



BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME RAPORU

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
GAZİ HASTANESİ**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
EMNİYET MAHALLESİ, MEVLANA BULVARI NO:89 06560
YENİMAHALLE/ANKARA**

ŞUBAT 2019

İÇİNDEKİLER

1. BİRİM HAKKINDA BİLGİLER	3
1.1 İletişim Bilgileri	3
1.2 Tarihsel Gelişimi	3
1.3 Misyonu, Vizyonu, Değerleri, Hedefleri	5
1.4 Araştırma Faaliyetinin Yürütüldüğü Birimleri	5
1.5 Birimin Organizasyonel Şeması	6
2. KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ	7
2.1 Kalite Politikası	9
2.2 Kalite Koordinatörlüklerinin Görev, Sorumluluk ve Faaliyetleri	9
2.3 Paydaş Katılımı	11
3. EĞİTİM-ÖĞRETİM	11
3.1 Programların Tasarımı ve Onayı	
3.2 Programların Sürekli İzlenmesi ve Güncellenmesi	
3.3 Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme	
3.4 Öğrencinin Kabulü ve Gelişimi, Tanıma ve Sertifikalandırma	
3.5 Eğitim-Öğretim Kadrosu	
3.6 Öğrenme Kaynakları, Erişilebilirlik ve Destekler	
4. ARAŞTIRMA, GELİŞTİRME VE TOPLUMSAL KATKI	11
4.1 Kurumun/Birimin Araştırma Stratejisi ve Hedefleri	
4.2 Kurumun/Birimin Araştırma Kaynakları	
4.3 Kurumun/Birimin Araştırma Kadrosu	
4.4 Kurumun/Birimin Araştırma Performansının İzlenmesi ve İyileştirilmesi	
5. YÖNETİM SİSTEMİ	11
5.1 Yönetim ve İdari Birimlerin Yapısı	11
5.2 Kaynakların Yönetimi	12
5.3 Bilgi Yönetimi Sistemi	13
5.4 Kurum Dışından Tedarik Edilen Hizmetlerin Kalitesi	13
5.5 Yönetimin Etkinliği, Hesap Verebilirliği, Kamuoyunu Bilgilendirme	14
6. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	14

1. BİRİM HAKKINDA BİLGİLER

1.1 İletişim Bilgileri

Birim Kalite Koordinatörü

Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN

Adres: Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi
06560 Beşevler/ANKARA

Tel: 0 312 202 50 90

e-posta: demircandr@gmail.com

Birim Kalite Yönetim Temsilcisi

Prof. Dr. Mehmet ARHAN

Adres: Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi
06560 Beşevler/ANKARA

Tel: 0 312 202 50 97

e-posta: mehmetarhan@gmail.com

1.2 Tarihsel Gelişimi

2 Ekim 1979 tarihinde Tıp Fakültesinin, Ankara İktisadi ve Ticari ilimler Akademisine bağlı olarak kurulması çalışmalarını esnasında; Sağlık Bakanlığı, Ankara İktisadi ve Ticari ilimler Akademisi ve Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı arasında 26 Mart 1979 tarihinde imzalanan bir protokolle, birimimiz 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 parsel fakültemize tahsis 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 Kararname’nin 10. maddesiyle Gazi Üniversitesi kurulmuş ve “Ankara İktisadi ve Ticari ilimler 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 birimimiz hizmete açılmıştır.

1984 yılı Kasım ayı sonunda, 2000 yılları için hizmet verecek bugünkü eğitim ve hastane blokları temeli atılarak inşaatına başlanmıştır. Bugün C Blok olarak hizmet vermekte olan 15 katlı poliklinik binası 1994 yılında ve D Blok olarak hizmet vermekte olan yataklı tedavi üniteleri 1997 yılında hizmete girmiştir.

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

Bazı polikliniklere kolay ulaşmayı sağlamak ve yoğunluğu azaltmak için ilave yapılan ek poliklinik binası 29 Nisan 2003 tarihinde hizmete açılmıştır.

Yıllar içinde büyüyerek ve hizmet kapsamını arttırarak faaliyetlerine devam etmekte olan birimizde; 2018 yılı itibarıyla 956 yatak kapasitesiyle 71.049 hastaya yatarak ve 1.097.686 hastaya ayaktan tedavi hizmeti sunulmuştur.

Tablo.1 Gazi Hastanesi Genel Kaynaklarının Yıllara Göre Karşılaştırılması

KAYNAK	2017	2018
Yatak Sayısı	886	1007*
Yatak Doluluk Oranı (%)	80,73	83,61
Ortalama Yatış Süresi (gün)	3,8	5,28
Doktor Sayısı	992	1120
Hemşire Sayısı	780	892
İdari ve Teknik Personel Sayısı	1082	1025

*Tescilli yatak sayısı. Yataklarımızın 121 tanesi kapalı olup, 886 yatak ile hizmet verilmektedir.

