporu Hazırlama Kılavuzu” esas alınarak Birim Yöneticileri ve Birim Kalite Direktörlüğü tarafından değerlendirilip hazırlanmıştır.

Raporumuzda iki ana başlık yer almaktadır. a) Liderlik, Yönetim ve Kalite, b) Toplumsal Katkı başlıkları altında yer alan ölçütlerde birimimizde yürütülen faaliyetler açıklanmış, bu faaliyetlere ilişkin kanıtlar sunulmuş ve olgunluk düzeyleri puanlanmıştır.

## BİRİM HAKKINDA BİLGİLER

### 1. İletişim Bilgileri

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi			
	Unvanı, Adı, Soyadı	Telefon	E-posta
Merkez Müdürü	Başhekim/Doç. Dr. Hasan BOSTANCI	03122025090	hasanbostanci@gazi.edu.tr
Merkez Müdür Yardımcısı/Birim Kalite Ekibi Başkanı	Başhekim Yardımcısı/ Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN	03122025097	asiyeud@gazi.edu.tr
<b>Birim Adresi:</b> Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği, Emniyet Mahallesi, Mevlana Bulvarı, No:29, 06560, Yenimahalle/ANKARA			

### 2. Tarihsel Gelişimi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2095 sayılı İktisadi ve Ticari İlimler Akademileri Kadro Kanununun 3. maddesi Akademiler Arası Kurul kararı ile 1750 Sayılı Kanunun 44. maddesi hükmüne uygun olarak ve 1438 Sayılı Kanunun 5. maddesi gereğince 2 Ekim 1979 tarihinde Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisine bağlı olarak kurulmuştur.

Tıp Fakültesinin kuruluş çalışmaları sırasında Sağlık Bakanlığı, Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi ve Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı arasında 26 Mart 1979 tarihinde bir protokol imzalanmış ve hastanemiz Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi adı altında Tıp Fakültesinin Uygulama ve Araştırma Hastanesi olarak, 175 yatak kapasitesiyle hizmete girmiştir.

19 Şubat 1982 yılında Milli Emlak Genel Müdürlüğüne müracaat edilmiş, bugün Tıp Fakültesi ve hastane binalarımızın bulunduğu, Ankara Yenimahalle İlçesi Gazi Mahallesi 7287 ada 3 nolu parselin fakültemize tahsisi talep edilmiş ve 29 Mart 1982’de tahsis işlemi tamamlanmıştır.

20 Temmuz 1982 tarih ve 17760 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Yükseköğretim Kurumları Teşkilatı Hakkında 41 sayılı Kanun Hükmündeki Kararnamenin 10. maddesiyle Gazi Üniversitesi kurulmuş ve “Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Tıp Fakültesi” üniversiteye bağlanarak “Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi” adını almıştır.

29 Mart 1982 yılında Tıp Fakültesine tahsis edilmiş olan 7287 ada 3 nolu parsel, Yükseköğretim Kurumları Teşkilatı Hakkında 41 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Gazi Üniversitesine bağlanan, Kız Teknik Öğretmen Okulunun yurt binalarının üzerinde bulunduğu arazi ile birleştirilerek Araştırma

ve Uygulama Hastanesi binalarının proje çalışmaları başlatılmış, mevcut iki yurt binası ek binalarla bağlanıp gerekli değişiklikler yapılmış ve 300 yataklı, 8 ameliyathanesi bulunan bir hastane ünitesi haline getirilmesi planlanmış, hastane ünitesi haline getirilmesi planlanan iki yurt ve ilave binanın ihalesi 1984 yılında yapılarak 1986 yılında tamamlanmıştır.

Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesinde yürütülen sağlık hizmeti protokolünün iptal edilmesi nedeniyle 300 yatak, 8 ameliyathane ve poliklinik binası tamamlanan hastanemiz hizmete açılmıştır.

1984 yılı Kasım ayı sonunda, 2000 yılları için hizmet verecek bugünkü eğitim ve hastane blokları temeli atılarak inşaatına başlanmıştır.

1994 yılında, bugün C Blok olarak hizmet vermekte olan 15 katlı poliklinik binası ve 1997 yılında yataklı tedavi hizmetleri, laboratuvarlar ve görüntüleme birimlerinin yer aldığı bina D Blok olarak hizmete girmiştir.

10 Haziran 2000 tarihinde Acil Servis ve B Blok açılışı yapılmış ve yeni bölümler hizmete girmiştir. Hastanemiz Acil Servisi 26 Haziran 2001 tarihinde Acil Tıp Anabilim Dalı haline gelmiştir.

Bazı polikliniklere kolay ulaşmayı sağlamak ve yoğunluğu azaltmak için yapılan ek poliklinik binası 29 Nisan 2003 tarihinde hizmete açılmıştır. 2009 yılında E Blok hizmet birimlerinin faaliyete geçmesiyle birlikte hastanemiz 5 blok kapasitesine ulaşmıştır.

15.12.2010 tarihinde Çayyolu Ek Hizmet Birimimiz hizmete girmiştir. 2012 yılından itibaren de Üniversitemiz Merkez Kampüs Polikliniği hastanemize bağlı olarak hizmet vermektedir.

Kuruluşundan itibaren toplumun artan sağlık hizmeti ihtiyaçlarına, tıp ve teknoloji alanında yaşanan değişimlere uyum sağlayarak cevap verebilmeyi benimseyen hastanemiz; modern tıbbın gerektirdiği her türlü teknolojik cihaz ve donanıma sahiptir. Hastanemizde dahili ve cerrahi branşlarda, konusunda uzman ve deneyimli ekiplerimiz tarafından birçok hastalığın ileri tanı ve tedavisi gerçekleştirilmektedir.

Ülkemizde nitelikli sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında yer alan hastanemiz 1007 tescilli yatak kapasitesine sahip, sağlık bilimleri alanında önemli bir eğitim, araştırma ve uygulama merkezidir.

**Tablo-1 Sağlık Hizmetleri**

	YATAK SAYISI			HASTA SAYISI			TETKİK SAYISI		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
ACİL SERVİS HİZMETLERİ	43	30	35	14.580	11.170	12.790			
YOĞUN BAKIM	113	120	109	6.072	5.197	4.802			
KLİNİK	792	519	634	54.192	36.878	39.201			
AMELİYAT HİZMETLERİ				62.874	37.953	58.576			
POLİKLİNİK HİZMETLERİ				1.099.331	702.530	964.878			
LABORATUVAR HİZMETLERİ				751.862	325.470	1.557.051	10.438.118	7.060.318	9.174.829
RADYOLOJİ ÜNİTESİ HİZMETLERİ				248.377	205.726	294.271	460.382	323.981	406.813
NÜKLEER TIP BÖLÜMÜNDE VERİLEN HİZMETLER				7.535	4.643	6.222	9.592	6.860	10.170

**Tablo-2 Akademik ve İdari Çalışan Sayıları**

<b>Akademik Personel</b>	
Profesör	284
Doçent	77
Doktor Öğretim Üyesi	51
Öğretim Görevlisi	73
Araştırma Görevlisi	946
<b>Toplam</b>	<b>1431</b>

<b>İdari Personel</b>	
<b>Kadro: 657/4A</b>	1504
<b>Kadro: 657/4B</b>	496
<b>Toplam</b>	<b>2000</b>

<b>Sürekli İşçiler/4D</b>	
1289	

**Tablo-3 Hastane Alanları**

<b>Birim</b>	<b>Sayı (Adet)</b>	<b>Alan (m2)</b>
A Blok	1	<b>5.550</b>
Yoğun Bakım	13	<b>2.601,57</b>
Genel Ameliyathane	29	<b>2.750,95</b>
Klinik	3 Blok	<b>30.625</b>
Laboratuvar	14	<b>2.839</b>
Eczane	1	<b>605</b>
Radyoloji Alanı	1	<b>2.800</b>
Nükleer Tıp Alanı	1	<b>1.415</b>
Sterilizasyon Alanı	1	<b>1.400</b>
Mutfak	1	<b>1.100</b>
Çamaşırhane	1	<b>457</b>
Teknik Servis	1	<b>800</b>
Poliklinik Binası	1	<b>24.020</b>
İdari, Hizmet, Tetkik Katları	1	<b>17.530</b>
Radyoterapi Alanı	1	<b>684</b>
Hemodiyaliz Alanı	1	<b>1.500</b>
E Blok	1	<b>38.400</b>
<b>Hastane Toplam Kapalı Alanı</b>	<b>-</b>	<b>135.595</b>

Çayyolu Semt Polikliniği	1	<b>3.800</b>
Merkez Kampüs	1	<b>1.370</b>
AMATEM	1	<b>3.500</b>

### 3. Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri

#### Misyon

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi, yaşamın her döneminde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere, çağdaş tıbbın gerektirdiği bilgi ve becerilerle donatılmış, alanında deneyimli kadrosu ile güvenilir, hasta odaklı, insan haklarına saygılı, etik kurallara bağlı, kaliteli tanı ve tedavi hizmeti sunmayı ve yaşama değer katmayı, sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesinde; evrensel standartlarda ve nitelikli eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerinin yürütülmesi için gerekli altyapı desteği sunarak sağlık alanında öncü bir kuruluş olmayı amaçlar.

#### Vizyon

Çağdaş tıp bilimi ve teknolojiyi takip eden, alanında deneyimli kadrosu ile kaliteli sağlık hizmeti sunan, güvenilir, sağlık turizmi açısından Uluslararası düzeyde tanınan ve tercih edilen, hasta ve çalışan memnuniyetini ön planda tutan lider sağlık kuruluşu olmaktır.

#### Değerler

Dürüstlük	Ekip Ruhu
Sorumluluk	Çalışkanlık
Duyarlılık	Güleryüz
Saygı	Hakkaniyet
Özveri	Eşitlik
Şeffaflık	Ekip Ruhu
Liderlik	Çalışkanlık
Hasta Memnuniyeti	

#### Hedefler

- 1. Ulusal ve Uluslararası alanda hasta bakım, takip ve tedavi süreçlerini geliştirmek**
  - 1.1 Kliniklerin fiziksel alt yapılarının revizyonu, ( D blok klinikleri, Tüp Bebek Merkezi vb.)
  - 1.2 Teknolojisi eskiyen cihazların yenilenmesi (Tıbbi cihazlar, soğutma grubu)
  - 1.3 Hastane Ek Binasının tamamlanması
  - 1.4 Hasta bekleme sürelerinin (poliklinik, randevu, yatış, tetkik, görüntüleme, ameliyat vb.) düşürülmesi
  - 1.5 Hasta memnuniyet düzeylerinin artırılması
- 2. Acil ve Komplike Hastalar İçin Bölgesel Merkez Olmak**
  - 2.1 Mevcut Acil Servis biriminin yenilenmesi
  - 2.2 44 Yataklı Yeni Yoğun Bakım Ünitesi Yapımı ve Mevcut Yoğun Bakım Ünitelerinin yenilenmesi ve fiziki altyapılarının düzenlenmesi
  - 2.3 Yoğun Bakım ve Acil Hizmetleri konusunda uzman personel sayısının artırılması

### **3. Verilen Hizmetlerin Kesintisiz ve Devamlı Olarak Yürütülmesini Sağlamak**

- 3.1 Tesis yönetimi ve güvenlik hizmetlerinin aksamadan yürütülmesi
- 3.2 Otopark alanlarının ve hizmetlerinin iyileştirilmesi
- 3.3 Tehlikeli madde, su ve elektrik tesisat sisteminin yenilenmesi
- 3.4 Merkezi Sterilizasyon Biriminin Yenilenmesi

### **4. İnsan Kaynakları Yönetim Sistemini ve Personel Süreçlerini Geliştirmek**

- 4.1 Tüm çalışanların hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi
- 4.2 Kurumsal aidiyetin ve kurum kültürünün benimsenmesi
- 4.3 Personelin genel değerlendirme anketlerindeki memnuniyet düzeylerinin artırılması

### **5. Hasta ve Çalışan Güvenliğini Artırmak**

- 5.1 İş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin artırılması
- 5.2 Enfeksiyon Kontrol Komitesi çalışmalarının desteklenmesi
- 5.3 Hastanedeki kurul ve komite çalışmalarının desteklenmesi

### **6. Hastane Bilişim Altyapı Sistemini Yenilemek**

- 6.1 Network yenilenmesi, IP santral sistemine geçilmesi, Tüm hastanenin kamera sistemi ile donatılması, Kablosuz ağ alt yapısı kurulması, Acil kod sisteminin yenilenmesi, Sunucuların yeni Data Center'a taşınması, Bina içi navigasyon sistemi kurulması
- 6.2 Dijital arşiv sistemi kurulması
- 6.3

Not: Aşağıda yer alan başlıkların yazımı, uygun kanıtların seçimi ve olgunluk derecesinin belirlenmesi için YÖKAK Dereceli Değerlendirme Anahtarı (Ek.2) kullanılmıştır.

