

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME RAPORU

26.02.2021

İçindekiler

ÖZET	3
BİRİM HAKKINDA BİLGİLER.....	3
1. İletişim Bilgileri.....	3
2. Tarihsel Gelişimi.....	4
3. Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri.....	6
A. KALİTE GÜVENCESİ SİSTEMİ	9
B. EĞİTİM VE ÖĞRETİM	22
C. ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME	44
D. TOPLUMSAL KATKI	56
E. YÖNETİM SİSTEMİ	61

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 birimizde 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 beş ana başlık yer almaktadır.(a. Kalite Güvencesi Sistemi, b. Eğitim ve Öğretim, c. Araştırma ve Geliştirme, d. Toplumsal Katkı, e. Yönetim Sistemi) Başlıklar altında yer alan ölçütlerde birimizde yürütülen faaliyetler açıklanmış, bu faaliyetlere ilişkin kanıtlar sunulmuş ve olgunluk düzeyleri puanlanmıştır.

BİRİM HAKKINDA BİLGİLER

1. İletişim Bilgileri

Birim Yöneticisi (Başhekim)

Doç. Dr. Hasan BOSTANCI

Adres: Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği, Emniyet Mahallesi, Mevlana Bulvarı, No:29, 06560, Yenimahalle/ANKARA

Tel: 0 312 202 50 90

e-posta:hasanbostanci@gazi.edu.tr

Birim Kalite Direktörü (Başhekim Yardımcısı)

Başhekim Yardımcısı Doç. Dr. Asiye Uğraş DİKMEN

Adres: Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği, Emniyet Mahallesi, Mevlana Bulvarı, No:29, 06560, Yenimahalle/ANKARA

Tel: 0 312 202 50 97

e-posta: asiyeud@gazi.edu.tr

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	
	2020*	2020**	2020	
ACİL SERVİS HİZMETLERİ	30	11.170		
YOĞUN BAKIM	120	5.197		
KLİNİK	519	36.878		
AMELİYAT SAYISI		37.953		
POLİKLİNİK HASTASI SAYISI		702.530		
LABORATUVAR HİZMETLERİ		325.470		7.060.318
RADYOLOJİ ÜNİTESİ HİZMETLERİ		205.726		323.981
NÜKLEER TIP HİZMETLERİ		4.643	6.860	

*Covid yatakları dahil; Anne yanı bebek küvöz sayısı (68), Yenidoğan bebek triaj yatakları (3), Nükleer Tıp AD yatakları (2), Uyku Merkezi yatakları (4) ve Algoloji yatakları (2) dahil değildir.

** Covid Klinikleri (1.853) ve Covid Yoğun Bakım (473) hastaları dahildir.

Tablo-2 Akademik ve İdari Çalışan Sayıları

Akademik Personel		İdari Personel		Sürekli İşçiler/4D
Profesör	231	657/4A	1508	1310
Doçent	87	657/4B	518	
Doktor Öğretim Üyesi	36			
Öğretim Görevlisi	77			
Araştırma Görevlisi	556			
Araştırma Görevlisi Diğer (Sağlık Bakanlığı 13b/4-Protokol)	143			

Tablo-3 Hastane Alanları

Birim	Sayı (Adet)	Alan (m2)
A Blok	1	5.550
Yoğun Bakım	11	2.374
Genel Ameliyathane	23	2.560
Klinik	3 Blok	30.625
Laboratuvar	10	3.200
Eczane	1	605
Radyoloji Alanı	1	2.800
Nükleer Tıp Alanı	1	1.415
Sterilizasyon Alanı	1	1.400
Mutfak	1	1.100
Çamaşırhane	1	457
Teknik Servis	1	800
Poliklinik Binası	1	24.020
İdari, Hizmet, Tetkik Katları	1	17.530
Radyoterapi Alanı	1	684
Hemodiyaliz Alanı	1	1.500
E Blok	1	38.400
Hastane Toplam Kapalı Alanı	-	135.595

Tablo-4 Çayyolu Semt Polikliniği, Merkez Kampüs Sağlık Birimi ve AMATEM Alanları

Birim	Sayı (Adet)	Alan (m2)
Çayyolu Semt Polikliniği	1	3.800
Merkez Kampüs	1	1.370
AMATEM	1	3.500

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 olmaktadır.