Tablo.2 Gazi Hastanesi Hizmetlerinin Yıllara Göre Karşılaştırılması

Hizmetler	2017	2018
Poliklinik Hasta Sayısı	1.062.217	1.097.686
Yatan Hasta Sayısı	67.708	71.049
Ameliyat Sayıları	59.090	56.731
Laboratuvar İşlem Sayıları	7.851.090	8.893.541
Radyoloji İşlem Sayıları	455.848	440.363

1.3 Misyonu, Vizyonu, Değerleri, Hedefleri

Misyonumuz: Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi olarak temel hedefimiz, tıp ve teknoloji alanında yaşanan gelişmeleri takip ederek, toplumun ihtiyacı olan kaliteli tanı ve tedavi hizmetlerini sunmakla birlikte; alanında nitelikli eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerinin yürütülmesine olanak sağlamaktır.

Vizyonumuz: Modern tıbbın ışığında, tıp ve teknoloji alanında yaşanan gelişmeleri takip eden, etik ilke ve değerlere bağlı, hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetini sağlamaya odaklı, etkin, verimli ve kaliteli hizmet anlayışımızla Ülkemizde öncü ve Uluslararası alanda örnek bir Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi olmaktır.

Değerlerimiz:

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

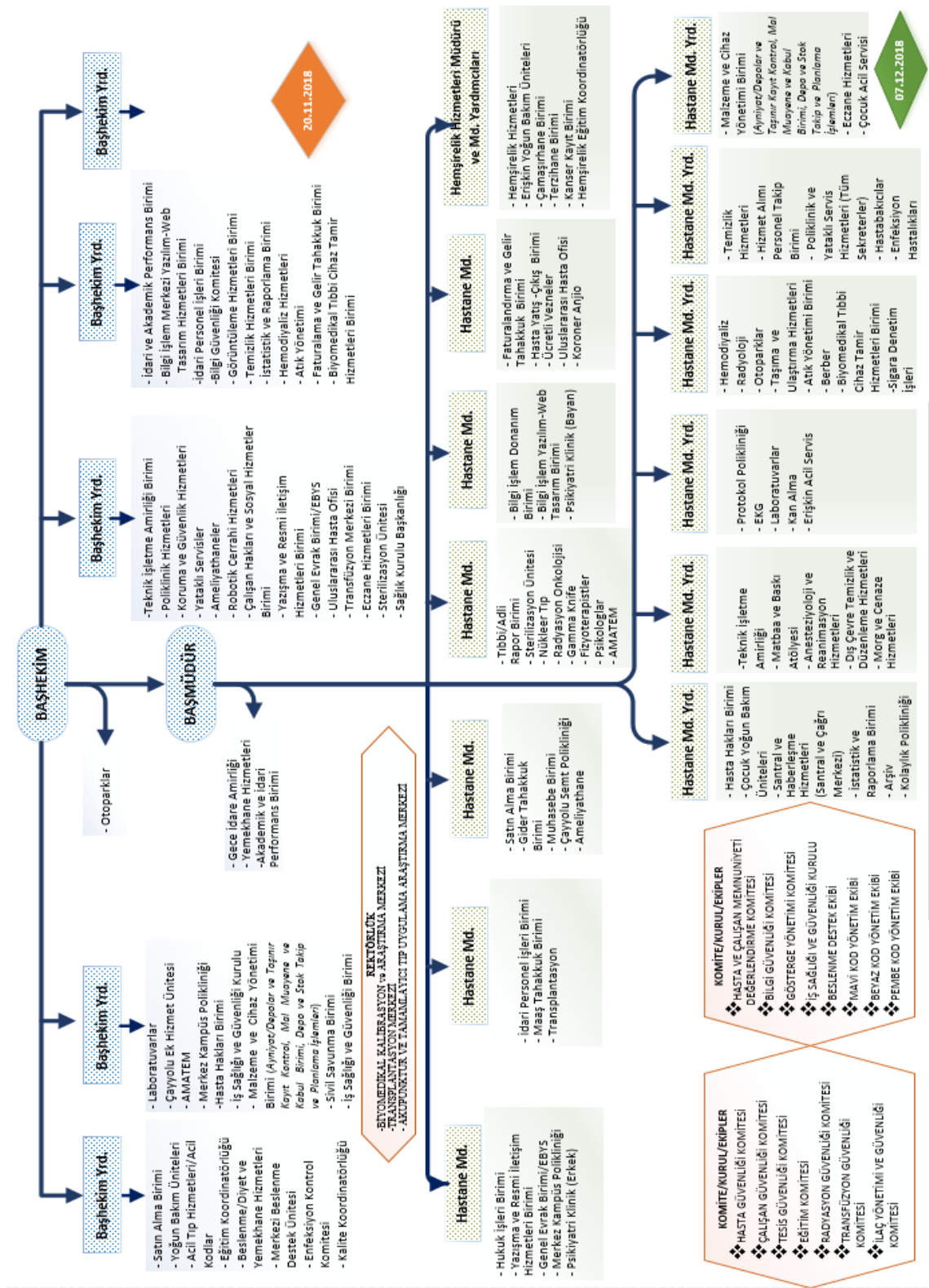
Hedeflerimiz:

- ✓ Hasta (müşteri) memnuniyetini arttırmak,
- ✓ Çalışanların memnuniyetini arttırmak,
- ✓ Sağlık Hizmeti ilişkili Enfeksiyon oranlarını azaltmak,
- ✓ Uygun olmayan (hatalı) hizmeti azaltmak,
- ✓ Sağlık hizmet kalitesini arttırmak,
- ✓ Çalışanların hizmet süreçlerine katkısını arttırmak,
- ✓ İş Sağlığı ve Güvenliği uygulamalarını ve uygulamalara çalışanların uyumunu arttırmak,
- ✓ Tıp ve Teknoloji alanında yaşanan gelişmeleri takip etmek ve gelişmelere hızlı uyum sağlamak.

1.4 Araştırma Faaliyetinin Yürütüldüğü Birimler

Birimimizde AR-GE faaliyetleri gerçekleştirilmemektedir. Birimiz, Üniversitemize bağlı Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyeleri tarafından yürütülen çalışmalarda uygulama sahası olarak kullanılabilir.

1.5 Birimin Organizasyonel Şeması



2. KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ

Birimimizde sunulan sağlık hizmetleri kalitesinin iyileştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanmasına temel olması amacıyla, Ocak 1997 tarihinde TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi çalışmalarına başlanmıştır. Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından birimizde gerçekleştirilen Belgelendirme Tetkiki sonucunda, birimiz 29 Mayıs 1998 tarihinden geçerli olmak üzere TS EN ISO 9001 Kalite Güvence Sistem Belgesi almış ve belge almaya hak kazanan ilk devlet üniversitesi olmuştur.

28 Mayıs 2001 tarihinde TS EN ISO 9001 belgesinin süresinin dolması üzerine, Kalite Yönetim Sistemlerinden ISO 9000'in geliştirilmiş, son revizyonu olan TS EN ISO 9001:2000 Sisteminin uygulanması kararı alınmış ve çalışmalarına başlanmıştır. Geçen zaman içinde, standartta gerçekleşen revizyonlar beraberinde; 2004 yılında TS EN ISO 9001:2000, 2009 yılında TS EN ISO 9001:2008 standartlarına geçiş sağlanmıştır. 2015 yılında Standartta yapılan revizyonla birlikte, 20-21 Haziran 2018 tarihlerinde TSE tarafından "Gözetim+Geçiş" tetkiki gerçekleştirilmiş ve tetkik sonrası 03.07.2018 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere TS EN ISO 9001:2015 versiyonuna geçiş sağlanmıştır. Yeni versiyonla ilgili çalışmalar devam etmektedir.

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte başlayan ve ilk defa Sağlık Bakanlığı tarafından 01 Mart 2011 tarih ve 9489 sayılı makam oluru ile yürürlüğe giren "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi" gereği birimizde yürütülmekte olan TSE kalite çalışmalarına ilave olarak, 2013 yılından itibaren Sağlık Bakanlığının "Hastane-Hizmet Kalite Standartları" birimizde uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Versiyon 5) rehberi doğrultusunda çalışmalar devam etmektedir.

Birimimize ait tüm Kalite Yönetim Sistemi çalışmalarının temeli ve yürütülmesi süreçleri; "Kalite El Kitabı ve zorunlu temel prosedürlerde (Yönetimin Gözden Geçirmesi Prosedürü (YÖN.PR.001), Dokümantasyon Prosedürü (YÖN.PR.002), Kayıtların Kontrolü Prosedürü (YÖN.PR.003), Düzeltici Faaliyet Prosedürü (YÖN.PR.004), İç Tetkik/Öz Değerlendirme Prosedürü (YÖN.PR.005), Uygun Olmayan Çıktıların Kontrolü Prosedürü (YÖN.PR.006) tanımlanmaktadır. Bununla birlikte hizmet süreçlerine yönelik; ilgili prosedür, talimat, plan ve rehber gibi dokümanlar aracılığıyla da hizmet kalite standartlarına ne şekilde uyum sağlanacağı belirtilmektedir.