## **LİDERLİK, YÖNETİM ve KALİTE**

### **A.1. Liderlik ve Kalite**

**Gereklilikler** Birim, kurumsal dönüşümünü sağlayacak yönetim modeline sahip olmalı, liderlik yaklaşımları uygulamalı, iç kalite güvence mekanizmalarını oluşturmalı ve kalite güvence kültürünü içselleştirmelidir.

#### **A.1.1. Yönetim Modeli ve İdari Yapı**

**Gereklilikler** Birimdeki yönetim modeli ve idari yapı (yasal düzenlemeler çerçevesinde kurumsal yaklaşım, gelenekler, tercihler); karar verme mekanizmaları, kontrol ve denge unsurları; kurulların çok sesliliği ve bağımsız hareket kabiliyeti, paydaşların temsil edilmesi; öngörülen yönetim modeli ile gerçekleşmenin karşılaştırılması, modelin kurumsallığı ve sürekliliği yerleşmiş ve benimsenmiştir. Organizasyon şeması ve bağlı olma/rapor verme ilişkileri; görev tanımları, iş akış süreçleri vardır ve gerçeği yansıtmaktadır; ayrıca bunlar yayımlanmış ve işleyişin paydaşlarca bilinirliği sağlanmıştır.

#### **Planlama Faaliyetleri**

#### **Uygulama Faaliyetleri**

#### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

Birimimizde tüm süreçler (poliklinikler, klinikler, laboratuvarlar, yoğun bakımlar, görüntüleme hizmetleri, idari ve destek birimleri) prosedürlerde ve iş akış şemalarında tanımlanmıştır. Süreçlerle uyumlu yetki, görev ve sorumluluklar belirlenmiş, birim organizasyon şeması, görev tanımları formu ve ilgili prosedürlerde tanımlanmıştır. Birim organizasyon şeması ve iş akış şemaları hastanemiz web sayfasında güncel haliyle yayınlanmış ve işleyişin paydaşlarca bilinirliği sağlanmıştır.

Hastanemiz bünyesinde 22 adet komite/kurul ve ekip oluşturulmuştur. Komite/kurul\ekiplerin görev ve sorumlulukları ilgili prosedürde tanımlanmıştır.

## **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

4

#### **Kanıtlar**

- A.1.1.a Organizasyon Şeması
- A.1.1.b Kurul, Komite, Ekip Toplantı Tutanakları
- A.1.1.c Bölüm/Birim İş Akış Şemaları
- A.1.1.d Bölüm/Birim Prosedürleri
- A.1.1.e Görev Tanımları
- A.1.1.f Web Sayfası Görüntüleri
- A.1.1 g Komite, Kurul ve Ekip Yönetimi Prosedürü

#### **A.1.2. Liderlik**

**Gereklilikler** Birimde rektörün ve süreç liderlerinin yükseköğretim ekosistemindeki değişim, belirsizlik ve karmaşıklıkla dikkate alan bir kalite güvencesi sistemi ve kültürü oluşturma konusunda sahipliği ve motivasyonu yüksektir. Bu süreçler çevik bir liderlik yaklaşımıyla yönetilmektedir.

Birimlerde liderlik anlayışı ve koordinasyon kültürü yerleşmiştir. Liderler birimin değerleri ve hedefleri doğrultusunda stratejilerinin yanı sıra; yetki paylaşımını, ilişkileri, zamanı, kurumsal motivasyon ve stresi de etkin ve dengeli biçimde yönetmektedir.

Akademik ve idari birimler ile yönetim arasında etkin bir iletişim ağı oluşturulmuştur.

Liderlik süreçleri ve kalite güvencesi kültürünün içselleştirilmesi sürekli değerlendirilmektedir.

#### **Planlama Faaliyetleri**

#### **Uygulama Faaliyetleri**

#### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

Birimimizde liderlik anlayışı ve koordinasyon kültürü yerleşmiştir. Hastanemiz bünyesinde kalite yönetim sistemini destekleyici 22 adet komite/kurul ve ekip bulunmaktadır. Bu komite/kurul ve ekiplerin başkanları başhekim ve başhekim yardımcısı düzeyindedir. Ayrıca hastane başmüdürü, müdür ve müdür yardımcıları da toplantılara üye olarak katılmaktadır. Planlanan ve gerçekleşen iyileştirme faaliyetleri aracılığıyla uygulama sonuçları izlenmektedir.

Kurum iç değerlendirmelerinde ve TSE/ Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen dış değerlendirmelerde liderlik ve kalite güvencesi kültürü gözden geçirilmekte, değerlendirilmekte ve bu doğrultuda iyileştirici faaliyetler düzenlenmektedir.

## **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

## **Kanıtlar**

- A.1.1.b Kurul, Komite, Ekip Toplantı Tutanaqları
- A.1.2.a Yönetimin Gözde Geçirme Toplantı Tutanağı
- A.1.2.b Düzeltici Önleyici Faaliyet İzlem Formu

### **A.1.3. Kurumsal Dönüşüm Kapasitesi**

**Gereklilikler** Yükseköğretim ekosistemi içerisindeki değişimleri, küresel eğilimleri, ulusal hedefleri ve paydaş beklentilerini dikkate alarak birimin geleceğe hazır olmasını sağlayan çevik yönetim yetkinliği vardır. Geleceğe uyum için amaç, misyon ve hedefler doğrultusunda birimi dönüştürmek üzere değişim yönetimi, kıyaslama, yenilik yönetimi gibi yaklaşımları kullanır ve kurumsal özgünlüğü güçlendirir.

## **Planlama Faaliyetleri**

## **Uygulama Faaliyetleri**

## **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

## **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

1

## **Kanıtlar**

### **A.1.4. İç Kalite Güvencesi Mekanizmaları**

**Gereklilikler** PUKÖ çevrimleri itibarı ile takvim yılı temelinde hangi işlem, süreç, mekanizmaların devreye gireceği planlanmış, akış şemaları belirlidir. Sorumluluklar ve yetkiler tanımlanmıştır. Gerçekleşen uygulamalar değerlendirilmektedir.

Takvim yılı temelinde tasarlanmayan diğer kalite döngülerinin ise tüm katmanları içerdiği kanıtları ile belirtilmiştir, gerçekleşen uygulamalar değerlendirilmektedir.

Birime ait kalite güvencesi rehberi gibi, politika ayrıntılarının yer aldığı erişilebilen ve güncellenen bir doküman bulunmaktadır.

## **Planlama Faaliyetleri**

## **Uygulama Faaliyetleri**

## **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

Birimimizde uygulanan TSE EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi ve Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları gereği yılda en az bir kez tüm süreçleri (poliklinik, klinik, laboratuvar, görüntüleme hizmetleri, kapsayacak şekilde Özdeğerlendirme/İç Tetkik gerçekleştirilmektedir. 01-12/11/2021 tarihleri arasında 111 süreç 44 iç tetkikçi tarafından değerlendirilmiştir.

Birimimizin tüm alanları için süreçler ve iş akış şemaları oluşturulmuş, Kalite Yönetim Sistemine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar (Kalite Direktörü, Kalite Ekibi, Bölüm\Birim Kalite Sorumluları, Kurullar, Komiteler, Ekipler) belirlenmiş, görev tanımları formları ve ilgili bölüm/birim prosedürlerinde tanımlanmıştır. Tüm süreçler PUKÖ çevrimi ile yönetilmektedir.

Birimimizde yılda en az bir kez tüm süreçleri kapsayacak şekilde Özdeğerlendirme/İç Tetkik gerçekleştirilmektedir. Özdeğerlendirme \İç Tetkik sonrasında tespit edilen uygunsuzluklar, Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarında görüşülmekte uygunsuzlukları gidermeye yönelik gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmaktadır. Ayrıca bu uygunsuzluklar ve yapılacak iyileştirme faaliyetleri Dış Değerlendirmelerde TSE ve Sağlık Bakanlığı tetkik ekipleri ile paylaşılmakta ve birlikte değerlendirmeler yapılmaktadır.

Hastanemizin her bölüm \Birimi için en az 2 Kalite Sorumlusu belirlenmiştir ve iç tetkik ekiplerimiz kalite sorumlularından seçilerek ve eğitimler ile İç Kalite Güvence uygulamalarının tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi sağlanmaktadır.

Birime ait politika ayrıntılarının yer aldığı erişilebilir ve güncellenen bir doküman olarak Kalite El Kitabımız oluşturulmuştur. (A.1.4.a)

## **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

4

#### **Kanıtlar**

A.1.4.a Kalite El Kitabı

A.1.4.b Özdeğerlendirme /İç Tetkik Planı

A.1.4.c iç tetkik soru listeleri

A.1.1.b Kurul, Komite, Ekip Toplantı Tutanaqları

A.1.2.a Yönetimin Gözde Geçirme Toplantı Tutanağı

A.1.2.b Düzeltici Önleyici Faaliyet İzlem Formu

### **A.1.5. Kamuoyunu Bilgilendirme ve Hesap Verebilirlik**

**Gereklilikler** Kamuoyunu bilgilendirme ilkesel olarak benimsenmiştir, hangi kanalların nasıl kullanılacağı tasarlanmıştır, erişilebilir olarak ilan edilmiştir ve tüm bilgilendirme adımları sistematik olarak atılmaktadır. Birimin internet sayfası doğru, güncel, ilgili ve kolayca erişilebilir bilgiyi vermektedir; bunun sağlanması için gerekli mekanizma mevcuttur. Kurumsal özerklik ile hesap verebilirlik kavramlarının birbirini tamamladığına ilişkin bulgular mevcuttur.

İç ve dışa hesap verme yöntemleri kurgulanmıştır ve uygulanmaktadır. Sistemattir, ilan edilen takvim çerçevesinde gerçekleştirilir, sorumluları nettir. Alınan geri beslemeler ile etkinliği değerlendirilmektedir. Birimin bölgesindeki dış paydaşları, ilişkili olduğu yerel yönetimler, diğer üniversiteler, kamu kurumu kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, sanayi ve yerel halk ile ilişkileri değerlendirilmektedir.

#### **Planlama Faaliyetleri**

#### **Uygulama Faaliyetleri**

#### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

Kamuoyunu bilgilendirme ilkesel olarak benimsenmiştir. Birim web sayfası doğru, güncel, ilgili ve kolayca erişilebilir bilgiyi vermektedir. Web sayfamız Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında gözden geçirilip güncellenmektedir.