Temel 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

A.1. Misyon ve Stratejik Amaçlar

Birim, stratejik yönetiminin bir parçası olarak Üniversitenin kalite güvencesi politikaları ve bu politikaları hayata geçirmek üzere stratejilerini belirlemeli ve kamuoyuyla paylaşmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><u>A.1.1. Misyon, vizyon, stratejik amaç ve hedefler</u></p> <p>Birimimizde misyon ve vizyon ifadesi tanımlanmıştır, birim çalışanlarınca bilinmektedir ve WEB sayfasında paylaşılmaktadır. 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 hazırlanmıştır. Mevcut stratejik plan hazırlanırken bir öncekinin ayrıntılı değerlendirilmesi yapılmış ve kullanılmıştır; yıllık gerçekleşme takip edilerek ilgili komite, kurul ve ekip toplantılarında tartışılmakta ve iç paydaş ve dış paydaşlarla değerlendirilerek gerekli önlemler alınmaktadır.</p>	<p>Birimde stratejik plan kapsamında tanımlanmış misyon, vizyon, stratejik amaçlar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin stratejik plan kapsamında tanımlanmış ve birime özgü misyon, vizyon, stratejik amaç ve hedefleri bulunmaktadır.</p>	<p>Birim genelinde stratejik amaçlar ve hedeflerle uyumlu uygulamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Stratejik amaç ve hedefler doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamalar izlenmekte ve paydaşlarla birlikte değerlendirilerek önlemler alınmaktadır.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
<p>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Stratejik Plan</i> • <i>Komite, Kurul Toplantı Tutanaqları</i> 					

A.1. Misyon ve Stratejik Amaçlar	1	2	3	4	5
<p><u>A.1.2. Kalite güvencesi; eğitim ve öğretim; araştırma ve geliştirme; toplumsal katkı ve yönetim politikaları</u></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>	Birim tanımlı politikaları bulunmamaktadır.	Birimde ilan edilmiş tanımlı politikalar bulunmaktadır.	Birim birbiriyle ilişkilendirilmiş, tüm programları tarafından benimsenen ve paydaşlarınca bilinen politikaları ve bu politikalarla uyumlu uygulamaları bulunmaktadır.	Bu politikalar ve bağlı uygulamalar izlenmekte ve ilgili paydaşlarla birlikte değerlendirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
<p>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalite Politikası • Toplantı Tutanağı 					

A.1. Misyon ve Stratejik Amaçlar	1	2	3	4	5
<p><u>A.1.3. Kurumsal performans yönetimi</u></p> <p>Birimde performans yönetim sistemleri bütünsel bir yaklaşımla ele alınmaktadır. Birimin stratejik amaçları doğrultusunda sürekli iyileştirmeye 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 performans göstergeleri tanımlanmış ve paylaşılmıştır.</p> <p>Performans göstergelerinin iç kalite güvencesi sistemi ile nasıl ilişkilendirildiği tanımlanmış ve yazılıdır. Kararlara yansıma 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>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Performans Göstergeleri</i> • <i>Faaliyet Raporu</i> 					

A.2. İç Kalite Güvencesi

Birim, iç kalite güvencesi sistemini oluşturmalı ve bu sistem ile süreçlerin gözden geçirilerek sürekli iyileştirilmesini sağlamalıdır. Kalite Ekibinin yetki, görev ve sorumlulukları açık şekilde tanımlanmalı ve birimde kalite kültürü yaygınlaştırılmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p>A.2.1. Kalite Ekibi</p> <p>Hastanemiz bünyesinde kalite güvencesi süreçlerini yürütmek üzere Kalite Direktörlüğü oluşturulmuştur.</p> <p>Kalite Direktörü (Koordinatörü) ve Kalite Direktörlüğü çalışanlarının yetki, görev ve sorumlulukları ilgili prosedürde tanımlanmıştır. Kalite Direktörü aynı zamanda başhekim yardımcısı olduğu için planlama ve karar alma sürecinde etkin rol oynamaktadır.</p> <p>-Kalite Direktörlüğü yetki, görev ve sorumlulukları kapsamında çalışmalarını kapsayıcı ve katılımcı bir yaklaşımla şeffaf olarak yürütmektedir. Kalite Direktörlüğü , tüm komite/kurul/ekip toplantılarında üye olarak bulunarak uygulamaların bütüncül kalite yönetimi kapsamında yürütülmesini sağlamaktadır. Uygulama sonuçlarını izlemektedir.</p> <p>- Kalite Direktörlüğüne destek olmak amacıyla 20 adet komite/kurul ve ekip oluşturulmuştur. Komite/kurul/ekiplerin görev ve sorumlulukları ilgili prosedürde tanımlanmıştır.</p> <p>İzlem sonuçları değerlendirilerek iyileştirmeler planlanıp gerçekleştirilmektedir.</p> <p>- Kalite Direktörlüğünün ve ilgili diğer komite/kurul/ekiplerin, kurumsal amaçlar doğrultusunda, sürdürülebilir ve bütüncül uygulamaları kurumun tamamında benimsenmesi için çalışmaları devam etmektedir.</p>	<p>Birimde kalite güvencesi süreçlerini yürütmek üzere oluşturulmuş bir kalite ekibi bulunmamaktadır.</p>	<p>Kalite ekibinin yetki, görev ve sorumlulukları ile organizasyon yapısı tanımlanmıştır.</p>	<p>Kalite ekibi birimin kalite güvencesi çalışmalarını etkin, kapsayıcı, katılımcı, şeffaf ve karar alma mekanizmalarında etkili biçimde yürütmektedir.</p>	<p>Kalite ekibi çalışma biçimi ve işleyişi izlenmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komite, Kurul Toplantı Tutanaqları • Kalite Koordinatörlüğü Prosedürü • Kalite Koordinatörlüğü Akış Şeması • Komite Kurul Ekip Akış Şeması • Hasta ve Çalışan Geri Bildirim Anketleri • Memnuniyet-Şikayet-Öneri Formu 				