Birimimizde sunulan hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesi, Kalite Güvence Sistemi işlerliğinin denetlenmesi amacıyla; her yıl Kalite Koordinatörlüğü tarafından 1 adet öz değerlendirme (iç tetkik) süreci yürütülmektedir. İlgili süreçte birimize bağlı tüm bölüm/birimlerde, yerinde kalite standartları ve gerekliliklerine uyum değerlendirmesi yapılmaktadır. Yapılan değerlendirmelerde karşılaşılan uygunsuzluklar doğrultusunda Düzeltici Faaliyetler gerçekleştirilmekte ve hizmet sürecinin gelişimine katkı sağlanmaktadır. Değerlendirme sonrasında tespit edilen uygunsuzluklarla ilgili olarak birimiz üst yönetimi ile toplantılar yapılmakta; uygunsuzlukların ne olduğu, çözümü için nasıl bir yol

izleneceği, sürecin nasıl yönetileceği ve çıktıların kontrolü gibi konularında planlar oluşturularak kayıt altına alınmaktadır.

TSE ile yapılan sözleşme gereği, birimimizin karşılamayı taahhüt etmiş olduğu standartlar doğrultusunda her yıl TSE tarafından gözetim tetkiki gerçekleştirilmekte ve süreçlerimiz denetlenmektedir. Benzer şekilde yılda bir kez Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları doğrultusunda kalite değerlendirmeleri yapılmakta, yapılan değerlendirmelerde tespit edilen uygunsuzlukların giderilmesine yönelik çalışmalar yürütülmektedir.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları değerlendirmeleri, birimiz Uluslararası Hasta Ofisinin faaliyetlerine devam edebilmesi açısından; 13.07.2017 tarih ve 30123 sayılı Resmî 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 önem taşımaktadır. Birimizin değerlendirmelerden almış olduğu kalite puanı sağlık turizmi konusunda birimizin yetkilendirilmesinde belirleyici bir kriterdir.

Birimimizde gerçekleştirilen dış değerlendirme süreçleri sonrası, değerlendirme kuruluşlarının hizmet süreçlerine ilişkin görüş ve önerilerine yönelik birimiz üst yönetimi ile toplantılar yapılmakta; uygunsuzlukların ve önerilerin ne olduğu, süreçlere katkısı, uygunsuzlukların giderilmesinde nasıl bir yol izleneceği, sürecin nasıl yönetileceği ve çıktıların kontrolü gibi konularında planlar oluşturularak kayıt altına alınmaktadır.

Ayrıca birimizden hizmet alan hastaların (müşterilerin), birimiz hizmet süreçlerine yönelik memnuniyet durumlarını değerlendirmek amacıyla anket uygulamaları yapılmakta ve elde edilen veriler doğrultusunda iyileştirme faaliyetleri ve düzeltici faaliyetler yürütülmektedir.

Birimimizde yıl içinde yürütülen Kalite Güvence Sistemine yönelik tüm faaliyetler, birime ait kalite göstergeleri, performans göstergeleri, hedeflere ulaşma dereceleri Kalite Koordinatörlüğü tarafından hazırlanan **“Kalite Yönetim Sistemi Performans Raporu”**nda birleştirilmekte ve ilgili rapor birim üst yönetimi ve tüm çalışanlarla paylaşılmaktadır.

Birimimizde 7 Mayıs 2018 tarihinde **“Gazi Hastanesi Gelecek Stratejileri Konferansı”** düzenlenmiştir. Kurumun idari ve yönetim yapısını temsil eden, başhekimlik ve başmüdürlüğe bağlı birimlerden oluşan 30 kişilik katılımcı grupta gerçekleşen konferansta birimin bugünü ve geleceğiyle ilgili tartışma ve analizler yapılmıştır. Çalışma sonucunda birimizin gelişiminde, geçmişten bugüne yaşanan gelişmeler doğrultusunda hayata geçirmiş olduğu başarılar, gelecek dönemde başarmayı planladıkları, kurumun güçlü-zayıf yanları ve çevresindeki fırsat ve tehdit unsurlarına ilişkin stratejik açılımlar, bu stratejik açılımlardan doğan görevler tespit edilmiştir. Elde edilen çıktılar doğrultusunda iyileştirme faaliyetlerine başlanmış olup, çalışmalar sürdürülmektedir.