Birimimizde yürütülen hizmetler, hizmete erişim ilgili bilgiler, Stratejik Plan, Faaliyet Raporları, Birim İç Değerlendirme Raporları vb. web sayfamız aracılığıyla kamuoyu ile paylaşılmaktadır.

Birimimizden istenen, birimize ait istatistiksel hizmet verileri ilgili kurum ve kuruluşlarla (Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Gazi Üniversitesi Rektörlük Makamı, Yargı Organları vb.) paylaşılmaktadır.

## **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

4

#### **Kanıtlar**

A.1.5.a Web Sayfamız (<https://hastane.gazi.edu.tr/>)

A.1.5.b İstatistik Ve Raporlama Birimi Prosedürü

## **A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar**

**Gereklilikler** Birim; misyon, vizyon ve amacını gerçekleştirmek üzere kurumun politikaları doğrultusunda oluşturduğu stratejik amaçlarını ve hedeflerini planlayarak uygulamalı, performans yönetimi kapsamında sonuçlarını izleyerek değerlendirmeli ve kamuoyuyla paylaşmalıdır.

### **A.2.1. Misyon, Vizyon ve Politikalar**

**Gereklilikler** Misyon ve vizyon ifadesi tanımlanmıştır, birim çalışanlarınca bilinir ve paylaşılır. Birime özeldir, sürdürülebilir bir gelecek yaratmak için yol göstericidir.

Kalite güvencesi politikası vardır, paydaşların görüşü alınarak hazırlanmıştır. Politika birim çalışanlarınca bilinir ve paylaşılır. Politika belgesi yalın, somut, gerçekçidir. Sürdürülebilir kalite güvencesi sistemini ana hatlarıyla tarif etmektedir. Kalite güvencesinin yönetim şekli, yapılanması, temel mekanizmaları, merkezi kurgu ve birimlere erişimi açıklanmıştır.

Aynı şekilde eğitim ve öğretim (uzaktan eğitimi de kapsayacak şekilde), araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı, yönetim sistemi ve uluslararasılaşma politikaları vardır ve kalite güvencesi politikası için sayılan özellikleri taşır. Bu politika ifadelerinin somut sonuçları, uygulamalara yansıyan etkileri vardır; örnekleri sunulabilir.

### **Planlama Faaliyetleri**

### **Uygulama Faaliyetleri**

### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

Misyon, vizyon ve kalite politikamız oluşturulmuştur ve web sayfasında yayınlanarak iç ve dış paydaşlarla paylaşılması sağlanmıştır. A.2.1.a Web Sayfası Görüntüleri

Kalite politikamızın yasal çerçeve ve kalite standartları doğrultusunda paydaş görüşleri alınarak dönemsel olarak güncellenmesi sağlanmaktadır. A.2.1.b Toplantı Tutanak Formu

Ayrıca iç tetkiklerde çalışanlar tarafından kalite politikasının anlaşılıp anlaşılmadığı sorgulanmaktadır.  
A.2.1.c İç tetkik Soru Listesi

### **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

#### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

4

#### **Kanıtlar**

A.2.1.a Web Sayfası Görüntüleri

A.2.1.b Toplantı Tutanak Formu

A.2.1.c İç tetkik Soru Listesi

#### **A.2.2. Stratejik Amaç ve Hedefler**

**Gereklilikler** Stratejik Plan kültürü ve geleneği vardır, mevcut dönemi kapsayan, kısa/orta uzun vadeli amaçlar, hedefler, alt hedefler, eylemler ve bunların zamanlaması, önceliklendirilmesi, sorumluları, mali kaynakları bulunmaktadır, tüm paydaşların görüşü alınarak (özellikle stratejik paydaşlar) hazırlanmıştır. Mevcut stratejik plan hazırlanırken bir öncekinin ayrıntılı değerlendirilmesi yapılmış ve kullanılmıştır; yıllık gerçekleşme takip edilerek ilgili kurullarda tartışılmakta ve gerekli önlemler alınmaktadır.

#### **Planlama Faaliyetleri**

#### **Uygulama Faaliyetleri**

#### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

### **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

#### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

4

#### **Kanıtlar**

A.2.2.a Stratejik\_Plan\_2019-2023

A.1.1.b Kurul, Komite, Ekip Toplantı Tutanakları

#### **A.2.3. Performans Yönetimi**

**Gereklilikler** Birimde performans yönetim sistemleri bütünsel bir yaklaşımla ele alınmaktadır. Bu sistemler birimin stratejik amaçları doğrultusunda sürekli iyileşmesine ve geleceğe hazırlanmasına yardımcı olur. Bilişim sistemleriyle desteklenerek performans yönetiminin doğru ve güvenilir olması sağlanmaktadır. Birimin stratejik bakış açısını yansıtan performans yönetimi süreç odaklı ve paydaş katılımıyla sürdürülmektedir.

Tüm temel etkinlikleri kapsayan kurumsal (genel, anahtar, uzaktan eğitim vb.) performans göstergeleri tanımlanmış ve paylaşılmıştır.

Performans göstergelerinin iç kalite güvencesi sistemi ile nasıl ilişkilendirildiği tanımlanmış ve yazılıdır. Kararlara yansımaları örnekleri mevcuttur.

Yıllar içinde nasıl değiştiği takip edilmektedir, bu izlemenin sonuçları yazılıdır ve gerektiği şekilde kullanıldığına dair kanıtlar mevcuttur.

### **Planlama Faaliyetleri**

### **Uygulama Faaliyetleri**

### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

4

### **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

### **Kanıtlar**

A.2.3.a Kalite Gösterge İzlemleri

A.2.3 b Kalite Göstergeleri İç Paydaş Eğitim Kayıt Formu

### **A.3. Yönetim Sistemleri**

**Gereklilikler** Birim, stratejik hedeflerine ulaşmayı nitelik ve nicelik olarak güvence altına almak amacıyla mali, beşerî ve bilgi kaynakları ile süreçlerini yönetmek üzere bir sisteme sahip olmalıdır.

#### **A.3.1. Bilgi Yönetim Sistemi**

**Gereklilikler** Birimin önemli etkinlikleri ve süreçlerine ilişkin veriler toplanmakta, analiz edilmekte, raporlanmakta ve stratejik yönetim için kullanılmaktadır. Akademik ve idari birimlerin kullandıkları Bilgi Yönetim Sistemi entegredir ve kalite yönetim süreçlerini beslemektedir.

### **Planlama Faaliyetleri**

### **Uygulama Faaliyetleri**

### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

Birimin önemli etkinlikleri ve süreçlerine ilişkin veriler toplanmakta, analiz edilmekte, raporlanmakta ve stratejik yönetim için kullanılmaktadır. Bilgi Yönetim Sistemine İlişkin yapılan tüm faaliyetler

A.3.1 a-Bilgi İşlem Prosedürü, A.3.1.b Bilgi İşlem İş Akış Şeması, A.3.1.c İstatistik ve Raporlama Birimi Prosedürü, A.3.1.d İstatistik ve Raporlama Birimi Akış Şemasında, ve A.3.1.e Bilgi İşlem Donanım Akış Şemasında tanımlanmıştır.

Akademik ve idari birimlerin kullandıkları Bilgi Yönetim Sistemi entegredir ve kalite yönetim süreçlerini beslemektedir. (A.3.1.f Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Modülleri Ekran Görüntüleri)

Birimde entegre bilgi yönetim sistemi izlenmekte ve iyileştirilmektedir. (HBYS Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi ve Hbys'nin Devre Dışı Kaldığı Süre Kalite Göstergesi olarak Takip edilmektedir. A.3.1.g Bilgi İşlem Kalite Göstergeleri)

### **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

**4**

### **Kanıtlar**

- A.3.1.a Bilgi İşlem Prosedürü
- A.3.1.b Bilgi İşlem İş Akış Şeması
- A.3.1.c İstatistik ve Raporlama Birimi Prosedürü
- A.3.1.d İstatistik ve Raporlama Birimi Akış Şeması
- A.3.1.e Bilgi İşlem Donanım Akış Şeması
- A.3.1.f Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Modülleri Ekran Görüntüleri
- A.3.1.g Bilgi İşlem Kalite Göstergeleri
- A.3.1.h e order iyileştirme çalışmaları

### **A.3.2. İnsan Kaynakları Yönetimi**

**Gereklilikler** İnsan kaynakları yönetimine ilişkin kurallar ve süreçler bulunmaktadır. Şeffaf şekilde yürütülen bu süreçler birimde herkes tarafından bilinmektedir. Eğitim ve liyakat öncelikli kriter olup yetkinliklerin artırılması temel hedeftir.

Çalışan (akademik-idari) memnuniyet, şikâyet ve önerilerini belirlemek ve izlemek amacıyla geliştirilmiş olan yöntem ve mekanizmalar uygulanmakta ve sonuçları değerlendirilerek iyileştirilmektedir.

### **Planlama Faaliyetleri**

### **Uygulama Faaliyetleri**

### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

Hastanemizde tüm çalışan personellerin özlük haklarının belirlenen mevzuata uygun olarak düzenli bir şekilde yürütülmesi amacıyla “İdari Personel Hizmetleri Prosedürü” ve Sürekli İşçi Tahakkuk ve Özlük Birimi Prosedürü” hazırlanmıştır. Ağ paylaşımı yoluyla tüm çalışanların paylaşımına açılmıştır. Ayrıca Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında kurumdan ayrılan personel oranı ve kurum içi yer değiştiren personel oranı takip edilmektedir.

Hastanemizde eğitimle ilgili tüm faaliyetleri planlamak, koordine etmek ve yürütmek üzere Eğitim Komitesi kurulmuştur. Eğitim Komitesi bu faaliyetlerini alt çalışma ve yürütme birimi olan Hemşirelik Eğitim Birimi ve Staj Birimi aracılığıyla gerçekleştirir.

Çalışanlarımızın görevlere uyumlarını sağlama üzere genel ve bölüm uyum eğitimleri gerçekleştirilmekte ve kayıt altına alınmaktadır.

2021 yılında yapılan hizmet içi eğitimlerimiz:

1. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından düzenlenen Sağlık İlişkili Hastane Enfeksiyonları konulu hizmet içi eğitim, EKK Hemşiresi Figen Bay tarafından 31/03/2021 tarihinde TEAMS üzerinden yapılmıştır. 240 hemşire katılım sağlamıştır.
2. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından düzenlenen Temel Yaşam Desteği ve İleri Kardiyovasküler Yaşam Desteğinde Güncel Yaklaşımlar konulu eğitimi 09/04/2021 tarihinde Prof. Dr. Ahmet Demircan tarafından yapılmıştır. Eğitime 253 hemşire katılmıştır.
3. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından düzenlenen Basınç Yaralanması Risk Değerlendirmesi, Önlenmesi ve Yara Bakımı konulu eğitim 15/04/2021 tarihinde yara bakım ünitesi hemşiresi Aysel Kılıç tarafından yapılmıştır. Eğitime 173 hemşire katılmıştır.
4. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından düzenlenen Basınç Yaralanması Risk Değerlendirmesi, Önlenmesi ve Yara Bakımı konulu eğitim 28/04/2021 tarihinde yara bakım ünitesi hemşiresi Aysel Kılıç ve Burçin Yılmaz tarafından yapılmıştır. Eğitime 101 hemşire katılmıştır.
5. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından düzenlenen Hasta Güvenliği Uygulamaları konulu eğitimi 06/05/2021 tarihinde Hemşirelik Hizmetleri Müdür yardımcısı Emine Gökgöz tarafından yapılmıştır. Eğitime 203 hemşire katılım sağlamıştır.
6. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından düzenlenen eğitimlerden; Stres Yönetimi konulu eğitim 04/06/2021 tarihinde Psikiyatri ABD öğretim görevlisi Dr. Hakan Aksu tarafından yapılmıştır. Eğitime 153 hemşire katılım sağlamıştır.
7. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından düzenlenen Acil Çağrı Kodları konulu eğitim 11/06/2021 tarihinde gözetmen hemşire Faruk Şafak tarafından yapılmıştır. Eğitime 152 hemşire katılım sağlamıştır.

Birimimizde yılda bir kez çalışan memnuniyeti anketi uygulanmakta ve çalışanlar tarafından iletilen şikâyet ve öneriler, Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Komitesi tarafından değerlendirilmektedir.

### **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

#### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

4

#### **Kanıtlar**

- A.3.2 a İdari Personel Hizmetleri Prosedürü
- A.3.2 b Sürekli İşçi Tahakkuk ve Özlük Birimi Prosedürü
- A.3.2 c Eğitim Planı, Eğitim Kayıt Form Örnekleri
- A.3.2.d Çalışan Geri Bildirim Anketi Formu
- A.3.2.e Çalışan Geri Bildirim Anket Sonuçları
- A.3.2.f Eğitim Yönetimi Prosedürü
- A.3.2.g Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Toplantı Tutanağı

#### **A.3.3. Finansal Yönetim**

**Gereklilikler** Temel gelir ve gider kalemleri tanımlanmıştır ve yıllar içinde izlenmektedir.

#### **Planlama Faaliyetleri**

#### **Uygulama Faaliyetleri**

Birimimizde finansal kaynakların yönetimine ilişkin süreçler Gider Tahakkuk Birimi Hizmetleri Prosedürü ve Muhasebe Birim Hizmetleri Prosedüründe tanımlanmıştır.

Mali bilgiler 2021 yılı faaliyet raporumuzda sunulmuştur.

## **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

### **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

#### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

3

#### **Kanıtlar**

A.3.3.a YÖN.PR.034 Gider tahakkuk birimi hizmetleri prosedürü

A.3.3.b Muhasebe birim hizmetleri prosedürü

A.3.3.c 2021 Yılı GÜ Sağ. Arş. ve Uyg. Merkezi Faaliyet Raporu

#### **A.3.4. Süreç Yönetimi**

**Gereklilikler** Tüm etkinliklere ait süreçler ve alt süreçler (uzaktan eğitim dahil) tanımlıdır. Süreçlerdeki sorumlular, iş akışı, yönetim, sahiplenme yazılıdır ve birimce içselleştirilmiştir. Süreç yönetiminin başarılı olduğunun kanıtları vardır. Sürekli süreç iyileştirme döngüsü kurulmuştur.

#### **Planlama Faaliyetleri**

#### **Uygulama Faaliyetleri**

#### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

Tüm etkinliklere ait süreçlerimiz Süreç Etkileşim İlişki Haritasında (A.3.4.a) tanımlanmıştır. Her sürecin sorumluları vardır.

Süreçlerdeki sorumlular, iş akışı, sürecin yönetimi ilgili prosedür, talimat ve iş akış şemalarında tanımlanmıştır. (A.1.1 c bölüm-birim iş akış şemaları) (A.1.1 d bölüm-birim prosedürleri)

Sürekli süreç iyileştirme döngüsü kurulmuştur. Tüm süreçler yılda en az bir kez yapılan İç Tetkiklerle değerlendirilmekte, uygunsuzluk tespit edilen süreçlere ilişkin düzeltici veya önleyici faaliyet gerçekleştirilmektedir. 2021 yılında faaliyet ve iç tetkikler esnasında 213 adet düzeltici ve önleyici faaliyet gerçekleştirilmiştir. Bunlardan 123 adeti kapatılmıştır. Altyapı gerektiren ve uzun vadede kapatılabilecek düzeltici ve önleyici faaliyetler Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantılarında değerlendirilmekte ve sürece ilişkin kararlar alınmaktadır. (A.1.2.a YGG 2021 toplantı tutanak formu)

Süreç yönetiminin başarılı olduğunun kanıtları vardır. Hastanemiz 1998 yılından itibaren Kalite Yönetim Sistemi belgesine sahiptir. Türk Standartları Enstitüsü tarafından Kasım ayında yapılan 2. Gözetim Tetkiki başarılı bir şekilde gerçekleşmiş ve belgemizin geçerliliği onaylanmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında yapılan değerlendirme sonucu 100 puan üzerinden 85 puan almış bulunmaktayız. (A.3.4.b Kalite Yönetim Sistem Belgesi A.3.4.c Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Puanı)

Süreçlere ilişkin sonuçlar, performans göstergeleriyle ve gösterge kartlarıyla dönemsel olarak izlenmekte, uygun olmayan durumlar için düzeltici faaliyet gerçekleştirilmekte ve paydaşların görüşleri alınmakta, sonuçlar, paydaşlarla birlikte değerlendirilerek önlemler alınmaktadır.(A.3.4.d SKS Kalite Gösterge İzlemleri)

## **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

4

#### **Kanıtlar**

- A.3.4.a Süreç Etkileşim İlişki Haritası
- A.1.1 c Bölüm-birim iş akış şemaları
- A.1.1 d Bölüm-birim prosedürleri
- A.1.2.b Düzeltici önleyici faaliyet izlem formu
- A.1.2.a YGG 2021 toplantı tutanak formu
- A.3.4.b Kalite Yönetim Sistem Belgesi
- A.3.4.c Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Puanı
- A.3.4.d SKS Kalite Gösterge İzlemleri

#### **A.4. Paydaş Katılımı**

**Gereklilikler** Birim, iç ve dış paydaşlarının stratejik kararlara ve süreçlere katılımını sağlamak üzere geri bildirimlerini almak, yanıtlamak ve kararlarında kullanmak için gerekli sistemleri oluşturmalı ve yönetmelidir.

##### **A.4.1. İç ve Dış Paydaş Katılımı**

**Gereklilikler** İç ve dış paydaşların karar alma, yönetim ve iyileştirme süreçlerine katılım mekanizmaları tanımlanmıştır.

Gerçekleşen katılımın etkinliği, kurumsallığı ve sürekliliği irdelenmektedir. Uygulama örnekleri, iç kalite güvencesi sisteminde özellikle öğrenci ve dış paydaş katılımı ve etkinliği mevcuttur. Sonuçlar değerlendirilmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.

#### **Planlama Faaliyetleri**

#### **Uygulama Faaliyetleri**

##### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

Kalite Yönetim Sistemi çalışmalarına katkı sağlama amacına yönelik; iç paydaşların (çalışanlar) ve dış paydaşların (hasta/hasta yakınları/işbirliği yapılan kurum ve kuruluşlar/hizmet alımları) katkılarını almak için anket uygulamaları (Hasta ve Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Anketleri) sonuçları, Hasta Hakları Birimine iletilen memnuniyet, şikâyet ve öneri dilekçeleri, CİMER' e elektronik posta ile yapılan şikâyet, memnuniyet ve öneriler, birimize e-posta yoluyla gönderilen memnuniyet, şikâyet ve öneri postaları birimiz üst yönetimi ile birlikte değerlendirilmekte, ihtiyaç doğrultusunda düzeltici faaliyetler yürütülmektedir. Aynı zamanda yapılan düzeltme veya düzeltici faaliyetlerle ilgili olarak paydaşlara geri bildirimlerde bulunmaktadır.

## **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

4

#### **Kanıtlar**

- A.4.1.a İç ve Dış Paydaş Listesi
- A.4.1.b Hasta ve Çalışan Geri Bildirim Anketleri
- A.4.1.c Memnuniyet-Şikâyet-Öneri Formu
- A.4.1.d Hasta ve Çalışan Geri Bildirim Anket Sonuçları
- A.4.1.e Hasta Hakları Birimine İletilen Şikâyet-Memnuniyet ve Öneriler
- A.4.1.f Web Sayfası İletişim Ekranı
- A.4.1.g Hasta Haklarına İletilen Örnek Şikâyet Dilekçe ve Cevaplar

## **A.5. Uluslararasılaşma**

**Gereklilikler** Birim, uluslararasılaşma stratejisi ve hedefleri doğrultusunda süreçlerini yönetmeli, organizasyonel yapılanmasını oluşturmalı ve sonuçlarını periyodik olarak izleyerek değerlendirmelidir.

### **A.5.1. Uluslararasılaşma Süreçlerinin Yönetimi**

**Gereklilikler** Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsallaşmıştır. Kurumun uluslararasılaşma politikası ile uyumludur. Yönetim ve organizasyonel yapının işleyişi ve etkinliği irdelenmektedir.

#### **Planlama Faaliyetleri**

#### **Uygulama Faaliyetleri**

#### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

Birimimizde uluslararasılaşma sürecinde; yabancı uyruklu hastalara yönelik hizmet sunumu "Uluslararası Hasta Ofisi" aracılığıyla yürütülmektedir. Bu birimin açık kalabilmesi ve faaliyetlerine devam edebilmesi için; 13.07.2017 tarih ve 30123 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik" ekinde yer alan "Sağlık tesisi başvuru tarihinden/denetiminden önce yapılan son sağlıkta kalite standartları değerlendirmesinden asgari 85 puan almış olmalıdır" hükmü gereği birimizde yürütülen Sağlık Bakanlığı kalite değerlendirmeleri önem taşımaktadır. Birimizde değerlendirilmelerden almış olduğu kalite puanı sağlık turizmi konusunda birimizin yetkilendirilmesinde belirleyici bir kriterdir.

#### **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

#### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

4

#### **Kanıtlar**

- A.5.1. a Uluslararası Hasta Ofisi Birimi Prosedürü
- A.5.1. b Medicamap - Sağlık Bakanlığı Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi
- A.5.1. c Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu

### **A.5.2. Uluslararasılaşma Kaynakları**

**Gereklilikler** Uluslararasılaşmaya ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış, kurumsallaşmıştır, bu kaynaklar nicelik ve nitelik bağlamında izlenmekte ve değerlendirilmektedir.

#### **Planlama Faaliyetleri**

## **Uygulama Faaliyetleri**

### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

Uluslararası Hasta Ofisine ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış, kurumsallaşmıştır, bu kaynaklar nicelik ve nitelik bağlamında izlenmekte ve değerlendirilmektedir.

Uluslararası Hasta Ofisi 7/24 hizmet vermektedir. Uluslararası Hasta Ofisi hastanemizin zemin katında yer almaktadır. Hasta bekleme salonu, sekreter deski bulunmaktadır. Ayrıca tercümanlar için bir ofis mevcuttur.

Bölümümüzde faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için 14 kişilik uygun eğitim, beceri ve deneyime sahip personel görev yapmaktadır. Ofis bünyesinde yabancı hastalara kendi dillerinde hizmet veren Lisans Mezunu dil belgesine sahip yetkili ve yetkin Personel bulunmaktadır.2021 yılında

Ofiste Hizmetlerin yürütülmesi için gerekli olan malzeme ve cihaz (bilgisayar, yazıcı, internet, telefon) bulunmaktadır. Covid-19 sebebiyle ofiste hava temizleme cihazı kullanılmaya başlanmıştır.

### **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

#### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

4

#### **Kanıtlar**

A.5.1. a Uluslararası Hasta Ofisi Birimi Prosedürü

A.5.1.b Medicamap - Sağlık Bakanlığı Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi

A.5.1. c Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu

#### **A.5.3. Uluslararasılaşma Performansı**

**Gereklilikler** Uluslararasılaşma performansı izlenmektedir. İzlenme mekanizma ve süreçleri yerleşiktir, sürdürülebilirdir, iyileştirme adımlarının kanıtları vardır.

## **Planlama Faaliyetleri**

## **Uygulama Faaliyetleri**

### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

A.5.3.a 2021 yılı Hizmet Süreci Değerlendirme Formu ve A.5.1.c Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu ile birim performans izlemleri yapılmaktadır.