2.1 Kalite Politikası

GAZİ HASTANESİ KALİTE POLİTİKASI

GAZİ HASTANESİNDE ÇALIŞMAKTAN MUTLULUK DUYAN, GÜLERYÜZLÜ, YETENEKLİ,
KONUSUNDA BİLGİLİ VE DENEYİMLİ EKİBİMİZLE HİZMET
VERMEK,

HASTANEMİZE BAŞVURANLARIN SAĞLIKLA İLGİLİ HER TÜRLÜ SORUNUNU GÜVENLİ BİR ŞEKİLDE
VE KISA SÜREDE ÇÖZÜMLEMEK,

BİLİM VE TEKNOLOJİDEKİ YENİLİKLERE UYGUN
OLARAK HİZMET KALİTEMİZİN ETKİNLİĞİNİ
SÜREKLİ GELİŞTİRMEK VE EN İYİ OLMAK,
HEDEFİMİZDİR.

REKTÖR

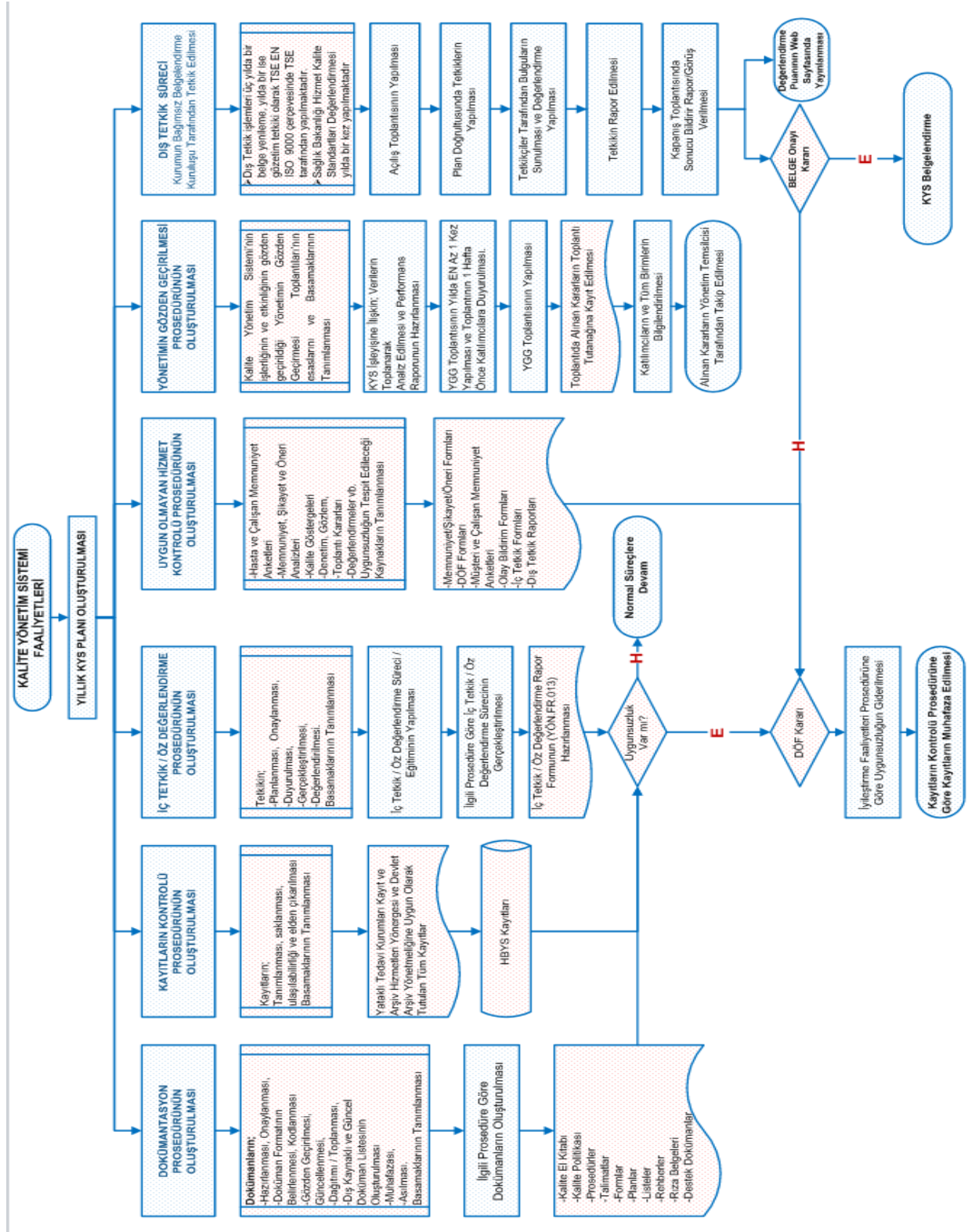
2.2 Kalite Koordinatörlüklerinin Görev, Sorumluluk ve Faaliyetleri

Birimimizde kalite çalışmaları Kalite Koordinatörlüğü denetim ve koordinasyonuyla yürütülmektedir. Kalite Koordinatörlüğü yapılanmamız; Kalite Koordinatörü, Kalite Yönetim Temsilcisi, Kalite Koordinatörlüğü Çalışanları ve Bölüm/Birim Kalite Sorumlularından oluşmaktadır. Birimimiz Kalite Koordinatörü (Başhekim) Rektör tarafından atanmaktadır. Kalite Yönetim Temsilcisi (Başhekim Yardımcısı), birimimiz yönetiminden bir kişi olmak üzere Kalite Koordinatörü tarafından atanır. Kalite Koordinatörlüğü çalışanlarımız; Kalite Koordinatörü ve Kalite Yönetim Temsilcisi değerlendirmeleri ile görevlendirilmektedir. Kalite Koordinatörlüğü çalışanları lisansüstü eğitimlerini tamamlamış, kalite konularında eğitim almış kişilerdir. Bölüm/Birim Kalite Sorumlularımız; kalite çalışmaları kapsamında, hizmet süreçlerine yönelik karşılanması gereken standartların; sahada uygulanmasını sağlamak ve Kalite Koordinatörlüğü ile işbirliği sağlamak üzere, Anabilim Dalı Başkanları ve birimimiz Başmüdürlüğü tarafından görevlendirilmektedir.

Kalite çalışmalarının yürütülmesi süreçlerine katkı sağlamak amacıyla, farklı hizmet süreçlerine yönelik komite, kurul ve ekipler (Örn: Hasta Güvenliği Komitesi, Çalışan Güvenliği Komitesi, Tesis Güvenliği Komitesi, Bilgi Güvenliği Komitesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi vb.) kurulmuş olup, her birinde alanında uzman kişiler görevlendirilmiştir.

Birimimiz Kalite Koordinatörlüğü görev, sorumluluk ve faaliyetleri “Kalite Koordinatörlüğü Prosedürü (YÖN.PR.044)”nde açık bir şekilde tanımlanmış olmakla birlikte, **Şema.1** Akış Şemasında özetlenmiştir.

Şema.1 Kalite Koordinatörlüğü Akış Şeması



2.3 Paydaş Katılımı

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, şikayet ve öneri dilekçeleri, birimimize e-posta yoluyla gönderilen memnuniyet, şikayet 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.

3. EĞİTİM-ÖĞRETİM FAALİYETİ

Birimimizde eğitim-öğretim faaliyeti gerçekleştirilmemektedir. Ancak üniversitemiz Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ve sağlık hizmetleri alanında eğitim veren fakültelerden saha uygulamasına gelen öğrenciler için, kendi öğretim üyeleri/görevlileri denetim ve gözetiminde uygulama alanı sağlanmaktadır.

Ancak birimizde; çalışanlarımızın mesleki konularda bilgi ve becerilerini artırmak, gelişen ve değişen tıp ve teknolojiye uyumlarını sağlamak, kalite standartlarına uyumlarını arttırarak hizmet kalitemizi geliştirmek amacıyla Eğitim Komitesi ve Eğitim Koordinatörlüğü tarafından eğitim çalışmaları sürdürülmektedir. Eğitim Koordinatörlüğü aracılığıyla bölüm/birimlerin eğitim planları ve eğitim talepleri alınarak yıllık Eğitim Planı oluşturulmaktadır. Oluşturulan planda belirtilen eğitimler gerçekleştirilmekte ve kayıt altına alınmaktadır. Birimiz eğitim faaliyetleri "Eğitim Prosedürü (YÖN.PR.013)" doğrultusunda gerçekleştirilmektedir.

Birimimizden hizmet alan hastalarımıza yönelik eğitim faaliyetleri, hizmet almış oldukları bölüm/birim çalışanları tarafından ihtiyaca uygun olarak gerçekleştirilmektedir.

4. ARAŞTIRMA-GELİŞTİRME VE TOPLUMSAL KATKI

Birimimizde AR-GE faaliyeti gerçekleştirilmemektedir. Ancak üniversitemiz Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ve sağlık hizmetleri alanında eğitim veren fakültelerde görevli öğretim üyeleri/görevlileri tarafından yürütülen çalışmalara saha açısından destek sağlanmaktadır.