### **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

#### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

4

#### **Kanıtlar**

A.5.3.a 2021 yılı Hizmet Süreci Değerlendirme Formu

A.5.1.c Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu

## **TOPLUMSAL KATKI**

### **D.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi ve Toplumsal Katkı Kaynakları**

**Gereklilikler** Birim, toplumsal katkı faaliyetlerini stratejik amaçları ve hedefleri doğrultusunda yönetmelidir. Bu faaliyetler için uygun fiziki altyapı ve mali kaynaklar oluşturmalı ve bunların etkin şekilde kullanımını sağlamalıdır.

#### **D.1.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi**

**Gereklilikler** Birimin toplumsal katkı politikası birimin toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsallaşmıştır. Toplumsal katkı süreçlerinin yönetim ve organizasyonel yapısı kurumun toplumsal katkı politikası ile uyumludur, görev tanımları belirlenmiştir. Yapının işlerliği izlenmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.

#### **Planlama Faaliyetleri**

#### **Uygulama Faaliyetleri**

-Hastanemiz Sağlık Bakanlığı onaylı "Bebek Dostu Hastane"dir. Bu ünvanı 2002 yılında almıştır. Anne sütü ve emzirmenin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde de desteklenmesi ve yaygınlaştırılması amacı ile Yenidoğan Yoğun Bakım ünitemiz de 2018 yılında “Bebek Dostu Yenidoğan Yoğun Bakım ” ünvanını almıştır. (D.1.1.a Bebek Dostu Hastane Afişi)

-Birimimizde her yıl Sağlık Bakanlığı işbirliği ile anne sütü ve emzirme danışmanlığı eğitimi verilmektedir. Ayrıca hastanemiz E Blok zemin katında Emzirme Destek ve Relaktasyon Birimimiz hizmet vermektedir. Birimimizde ayaktan tedavi hizmeti alan anne ve bebeklerin; kısa sürede anne sütü ve emzirme ile ilgili sorunlarının tanınıp çözümlenmesine ilişkin tedavi almaları sağlanmaktadır. (D.1.1.b Emzirme Destek ve Relaktasyon Birimi Prosedürü)

(D.1.1.c Emzirme ve Anne sütü Afişler) (D.1.1.d Emzirme ve Anne Sütü Derneği Etkinlik Afişi) (D.1.1.e Emzirme Rehberi) (D.1.1.f Emzirme Danışmanlığı ve Relaktasyon Semineri Afişi) (D.1.1.g Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi Katılımcı Listesi ve Örnek Sertifika)

-Hastanemiz Göğüs Hastalıkları 11. katta Sigara Bıraktırma Polikliniğimiz Hizmet vermektedir. (D.1.1.h POL.FR.154 Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı) (D.1.1.i POL.RB.028 Sigara Bıraktırma Tedavisi Destek Programı İçin Rob) (D.1.1.i POL.YD.040 Göğüs Hast.Sigara İçme Davranışını Değ. Formu)

- Hastanemizde tedavi görmekte olan çocuklarımızın eğitim ve öğretimini sağlamak için D blok 10. Katta Milli Eğitim Bakanlığımıza bağlı tek derslikli bir ilkokulumuz bulunmaktadır. (D.1.1.j İlkokul Fotoları)

- Pandemi süreci dolayısıyla 9 Haziran 2021 de COVID-19 ve Ağrı Sempozyumu gerçekleştirilmiştir. (D.1.1.k covid-19 ve Ağrı Sempozyumu Afişi)

- Çeşitli üniversitelerden hastanemizde gerçekleştirilmek istenen anket, araştırma vb. gelen talepler değerlendirilip gerekli izinler verilmektedir. (D.1.1.L Dış Paydaşlara Anket İzinleri)

-14 Kasım Dünya Diyabet Gününde her yıl hastanemizde hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik etkinlikler (farkındalık, bilgilendirme, şeker ölçümü vb.) düzenlenmektedir. Ayrıca İnsülinin keşfinin 100. Yılı kapsamında da etkinlikler gerçekleştirilmiştir. İç Hastalıkları AD Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları tarafından hazırlanan “Diyabetle Yaşamak” adlı eğitim rehberi de hasta ve hasta yakınlarına tedavi sürecinde verilmektedir. (D.1.1.m Diyabet Günleri Etkinlik Afiş ve Fotoları) (D.1.1.n Diyabetle Yaşamak Eğitim Kitapçığı)

-Acil Serviste görev yapan tarafından Uzm. Paramedik Gül Bahar Alkaş tarafından Tüm Gazi çalışanlarına ve Metod Koleji, Doğa Koleji, Mektebim Koleji, Dede Korkut İlköğretim Okulu İlkokul ve Ortaokul öğrencilerine ve öğretmenlerine ilk yardım eğitimleri gerçekleştirilmiştir.

Ayrıca TRT de bir kamu spotu çalışması yapılmıştır. (D.1.1.o İlk Yardım Eğitimi ve Kamu Spotuna İlişkin Fotolar)

-Kadın Doğum ve Hastalıkları AD tarafından gebe eğitimleri devam etmektedir. Anne ve anne adayları için Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Anne Sütü ve Emzirme Broşürü hazırlanmış olup anne ve anne adaylarının farkındalığının artması ve bilgilendirilmesi sağlanmaktadır. (D.1.1.ö Gebe Karne Örneği ve Anne Sütü ve Emzirme Broşürleri)

-Gazi Üniversitesi Sosyal ve Aktif Hekimler Topluluğu tarafından kan, kan ürünleri ve kök hücre bağışının önemine dikkat çekmek ve teşvik etmek amacıyla hastanemizde stant açmaları sağlanmış ve hastanemiz matbaasında el broşürlerinin çoğaltılması sağlanmıştır. (D.1.1.p Stant Açma Talep Yazısı ve Bilgilendirme Broşürü)

-Kazakistanda kurulması planlanan bir hastane için Kazakistanın çeşitli bölge hastanelerinden gelen başhekim/başhekim yardımcılarının hastane işleyişi ve kalite yönetim sistemi hakkında bilgilendirilmesi amacıyla Başhekimlik Toplantı salonunda bir toplantı düzenlenmiştir. Ziyaretçilerimiz hastanenin çeşitli birimlerini gezmiş ve bilgi paylaşımı sağlanmıştır. (D.1.1.r Kazakistanlı Doktorların Bilgilendirme Toplantısı Tutanağı ve Fotolar)

- Hastanemiz bünyesinde 31.05.2021 - 09.07.2021 tarihleri arasında Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı düzenlenmiştir. 35 katılımcıya sertifika verilmiştir. (D.1.1.s Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı Resmi Yazışmalar)

## **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İvileştirme) Faaliyetleri**

### **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

#### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

3

#### **Kanıtlar**

- D.1.1.a Bebek Dostu Hastane Afişi
- D.1.1.b Emzirme Destek ve Relaksasyon Birimi Prosedürü
- D.1.1.c Emzirme ve Anne sütü Afişler
- D.1.1.d Emzirme ve Anne Sütü Derneği Etkinlik Afişi
- D.1.1.e Emzirme Rehberi
- D.1.1.f Emzirme Danışmanlığı ve Relaksasyon Semineri Afişi D.1.1.g Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi Katılımcı Listesi ve Örnek Sertifika
- D.1.1.h Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi Katılımcı Listesi ve Örnek Sertifika
- D.1.1.i Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı
- D.1.1.ı Sigara Bıraktırma Tedavisi Destek Programı İçin Rob
- D.1.1.i POL.YD.040 Göğüs Hast.Sigara İçme Davranışını Değ. Formu
- D.1.1.j İlkokul Fotoları
- D.1.1.k Covid-19 ve Ağrı Sempozyumu Afişi
- D.1.1.L Dış Paydaşlara Anket İzinleri
- D.1.1.m Diyabet Günleri Etkinlik Afiş ve Fotoları
- D.1.1.n Diyabetle Yaşamak Eğitim Kitapçığı
- D.1.1.o İlk Yardım Eğitimi ve Kamu Spotuna İlişkin Fotolar
- D.1.1.ö Gebe Karne Örneği ve Anne Sütü ve Emzirme Broşürleri
- D.1.1.p Stant Açma Talep Yazısı ve Bilgilendirme Broşürü
- D.1.1.r Kazakistanlı Doktorların Bilgilendirme Toplantısı Tutanağı ve Fotolar
- D.1.1.s Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı Resmi Yazışmalar

### **D.1.2. Kaynaklar**

**Gereklilikler** Toplumsal katkı etkinliklerine ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış ve kurumsallaşmış olup, bunlar izlenmekte ve değerlendirilmektedir.

#### **Planlama Faaliyetleri**

#### **Uygulama Faaliyetleri**

#### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

#### **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

#### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

1

#### **Kanıtlar**

### **D.2 Toplumsal Katkı Performansı**

**Gereklilikler** Birim, toplumsal katkı stratejisi ve hedefleri doğrultusunda yürüttüğü faaliyetleri periyodik olarak izlemeli ve sürekli iyileştirmelidir.

#### **D.2.1. Toplumsal Katkı Performansının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi**

**Gereklilikler** Birim, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ile uyumlu, dezavantajlı gruplar dahil toplumun ve çevrenin ihtiyaçlarına cevap verebilen ve değer yaratan toplumsal katkı faaliyetlerinde bulunmaktadır. Ulusal ve uluslararası düzeyde kurumsal iş birlikleri, çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarına yapılan görevlendirmeler ile kurumun bünyesinde yer alan birimler aracılığıyla yürütülen eğitim, hizmet, araştırma, danışmanlık vb. toplumsal katkı faaliyetleri izlenmektedir. İzleme mekanizma ve süreçleri yerleşik ve sürdürülebilirdir. İyileştirme adımlarının kanıtları vardır.

#### **Planlama Faaliyetleri**

#### **Uygulama Faaliyetleri**

#### **Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri**

#### **Örnek Gösterilen Uygulamalar**

#### **Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)**

1

#### **Kanıtlar**

## SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

### **Birimin Güçlü Yönleri**

Ulaşım kolaylığı ve şehir merkezine yakınlık

Tanınmış güçlü akademik kadro

Alanında başarılı, ekip çalışmasına yatkın ve deneyimli teknik ve idari kadro yapısı

Teknolojik açıdan gelişmiş tıbbi cihaz donanımı

Teknolojik ve kabiliyet açısından her türlü ameliyat ve girişimsel işlemin yapılabilmesi

Yüksek kalitede hizmet veren bölüm ve ünitelerin varlığı

Başka merkezlerde yapılamayan ileri tetkik ve tedavilerin hastanemizde yapılabiliyor olması

### **Birimin İyileşmeye Açık Yönleri**

Fiziki altyapı yetersizliği

Hastane binalarının ve teçhizatın tadilat ihtiyacı

Nitelikli personel eksikliği

Personel dağılımında ve kapasite kullanımında dengesizlik

Görüntü hizmetlerinde randevu sürelerinin uzun oluşu

Randevu taleplerinin karşılanamaması

Arşiv ve dokümantasyon sisteminin yetersiz oluşu

Finansman kaynaklarının yetersiz olması ve bütçe yönetiminde sıkıntılar olması

Çalışan memnuniyeti oranının % 62 olması

Malzeme alımında gecikmeler ve zorluklar yaşanması

Teknolojik ürünlere yapılan yatırımın az olması ve değişen teknolojiye uyum sağlanamaması

## EK.2 DERECELİ DEĞERLENDİRME ANAHTARI

### A. LİDERLİK, YÖNETİM ve KALİTE

#### A.1. Liderlik ve Kalite

Birim, kurumsal dönüşümünü sağlayacak yönetim modeline sahip olmalı, liderlik yaklaşımları uygulamalı, iç kalite güvence mekanizmalarını oluşturmalı ve kalite güvence kültürünü içselleştirmelidir.