5. YÖNETİM SİSTEMİ

5.1 Yönetim ve İdari Birimlerin Yapısı

Birimimiz yönetim ve idari birimlerinde; görev dağılımları yapılmakta, yetki devirleri sağlanmakta ve organizasyon yapısındaki etkileşimler organizasyon şemasında (**Bakınız: 1.5 Oryantasyon Şeması**) tanımlanmaktadır.

Hizmet süreçlerinin yönetimi ile ilgili olmak üzere, akış şemaları ve sürece ait prosedürler oluşturulmuştur. Temel hizmet süreçleri ile ilgili birimizde 87 adet prosedür ve akış şeması bulunmaktadır.

Birimimiz iç kontrol eylem planı ile ilgili sürece ait çalışmalar devam etmekte olup, iyileştirmeler yapılmaktadır. Aynı zamanda birimiz yönetim sürecine ilişkin hassas görevler (satın alma, gelir tahakkuk, bilgi işlem, vb.) tanımlanmış olup; görevlerin tanımı, risk düzeyi, alınması gereken önlem ve kontroller, görevin sorumluları dokümante edilmiştir.

5.2 Kaynakların Yönetimi:

Birimimizde insan kaynakları yönetimi mevzuat doğrultusunda, İdari Personel Hizmetleri Birimi tarafından yürütülmektedir. Birim faaliyetleri, “İdari Personel Hizmetleri Prosedürü (YÖN.PR.021)” ile tanımlanmıştır. Hizmet süreçlerinde ihtiyaç duyulan personel sayısı, ilgili süreç yöneticisi tarafından hesaplanmakta ve üst yönetimlerle paylaşılmaktadır. İdari ve destek hizmet sunan bölüm/birimlerde görev alan personellerin eğitimleri birimiz Eğitim Komitesi ve Eğitim Koordinatörlüğü tarafından organize edilmektedir. Çalışanlarımızın görevlere uyumlarını sağlama üzere genel ve bölüm uyum eğitimleri gerçekleştirilmekte ve kayıt altına alınmaktadır.

Birimimiz tüm hizmet süreçlerine ait taşınır ve taşınmaz kaynakların yönetimini sağlamaya yönelik çalışan birimlerin işleyişi ilgili prosedürlerinde tanımlanmıştır. Mevcut prosedürlerde yürütülen faaliyetler detaylı olarak ele alınmakta ve izlenmektedir.

Birimimiz hizmet süreçlerinin; malzeme, demirbaş, hizmet alımı, yapım/bakım/onarım taleplerinin mevzuata uygun kontrollü olarak değerlendirilmesi ve değerlendirme sonucuna göre talebin, en uygun koşullarla (mevzuat, uygun hizmet, uygun malzeme, uygun maliyet, uygun süre, uygun alım yöntemi vb.) karşılanması ile ilgili işleyişe ait usul ve esaslar “Satın Alma Prosedürü (YÖN.PR.020)” ile tanımlanmıştır. Prosedür doğrultusunda faaliyetler yürütülmekte, kontrol kriterleri ve kalite göstergeleri ile etkinliği değerlendirilmek koşuluyla izlenmektedir.

Benzer şekilde birimiz hizmet süreçlerine ait; her türlü kullanım ve tüketime mahsus malzeme, dayanıklı taşınır ve demirbaş alımı işlemlerine esas; planlamanın yapılması, alım kararı doğrultusunda satın alması tamamlanan malzeme, dayanıklı taşınır ve demirbaşların siparişlerinin oluşturulması, muayene ve kabul işlemlerinin yapılması, alınan malzeme, dayanıklı taşınır ve demirbaşların depolanması, dağıtılması, miat kontrollerinin yapılması ve kayıttan düşülmesi süreçlerinin tanımlanması ve düzenlenmesine ilişkin usul ve esaslar “Malzeme ve Cihaz Yönetimi Prosedürü (STK.PR.001)” ile tanımlanmıştır. Prosedür doğrultusunda faaliyetler yürütülmekte, kontrol kriterleri ve kalite göstergeleri ile etkinliği değerlendirilmek koşuluyla izlenmektedir.