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.1.1. Yönetim modeli ve idari yapı</u></b></p> <p>Birimdeki yönetim modeli ve idari yapı (yasal düzenlemeler çerçevesinde kurumsal yaklaşım, gelenekler, tercihler); karar verme mekanizmaları, kontrol ve denge unsurları; kurulların çok sesliliği ve bağımsız hareket kabiliyeti, paydaşların temsil edilmesi; öngörülen yönetim modeli ile gerçekleşmenin karşılaştırılması, modelin kurumsallığı ve sürekliliği yerleşmiş ve benimsenmiştir. Organizasyon şeması ve bağlı olma/rapor verme ilişkileri; görev tanımları, iş akış süreçleri vardır ve gerçeği yansıtmaktadır; ayrıca bunlar yayımlanmış ve işleyişin paydaşlarca bilinirliği sağlanmıştır.</p>	<p>Birimin misyonu ile uyumlu ve stratejik hedeflerini gerçekleştirmeyi sağlayacak bir yönetim modeli ve organizasyonel yapılanması bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin misyon ve stratejik hedeflerine ulaşmasını güvence altına alan ve süreçleriyle uyumlu yönetim modeli ve idari yapılanması belirlenmiştir.</p>	<p>Birimin yönetim modeli ve organizasyonel yapılanması birim ve alanların geneline kapsayacak şekilde faaliyet göstermektedir.</p>	<p>Birimin yönetim ve organizasyonel yapılanmasına ilişkin uygulamaları izlenmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Yönetişim modeli ve organizasyon şeması</i></li><li>• <i>Birimin yönetim ve idari alanlarla ilgili politikasını ve stratejik amaçlarını uyguladığına dair uygulamalar/kanıtlar</i></li><li>• <i>Yönetim ve organizasyonel yapılanma uygulamalarına ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları</i></li><li>• <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i></li></ul>				

## A.1. Liderlik ve Kalite

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.1.2. Liderlik</u></b></p> <p>Birimde rektörün ve süreç liderlerinin yükseköğretim ekosistemindeki değişim, belirsizlik ve karmaşıklığı dikkate alan bir kalite güvencesi sistemi ve kültürü oluşturma konusunda sahipliği ve motivasyonu yüksektir. Bu süreçler çevik bir liderlik yaklaşımıyla yönetilmektedir.</p> <p>Birimlerde liderlik anlayışı ve koordinasyon kültürü yerleşmiştir. Liderler birimin değerleri ve hedefleri doğrultusunda stratejilerinin yanı sıra; yetki paylaşımını, ilişkileri, zamanı, kurumsal motivasyon ve stresi de etkin ve dengeli biçimde yönetmektedir.</p> <p>Akademik ve idari birimler ile yönetim arasında etkin bir iletişim ağı oluşturulmuştur.</p> <p>Liderlik süreçleri ve kalite güvencesi kültürünün içselleştirilmesi sürekli değerlendirilmektedir.</p>	<p>Birimde kalite güvencesi sisteminin yönetilmesi ve kalite kültürünün içselleştirilmesini destekleyen etkin bir liderlik yaklaşımı bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde liderlerin kalite güvencesi sisteminin yönetimi ve kültürünün içselleştirilmesi konusunda sahipliği ve motivasyonu bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin geneline yayılmış, kalite güvencesi sistemi ve kültürünün gelişimini destekleyen etkin liderlik uygulamaları bulunmaktadır.</p>	<p>Liderlik uygulamaları ve bu uygulamaların kalite güvencesi sistemi ve kültürünün gelişimine katkısı izlenmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kalite güvencesi kültürünü geliştirmek üzere yapılan planlamalar ve uygulamalar</li> <li>• Birimin yöneticilerinin liderlik özelliklerini ve yetkinliklerini ölçmek ve izlemek için kullanılan yöntemler, elde edilen izleme sonuçları ve bağlı iyileştirmeler</li> <li>• Birimdeki kalite kültürünün gelişimini ölçmek ve izlemek için kullanılan yöntemler, elde edilen izleme sonuçları ve bağlı iyileştirmeler</li> <li>• Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</li> </ul>				

## A.1. Liderlik ve Kalite

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.1.3. Kurumsal dönüşüm kapasitesi</u></b></p> <p>Yükseköğretim ekosistemi içerisindeki değişimleri, küresel eğilimleri, ulusal hedefleri ve paydaş beklentilerini dikkate alarak birimin geleceğe hazır olmasını sağlayan çevik yönetim yetkinliği vardır. Geleceğe uyum için amaç, misyon ve hedefler doğrultusunda birimi dönüştürmek üzere değişim yönetimi, kıyaslama, yenilik yönetimi gibi yaklaşımları kullanır ve kurumsal özgünlüğü güçlendirir.</p>	Birimde değişim yönetimi bulunmamaktadır.	Birimde değişim ihtiyacı belirlenmiştir.	Birimde değişim yönetimi yaklaşımı birimin geneline yayılmış ve bütüncül olarak yürütülmektedir.	Amaç, misyon ve hedefler doğrultusunda gerçekleştirilen değişim yönetimi uygulamaları izlenmekte ve önlemler alınmaktadır.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
	<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Değişim yönetim modeli</li> <li>• Değişim planları, yol haritaları</li> <li>• Çevre analizi raporu</li> <li>• Gelecek senaryoları</li> <li>• Kıyaslama raporları</li> <li>• Yenilik yönetim sistemi</li> <li>• Değişim ekipleri belgeleri</li> <li>• Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</li> </ul>				

## A.1. Liderlik ve Kalite

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.1.4. İç kalite güvencesi mekanizmaları</u></b></p> <p>PUKÖ çevrimleri itibarı ile takvim yılı temelinde hangi işlem, süreç, mekanizmaların devreye gireceği planlanmış, akış şemaları belirlidir. Sorumluluklar ve yetkiler tanımlanmıştır. Gerçekleşen uygulamalar değerlendirilmektedir.</p> <p>Takvim yılı temelinde tasarlanmayan diğer kalite döngülerinin ise tüm katmanları içerdiği kanıtları ile belirtilmiştir, gerçekleşen uygulamalar değerlendirilmektedir. Birime ait kalite güvencesi rehberi gibi, politika ayrıntılarının yer aldığı erişilebilir ve güncellenen bir doküman bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin tanımlanmış bir iç kalite güvencesi sistemi bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin iç kalite güvencesi süreç ve mekanizmaları tanımlanmıştır.</p>	<p>İç kalite güvencesi sistemi birimin geneline yayılmış, şeffaf ve bütüncül olarak yürütülmektedir.</p>	<p>İç kalite güvencesi sistemi mekanizmaları izlenmekte ve ilgili paydaşlarla birlikte iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kalite güvencesi rehberi gibi tanımlı süreç belgeleri</li> <li>• İş akış şemaları, takvim, görev ve sorumluluklar ve paydaşların rollerini gösteren kanıtlar</li> <li>• Bilgi Yönetim Sistemi</li> <li>• Geri bildirim yöntemleri</li> <li>• Paydaş katılımına ilişkin belgeler</li> <li>• Yıllık izleme ve iyileştirme raporları</li> <li>• Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</li> </ul>					

## A.1. Liderlik ve Kalite

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.1.5. Kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik</u></b></p> <p>Kamuoyunu bilgilendirme ilkesel olarak benimsenmiştir, hangi kanalların nasıl kullanılacağı tasarlanmıştır, erişilebilir olarak ilan edilmiştir ve tüm bilgilendirme adımları sistematik olarak atılmaktadır. Birimin internet sayfası doğru, güncel, ilgili ve kolayca erişilebilir bilgiyi vermektedir; bunun sağlanması için gerekli mekanizma mevcuttur. Kurumsal özerklik ile hesap verebilirlik kavramlarının birbirini tamamladığına ilişkin bulgular mevcuttur. İç ve dış hesap verme yöntemleri kurgulanmıştır ve uygulanmaktadır. Sistemattir, ilan edilen takvim çerçevesinde gerçekleştirilir, sorumluları nettir. Alınan geri beslemeler ile etkinliği değerlendirilmektedir. Birimin bölgesindeki dış paydaşları, ilişkili olduğu yerel yönetimler, diğer üniversiteler, kamu kurumu kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, sanayi ve yerel halk ile ilişkileri değerlendirilmektedir.</p>	<p>Birimde kamuoyunu bilgilendirmek ve hesap verebilirliği gerçekleştirmek üzere mekanizmalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda kamuoyunu bilgilendirmek üzere tanımlı süreçler bulunmaktadır.</p>	<p>Birim tanımlı süreçleri doğrultusunda kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik mekanizmalarını işletmektedir.</p>	<p>Birimin kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik mekanizmaları izlenmekte ve paydaş görüşleri doğrultusunda iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik ile ilişkili olarak benimsenen ilke, kural ve yöntemler</i></li> <li>• <i>Kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirliğe ilişkin uygulama örnekleri</i></li> <li>• <i>İç ve dış paydaşların kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlikle ilgili memnuniyeti ve geri bildirimleri</i></li> <li>• <i>Kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik mekanizmalarına ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları</i></li> <li>• <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i></li> </ul>				

**A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar**

Birim; misyon, vizyon ve amacını gerçekleştirmek üzere kurumun politikaları doğrultusunda oluşturduğu stratejik amaçlarını ve hedeflerini planlayarak uygulamalı, performans yönetimi kapsamında sonuçlarını izleyerek değerlendirmeli ve kamuoyuyla paylaşmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.2.1. Misyon, vizyon ve politikalar</u></b></p> <p>Misyon ve vizyon ifadesi tanımlanmıştır, birim çalışanlarınca bilinir ve paylaşılır. Birime özeldir, sürdürülebilir bir gelecek yaratmak için yol göstericidir.</p> <p>Kalite güvencesi politikası vardır, paydaşların görüşü alınarak hazırlanmıştır. Politika birim çalışanlarınca bilinir ve paylaşılır. Politika belgesi yalın, somut, gerçekçidir. Sürdürülebilir kalite güvencesi sistemini ana hatlarıyla tarif etmektedir. Kalite güvencesinin yönetim şekli, yapılanması, temel mekanizmaları, merkezi kurgu ve birimlere erişimi açıklanmıştır.</p> <p>Aynı şekilde eğitim ve öğretim (uzaktan eğitimi de kapsayacak şekilde), araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı, yönetim sistemi ve uluslararasılaşma politikaları vardır ve kalite güvencesi politikası için sayılan özellikleri taşır. Bu politika ifadelerinin somut sonuçları, uygulamalara yansıyan etkileri vardır; örnekleri sunulabilir.</p>	<p>Birimde tanımlanmış misyon, vizyon ve politikalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin tanımlanmış ve birime özgü misyon, vizyon ve politikaları bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde misyon, vizyon ve politikalarla uyumlu uygulamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Misyon, vizyon ve politikalar doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamalar izlenmekte ve paydaşlarla birlikte değerlendirilerek önlemler alınmaktadır.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Misyon ve vizyon</li> <li>• Politika belgeleri (Eğitim ve öğretim politika belgesi uzaktan eğitimi de içermelidir)</li> <li>• Politika belgelerinin ilgili paydaş katılımıyla hazırlandığını kanıtlayan belgeler</li> <li>• Politika belgelerinde bütüncül ilişkiyi gösteren ifadeler ve uygulama örnekleri (Eğitim programlarında araştırma vurgusu, araştırma süreçlerinde topluma hizmet vurgusu, uzaktan eğitim vurgusu)</li> <li>• Politikaların izlendiğine ve değerlendirildiğine ilişkin kanıtlar</li> <li>• Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</li> </ul>				

## A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.2.2. Stratejik amaç ve hedefler</u></b></p> <p>Stratejik Plan kültürü ve geleneği vardır, mevcut dönemi kapsayan, kısa/orta uzun vadeli amaçlar, hedefler, alt hedefler, eylemler ve bunların zamanlaması, önceliklendirilmesi, sorumluları, mali kaynakları bulunmaktadır, tüm paydaşların görüşü alınarak (özellikle stratejik paydaşlar) hazırlanmıştır. Mevcut stratejik plan hazırlanırken bir öncekinin ayrıntılı değerlendirilmesi yapılmış ve kullanılmıştır; yıllık gerçekleşme takip edilerek ilgili kurullarda tartışılmakta ve gerekli önlemler alınmaktadır.</p>	Birimin stratejik planı bulunmamaktadır.	Birimin ilan edilmiş bir stratejik planı bulunmaktadır.	Birimin bütünsel, tüm birimleri tarafından benimsenmiş ve paydaşlarınca bilinen stratejik planı ve bu planıyla uyumlu uygulamaları vardır.	Birimin uyguladığı stratejik planı izlemekte ve ilgili paydaşlarla birlikte değerlendirerek gelecek planlarına yansıtılmaktadır.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Stratejik plan ve geliştirilme süreci</i></li> <li>• <i>Performans raporları</i></li> <li>• <i>Birimin stratejik planına planlama, uygulama, kontrol etme ve önlem alma aşamalarında iç ve dış paydaş katılımını gösteren kanıtlar</i></li> <li>• <i>Stratejik plan ve hedeflerin, Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'yla uyumunu gösteren kanıtlar</i></li> <li>• <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i></li> </ul>					

## A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.2.3. Performans yönetimi</u></b></p> <p>Birimde performans yönetim sistemleri bütünsel bir yaklaşımla ele alınmaktadır. Bu sistemler birimin stratejik amaçları doğrultusunda sürekli iyileşmesine ve geleceğe hazırlanmasına yardımcı olur. Bilişim sistemleriyle desteklenerek performans yönetiminin doğru ve güvenilir olması sağlanmaktadır. Birimin stratejik bakış açısını yansıtan performans yönetimi süreç odaklı ve paydaş katılımıyla sürdürülmektedir.</p> <p>Tüm temel etkinlikleri kapsayan kurumsal (genel, anahtar, uzaktan eğitim vb.) performans göstergeleri tanımlanmış ve paylaşılmıştır.</p> <p>Performans göstergelerinin iç kalite güvencesi sistemi ile nasıl ilişkilendirildiği tanımlanmış ve yazılıdır. Kararlara yansımaya örnekleri mevcuttur.</p> <p>Yıllar içinde nasıl değiştiği takip edilmektedir, bu izlemenin sonuçları yazılıdır ve gerektiği şekilde kullanıldığına dair kanıtlar mevcuttur.</p>	Birimde performans yönetimi bulunmamaktadır.	Birimde performans göstergeleri ve performans yönetimi mekanizmaları tanımlanmıştır.	Birimin geneline yayılmış performans yönetimi uygulamaları bulunmaktadır.	Birimde performans göstergelerinin işlerliği ve performans yönetimi mekanizmaları izlenmekte ve izlem sonuçlarına göre iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
	<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Performans göstergeleri ve anahtar performans göstergeleri</li> <li>• Performans yönetiminde kullanılan mekanizmalar</li> <li>• Performans programı raporu</li> <li>• Performans yönetimi mekanizmalarının iyileştirildiğine dair kanıtlar</li> <li>• Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</li> </ul>				

**A.3. Yönetim Sistemleri**

Birim, stratejik hedeflerine ulaşmayı nitelik ve nicelik olarak güvence altına almak amacıyla mali, beşerî ve bilgi kaynakları ile süreçlerini yönetmek üzere bir sisteme sahip olmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.3.1. Bilgi yönetim sistemi</u></b></p> <p>Birimin önemli etkinlikleri ve süreçlerine ilişkin veriler toplanmakta, analiz edilmekte, raporlanmakta ve stratejik yönetim için kullanılmaktadır. Akademik ve idari birimlerin kullandıkları Bilgi Yönetim Sistemi entegredir ve kalite yönetim süreçlerini beslemektedir.</p>	Birimde bilgi yönetim sistemi bulunmamaktadır.	Birimde kurumsal bilginin edinimi, saklanması, kullanılması, işlenmesi ve değerlendirilmesine destek olacak bilgi yönetim sistemleri oluşturulmuştur.	Birim genelinde temel süreçleri (eğitim ve öğretim, araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı, kalite güvencesi) destekleyen entegre bilgi yönetim sistemi işletilmektedir.	Birimde entegre bilgi yönetim sistemi izlenmekte ve iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
	<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilgi Yönetim Sistemi ve bu sistemin fonksiyonları</li> <li>• Bilginin elde edilmesi, kayıt edilmesi, güncellenmesi, işlenmesi, değerlendirilmesi ve paylaşılmasına ilişkin tanımlı süreçler</li> <li>• Bilgi Yönetim Sistemi'nin izlenmesi ve iyileştirilmesine ilişkin kanıtlar</li> <li>• Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</li> </ul>				

## A.3. Yönetim Sistemleri

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.3.2. İnsan kaynakları yönetimi</u></b></p> <p>İnsan kaynakları yönetimine ilişkin kurallar ve süreçler bulunmaktadır. Şeffaf şekilde yürütülen bu süreçler birimde herkes tarafından bilinmektedir. Eğitim ve liyakat öncelikli kriter olup yetkinliklerin artırılması temel hedefdir. Çalışan (akademik-idari) memnuniyet, şikayet ve önerilerini belirlemek ve izlemek amacıyla geliştirilmiş olan yöntem ve mekanizmalar uygulanmakta ve sonuçları değerlendirilerek iyileştirilmektedir.</p>	<p>Birimde insan kaynakları yönetimine ilişkin tanımlı süreçler bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde stratejik hedefleriyle uyumlu insan kaynakları yönetimine ilişkin tanımlı süreçler bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde insan kaynakları yönetimi doğrultusunda uygulamalar tanımlı süreçlere uygun bir biçimde yürütülmektedir.</p>	<p>Birimde insan kaynakları yönetimi uygulamaları izlenmekte ve ilgili iç paydaşlarla değerlendirilerek iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• İnsan kaynakları politikası ve hedefleri ve bunlara ilişkin uygulamalar (Yetkinlik, işe alınma, hizmet içi eğitim, teşvik ve ödüllendirme vb.)</li> <li>• Çalışan (akademik ve idari) memnuniyeti anketleri, uygulama sistematiği ve anket sonuçları</li> <li>• İnsan kaynakları yönetimi uygulamalarına ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları</li> <li>• Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</li> </ul>					

## A.3. Yönetim Sistemleri

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.3.3. Finansal yönetim</u></b> Temel gelir ve gider kalemleri tanımlanmıştır ve yıllar içinde izlenmektedir.</p>	Birimde finansal kaynakların yönetimine ilişkin tanımlı süreçler bulunmamaktadır.	Birimde finansal kaynakların yönetimine ilişkin olarak stratejik hedefler ile uyumlu tanımlı süreçler bulunmaktadır.	Birimin genelinde finansal kaynakların yönetime ilişkin uygulamalar tanımlı süreçlere uygun biçimde yürütülmektedir.	Birimde finansal kaynakların yönetim süreçleri izlenmekte ve iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Finansal kaynakların yönetimine ilişkin tanımlı süreçler ve uygulamalar (Kaynak dağılımı, kaynakların etkin ve verimli kullanılması, kaynak çeşitliliği)</i></li> <li>• <i>Finansal kaynakların planlama, kullanım ve izleme uygulamalarının kurumun stratejik planı ile uyumu</i></li> <li>• <i>Finansal kaynakların yönetimi süreçlerine ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları</i></li> <li>• <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i></li> </ul>					

## A.3. Yönetim Sistemleri

	1	2	3	4	5
<p><b>A.3.4. Süreç yönetimi</b></p> <p>Tüm etkinliklere ait süreçler ve alt süreçler (uzaktan eğitim dahil) tanımlıdır. Süreçlerdeki sorumlular, iş akışı, yönetim, sahiplenme yazılıdır ve birimce içselleştirilmiştir. Süreç yönetiminin başarılı olduğunun kanıtları vardır. Sürekli süreç iyileştirme döngüsü kurulmuştur.</p>	Birimde eğitim ve öğretim, araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı ve yönetim sistemine ilişkin süreçler tanımlanmamıştır.	Birimde eğitim ve öğretim, araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı ve yönetim sistemi süreç ve alt süreçleri tanımlanmıştır.	Birimin genelinde tanımlı süreçler yönetilmektedir.	Birimde süreç yönetimi mekanizmaları izlenmekte ve ilgili paydaşlarla değerlendirilerek iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Süreç Yönetimi El Kitabı</i></li> <li>• <i>Süreç yönetimi modeli ve uygulamaları, ilgili sistemler, yönetim mekanizmaları (Uzaktan eğitim dahil)</i></li> <li>• <i>Paydaş katılımına ilişkin kanıtlar</i></li> <li>• <i>Süreç yönetim mekanizmalarının izlenmesi ve iyileştirilmesine ilişkin kanıtlar</i></li> <li>• <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i></li> </ul>					

**A.4. Paydaş Katılımı**

Birim, iç ve dış paydaşlarının stratejik kararlara ve süreçlere katılımını sağlamak üzere geri bildirimlerini almak, yanıtlamak ve kararlarında kullanmak için gerekli sistemleri oluşturmalı ve yönetmelidir.

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.4.1. İç ve dış paydaş katılımı</u></b></p> <p>İç ve dış paydaşların karar alma, yönetim ve iyileştirme süreçlerine katılım mekanizmaları tanımlanmıştır.</p> <p>Gerçekleşen katılımın etkinliği, kurumsallığı ve sürekliliği irdelenmektedir. Uygulama örnekleri, iç kalite güvencesi sisteminde özellikle öğrenci ve dış paydaş katılımı ve etkinliği mevcuttur. Sonuçlar değerlendirilmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.</p>	<p>Birimin iç kalite güvencesi sistemine paydaş katılımını sağlayacak mekanizmalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde kalite güvencesi, eğitim ve öğretim, araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı, yönetim sistemi ve uluslararasılaşma süreçlerinin PUKÖ katmanlarına paydaş katılımını sağlamak için planlamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Tüm süreçlerdeki PUKÖ katmanlarına paydaş katılımını sağlamak üzere birimin geneline yayılmış mekanizmalar bulunmaktadır.</p>	<p>Paydaş katılım mekanizmalarının işleyişi izlenmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Birimin süreçlerine özgü oluşturulmuş iç ve dış paydaş listesi ile paydaşların önceliklendirilmesine ilişkin kanıtlar</li> <li>• Paydaş görüşlerinin alınması sürecinde kullanılan veri toplama araçları ve yöntemi (Anketler, odak grup toplantıları, çalıştaylar, bilgi yönetim sistemi vb.)</li> <li>• Karar alma süreçlerinde paydaş katılımının sağlandığını gösteren belgeler</li> <li>• Paydaş katılım mekanizmalarının işleyişine ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları</li> <li>• Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</li> </ul>				