5.3 Bilgi Yönetimi Sistemi

Birimimiz Bilgi Yönetim Sisteminin; ihtiyaca cevap verebilecek nitelikte, verimli ve etkili biçimde işler durumda tutulması, ihtiyaçlara göre geliştirilmesi ve güncellemelerin yapılması, yazılım ve donanım bölümleri ile birimiz tüm bölümlerinin koordinasyonunun sağlanması, kullanıcıların bilgi sistemleri ile ilgili talep ve şikayetlerinin değerlendirilerek gerekli düzeltme ve geliştirmelerin yapılarak çalışan memnuniyetinin en üst seviyeye çıkarılması, internet erişiminin sağlanması ve etkili ve verimli kullanılması için gerekli alt yapı faaliyetlerinin yürütülmesi, bilgiye hızlı ve güvenli erişim ilkeleri ile uç kullanıcıların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde merkezimiz web sitesinin yönetim, kontrol ve güncellemelerinin yapılması, hastanemiz bünyesinde kullanılmakta olan bilgi sistemi cihaz ve donanımlarının bakım ve onarımının yapılması, teknoloji uyumunun sağlanması, bilgi akışını sağlayan sunucu sistemlerinin kurulumlarının ve gerekli bakımlarının yapılarak kesintisiz çalışmasının sağlanması, bilgisayar ağ alt yapısının planlanması ve yürütülmesi ve bilgi güvenliğinin sağlanmasına yönelik çalışmaların yürütülerek kayıt altına alınmasına ilişkin usul ve esaslar “Bilgi İşlem Merkezi Prosedürü (BİL.PR.001)” ile tanımlanmıştır. Prosedür doğrultusunda faaliyetler yürütülmekte, kontrol kriterleri ve kalite göstergeleri ile etkinliği değerlendirilmek koşuluyla izlenmektedir.

Birimimiz hizmet süreçlerinde; birimizden hizmet alanların (hastalar)sıklıkla hassas verileri elde edildiği için, 24/3/2016 tarihli 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu gereği Kişisel Verilerin Korunması Komitesi kurulmuş ve çalışmalarına başlamıştır. Bu kapsamda bilgi güvenliği ve mahremiyetinin sağlanması için gereken önlemler alınmaktadır.

5.4 Kurum Dışından Tedarik Edilen Hizmetlerin Kalitesi:

Kurum dışından alınan idari ve/veya destek hizmetlerin tedarik süreçleri ile ilgili; hizmetin özelliğine göre teknik şartnameleri oluşturulmakta ve alım sürecinde değerlendirmeler şartnamede belirlenen kriterler doğrultusunda yapılmaktadır. Hizmetin uygunluğu ve kalitesi hizmetin özelliğine göre görevlendirilen kontrol teşkilatları (Tehlikeli Atık-Tıbbi Atık Kontrol Teşkilatı, Çamaşır Hizmetleri Kontrol Teşkilatı vb.) aracılığıyla belirli aralıklarla değerlendirilmektedir. Yapılan değerlendirmeler sonucu tespit edilen uygunsuzluklarla ilgili, gereken iyileştirme çalışmaları yapılmakta veya yasal süreçler işletilmektedir.

İç paydaşların, birimiz için tedarik edilen hizmetlerden memnuniyetine yönelik memnuniyet anketleri (Örnek: Çamaşırhane Hizmetleri Memnuniyet/Şikayet Değerlendirme Anketi [ÇAM.YD.002], Satın Alma Hizmetleri İç Müşteri Memnuniyet Değerlendirme Anketi (YÖN.YD.073)) uygulanmakta, sonuçları analiz edilerek gereken iyileştirme çalışmaları yürütülmektedir.

5.5 Yönetimin Etkinliği, Hesap Verebilirliği ve Kamuoyunu Bilgilendirme:

Birimimiz yönetimi, bölüm/birim çalışanları ile yaptığı toplantılarda yönetsel faaliyetlerini değerlendirebilmektedir. Bununla birlikte yürütülen kalite çalışmaları kapsamında; yılda en az 1 kez olmak üzere “Yönetimin Gözden Geçirilmesi Prosedürü (YÖN.PR.001)”ne göre, tüm bölüm/birim sorumluları ile Yönetimin Gözden Geçirilmesi toplantısı yapılmaktadır. İlgili toplantıda hizmet süreçleri ile ilgili aksayan, ancak yönetsel olarak çözümlenmesine ihtiyaç duyulan konular görüşülmekte ve bu konularla ilgili yönetim tarafından geri bildirimlerde bulunmaktadır.

Birimimizde yürütülen hizmetler, hizmete erişim ilgili bilgiler 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.

6. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Birimimizde yürütülmekte olan tüm faaliyetler; birimiz misyonu, vizyonu, değerleri ve hedefleri doğrultusunda şekillenmektedir. Hizmet sunduğumuz alanın niteliği gereği öncelikli hedeflerimiz; hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması, etkinlik-etkililiktir. Hedeflere ulaşma ve alanında örnek bir birim olabilme yolunda tüm süreçlerimizde PUKÖ (planlama, uygulama, kontrol etme ve önlem alma) döngüsü çalıştırılmaktadır.