## A.4. Paydaş Katılımı

	1	2	3	4	5
<p><b>A.4.2. Öğrenci geri bildirimleri</b></p> <p>Öğrenci görüşü (ders, dersin öğretim elemanı, diploma programı, hizmet ve genel memnuniyet seviyesi, vb) sistematik olarak ve çeşitli yollarla alınmakta, etkin kullanılmakta ve sonuçları paylaşılmaktadır. Kullanılan yöntemlerin geçerli ve güvenilir olması, verilerin tutarlı ve temsil eder olması sağlanmıştır. Öğrenci şikayetleri ve/veya önerileri için muhtelif kanallar vardır, öğrencilerce bilinir, bunların adil ve etkin çalıştığı denetlenmektedir.</p>	<p>Birimde öğrenci geri bildirimlerinin alınmasına yönelik mekanizmalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde öğretim süreçlerine ilişkin olarak öğrencilerin geri bildirimlerinin (ders, dersin öğretim elemanı, program, öğrenci iş yükü* vb.) alınmasına ilişkin ilke ve kurallar oluşturulmuştur.</p>	<p>Programların genelinde öğrenci geri bildirimleri (her yarıyıl ya da her akademik yıl sonunda) alınmaktadır.</p>	<p>Tüm programlarda öğrenci geri bildirimlerinin alınmasına ilişkin uygulamalar izlenmekte ve öğrenci katılımına dayalı biçimde iyileştirilmektedir. Geri bildirim sonuçları karar alma süreçlerine yansıtılmaktadır.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Öğrenci geri bildirim elde etmeye ilişkin ilke ve kurallar</li> <li>• Tanımlı öğrenci geri bildirim mekanizmalarının tür, yöntem ve çeşitliliğini gösteren kanıtlar (Uzaktan/karma eğitim dahil)</li> <li>• Öğrenci geri bildirimleri kapsamında gerçekleştirilen iyileştirmelere ilişkin uygulamalar</li> <li>• Öğrencilerin karar alma mekanizmalarına katılımı örnekleri</li> <li>• Öğrenci geri bildirim mekanizmasının izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik kanıtlar</li> <li>• Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</li> </ul> <p><i>* 2015 AKTS Kullanıcı Kılavuzu'ndaki anahtar prensipleri taşımalıdır.</i></p>				

## A.4. Paydaş Katılımı

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.4.3. Mezun ilişkileri yönetimi</u></b></p> <p>Mezunların işe yerleşme, eğitime devam, gelir düzeyi, işveren/ mezun memnuniyeti gibi istihdam bilgileri sistematik ve kapsamlı olarak toplanmakta, değerlendirilmekte, birim gelişme stratejilerinde kullanılmaktadır.</p>	Birimde mezun izleme sistemi bulunmamaktadır.	Programların amaç ve hedeflerine ulaşılp ulaşılmadığının irdelenmesi amacıyla bir mezun izleme sistemine ilişkin planlama bulunmaktadır.	Birimdeki programların genelinde mezun izleme sistemi uygulamaları vardır.	Mezun izleme sistemi uygulamaları izlenmekte ve ihtiyaçlar doğrultusunda programlarda güncellemeler yapılmaktadır.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mezun izleme sisteminin özellikleri</i></li> <li>• <i>Mezunların sahip olduğu yeterlilikler ve programın amaç ve hedeflerine ulaşılmasına ilişkin memnuniyet düzeyi</i></li> <li>• <i>Mezun izleme sistemi kapsamında programlarda gerçekleştirilen güncelleme çalışmaları</i></li> <li>• <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i></li> </ul>					

**A.5. Uluslararasılaşma**

Birim, uluslararasılaşma stratejisi ve hedefleri doğrultusunda süreçlerini yönetmeli, organizasyonel yapılanmasını oluşturmalı ve sonuçlarını periyodik olarak izleyerek değerlendirmelidir.

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.5.1. Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi</u></b></p> <p>Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsallaşmıştır. Kurumun uluslararasılaşma politikası ile uyumludur. Yönetim ve organizasyonel yapının işleyişi ve etkinliği irdelenmektedir.</p>	<p>Birimin uluslararasılaşma süreçlerine ilişkin yönetsel ve organizasyonel yapılanması bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin uluslararasılaşma süreçlerinin yönetim ve organizasyonel yapısına ilişkin planlamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Birimde uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimine ilişkin organizasyonel yapılanma tamamlanmış olup; şeffaf, kapsayıcı ve katılımcı biçimde işlemektedir.</p>	<p>Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetsel ve organizasyonel yapılanması izlenmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı</i></li> <li>• <i>Yönetim ve organizasyonel yapıya ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları</i></li> <li>• <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i></li> </ul>					

## A.5. Uluslararasılaşma

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.5.2. Uluslararasılaşma kaynakları</u></b></p> <p>Uluslararasılaşmaya ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış, kurumsallaşmıştır, bu kaynaklar nicelik ve nitelik bağlamında izlenmekte ve değerlendirilmektedir.</p>	<p>Birimin uluslararasılaşma faaliyetlerini sürdürebilmesi için yeterli kaynak bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin uluslararasılaşma faaliyetlerini sürdürebilmek için uygun nitelik ve nicelikte fiziki, teknik ve mali kaynakların oluşturulmasına yönelik planları bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin uluslararasılaşma kaynakları birimler arası denge gözetilerek yönetilmektedir.</p>	<p>Birimde uluslararasılaşma kaynaklarının dağılımı izlenmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Uluslararası çalışmalar için ayrılan kaynaklarının yönetimine ilişkin belgeler (Erasmus vb. bütçelerin kullanım oranı, AB proje bütçelerinin yönetimi ve ikili protokoller kapsamında gerçekleşen kaynakların yönetimine ilişkin belgeler gibi)</i></li> <li>• <i>Uluslararasılaşma kaynakların dağılımının izlenmesi ve iyileştirilmesine ilişkin kanıtlar</i></li> <li>• <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i></li> </ul>					

## A.5. Uluslararasılaşma

	1	2	3	4	5
<p><b><u>A.5.3. Uluslararasılaşma performansı</u></b></p> <p>Uluslararasılaşma performansı izlenmektedir. İzlenme mekanizma ve süreçleri yerleşiktir, sürdürülebilirdir, iyileştirme adımlarının kanıtları vardır.</p>	Birimde uluslararasılaşma faaliyeti bulunmamaktadır.	Birimde uluslararasılaşma politikasıyla uyumlu faaliyetlere yönelik planlamalar bulunmaktadır.	Birimin geneline yayılmış uluslararasılaşma faaliyetleri bulunmaktadır.	Birimde uluslararasılaşma faaliyetleri izlenmekte ve iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Uluslararasılaşma faaliyetleri</i></li> <li>• <i>Kurumun uluslararasılaşma performansını izlemek üzere kullandığı göstergeler</i></li> <li>• <i>Uluslararasılaşma hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını izlemek üzere oluşturulan mekanizmalar</i></li> <li>• <i>Uluslararasılaşma süreçlerine ilişkin yıllık öz değerlendirme raporları ve iyileştirme çalışmaları</i></li> <li>• <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i></li> </ul>					

**D.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi ve Toplumsal Katkı Kaynakları**

Birim, toplumsal katkı faaliyetlerini stratejik amaçları ve hedefleri doğrultusunda yönetmelidir. Bu faaliyetler için uygun fiziki altyapı ve mali kaynaklar oluşturmalı ve bunların etkin şekilde kullanımını sağlamalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><b><u>D.1.1. Toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi</u></b></p> <p>Birimin toplumsal katkı politikası birimin toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsallaşmıştır. Toplumsal katkı süreçlerinin yönetim ve organizasyonel yapısı kurumun toplumsal katkı politikası ile uyumludur, görev tanımları belirlenmiştir. Yapının işlerliği izlenmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.</p>	Birimde toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısına ilişkin bir planlama bulunmamaktadır.	Birimin toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısına ilişkin planlamaları bulunmaktadır.	Birimin genelinde toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsal tercihler yönünde uygulanmaktadır.	Birimde toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısının işlerliği ile ilişkili sonuçlar izlenmekte ve önlemler alınmaktadır.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
	<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyon yapısı</li> <li>• Toplumsal katkı yönetim modeli</li> <li>• Toplumsal katkı faaliyetlerini yürüten birimler ve uygulama örnekleri</li> <li>• Toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısının işlerliğine ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları</li> <li>• Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</li> </ul>				

## D.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi ve Toplumsal Katkı Kaynakları

	1	2	3	4	5
<p><b><u>D.1.2. Kaynaklar</u></b></p> <p>Toplumsal katkı etkinliklerine ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış ve kurumsallaşmış olup, bunlar izlenmekte ve değerlendirilmektedir.</p>	Birimin toplumsal katkı faaliyetlerini sürdürebilmesi için yeterli kaynağı bulunmamaktadır.	Birimin toplumsal katkı faaliyetlerini sürdürebilmek için uygun nitelik ve nicelikte fiziki, teknik ve mali kaynakların oluşturulmasına yönelik planları bulunmaktadır.	Birim toplumsal katkı kaynaklarını toplumsal katkı stratejisi ve birimler arası dengeyi gözeterek yönetmektedir.	Birimde toplumsal katkı kaynaklarının yeterliliği ve çeşitliliği izlenmekte ve iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
	<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toplumsal katkı faaliyetlerini yürüten araştırma ve uygulama merkezleri ve diğer birimler</li> <li>• Toplumsal katkı çalışmalarına ayrılan bütçe ve yıllar içinde değişimi</li> <li>• Toplumsal katkı kaynaklarının toplumsal katkı stratejisi doğrultusunda yönetildiğini gösteren kanıtlar</li> <li>• Toplumsal katkı kaynaklarının çeşitliliği ve yeterliliğinin izlendiğine ve iyileştirildiğine ilişkin kanıtlar</li> <li>• Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</li> </ul>				

**D.2. Toplumsal Katkı Performansı**

Birim, toplumsal katkı stratejisi ve hedefleri doğrultusunda yürüttüğü faaliyetleri periyodik olarak izlemeli ve sürekli iyileştirmelidir.

	1	2	3	4	5
<p><b><u>D.2.1. Toplumsal katkı performansının izlenmesi ve değerlendirilmesi</u></b></p> <p>Birim, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ile uyumlu, dezavantajlı gruplar dahil toplumun ve çevrenin ihtiyaçlarına cevap verebilen ve değer yaratan toplumsal katkı faaliyetlerinde bulunmaktadır. Ulusal ve uluslararası düzeyde kurumsal iş birlikleri, çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarına yapılan görevlendirmeler ile kurumun bünyesinde yer alan birimler aracılığıyla yürütülen eğitim, hizmet, araştırma, danışmanlık vb. toplumsal katkı faaliyetleri izlenmektedir. İzleme mekanizma ve süreçleri yerleşik ve sürdürülebilirdir. İyileştirme adımlarının kanıtları vardır.</p>	<p>Birimde toplumsal katkı performansının izlenmesine ve değerlendirmesine yönelik mekanizmalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde toplumsal katkı performansının izlenmesine ve değerlendirmesine yönelik ilke, kural ve göstergeler bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde toplumsal katkı performansını izlemek ve değerlendirmek üzere oluşturulan mekanizmalar kullanılmaktadır.</p>	<p>Birimde toplumsal katkı performansı izlenmekte ve ilgili paydaşlarla değerlendirilerek iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p><b>Örnek Kanıtlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurumun hedefleriyle uyumlu toplumsal katkı faaliyetleri</li> <li>• Toplumsal katkı performansını izlemek üzere geçerli olan tanımlı süreçler</li> <li>• Toplumsal katkı hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını izlemek üzere oluşturulan mekanizmalar</li> <li>• Paydaş geri bildirimleri</li> <li>• Toplumsal katkı performansının izlenmesine ve iyileştirilmesine ilişkin kanıtlar</li> <li>• Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</li> </ul>				