A.2. İç Kalite Güvencesi	1	2	3	4	5
<p>A.2.2. İç kalite güvencesi mekanizmaları (PUKÖ çevrimleri, takvim, birimlerin yapısı)</p> <p>-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.</p> <p>-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 yönetilir.</p> <p>-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.</p> <p>-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.</p> <p>-Birime ait politika ayrıntılarının yer aldığı erişilebilir ve güncellenen bir doküman olarak Kalite El Kitabımız oluşturulmuştur.</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>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalite El Kitabı • Bölüm/Birim İş Akış şemaları • Görev Tanımları Formu • Bölüm/Birim Prosedürleri • Özdeğerlendirme /İç Tetkik Planı 					

A.2. İç Kalite Güvencesi

A.2.3. Liderlik ve kalite güvencesi kültürü

Birimde liderlik anlayışı ve koordinasyon kültürü yerleşmiştir. Akademik ve idari birimler ile yönetim arasında etkin bir iletişim ağı oluşturulmuştur.

Kurumsal süreklilik ve nasıl çalıştığı, deneyim birikimlerinin oluşma hızı, kalite kültürü geliştirme hızı takip edilmekte ve irdelenmektedir. Geri bildirim, izleme, içselleştirme fırsatları ve üst yönetimin bunlara katkısı sürekli değerlendirilmektedir.

Kurumda kalite güvencesi kültürünü destekleyen, tüm birimleri ve süreçleri kapsayan kurumsal kültür ve liderlik anlayışı bulunmaktadır. Hastanemiz bünyesinde kalite yönetim sistemini destekleyici 20 adet komite/kurul ve ekip bulunmaktadır. Bu komite/kurul ve ekiplerin başkanı mutlaka başhekim, başhekim yardımcısı düzeyindedir. Ayrıca hastane başmüdürü, müdür ve müdür yardımcıları da toplantılara üye olarak katılmaktadır. Burada planlanan ve gerçekleşen iyileştirme faaliyetleri aracılığıyla uygulama sonuçları izlenmektedir.

TSE ve Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen dış değerlendirmelerde liderlik ve kalite güvencesi kültürü gözden geçirilmekte, değerlendirilmekte ve bu doğrultuda iyileştirici faaliyetler önerilmektedir.

Kurumun kalite kültürünü güçlendirme ve liderlik yaklaşımı yenilikçi uygulamaları kapsamında; Gazi Hastanesi'nin sahip olduğu potansiyeli gelecekte daha etkin bir şekilde hayata geçirmesi için gerekli stratejilerin belirlenebilmesi amacıyla, "Gazi Hastanesi Gelecek Stratejileri Konferansı" 7 Mayıs 2018 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

Gazi Hastanesi Gelecek Stratejileri Konferansı, kurumun idari ve yönetim yapısını temsil eden, başhekimlik, başhekimlik

1

Birimdeki liderlik yaklaşımları kalite güvencesi kültürünün gelişimini desteklememektedir.

2

Birimde kalite güvencesi kültürünü destekleyen liderlik yaklaşımı oluşturmak üzere planlamalar bulunmaktadır.

3

Birimin geneline yayılmış, kalite güvencesi kültürünün gelişimini destekleyen liderlik uygulamaları bulunmaktadır.

4

Liderlik uygulamaları ve bu uygulamaların kalite güvencesi kültürünün gelişimine katkısı izlenmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.

5

İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

Kanıtlar

- *Komite/Kurul ve Ekip Toplantı Tutanaqları*
- *Gazi Hastanesi Gelecek Stratejileri Konferansı Sonuç Raporu*

yardımcılığı ve müdürlüklerden oluşan 30 kişilik bir katılımcı grupla gerçekleştirilmiştir. Sahip olunan güçlü ve zayıf yönler ile çevresindeki fırsat ve tehditlerin belirlenmesi,

2. Geçmişten bugüne kadar ortaya konan başarılar ve henüz başarılabilenler,
3. Kurumun sahip olduğu güçlü ve zayıf yönler ile fırsat ve tehditler doğrultusunda stratejik açılımların tespiti,
4. Stratejik açılım için gerekli görevlerin tespiti,
5. Belirlenen görevlerin önem ve önceliklerine göre puanlandırılması çalışmalarından oluşmuştur.

A.3. Paydaş Katılımı

Birim, iç ve dış paydaşların kalite güvencesi sistemine katılımını ve katkı vermesini sağlamalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><u>A.3.1. İç ve dış paydaşların kalite güvencesi, eğitim ve öğretim, araştırma ve geliştirme, yönetim ve uluslararasılaşma süreçlerine katılımı</u></p> <p>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 iç ve dış paydaş katılımı ve etkinliği mevcuttur. Sonuçlar değerlendirilmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.</p> <p>-Kalite Yönetim Sistemi çalışmalarına katkı sağlama amacına yönelik; iç paydaşların (çalışanlar) ve dış paydaşların (hasta/hasta yakınları/işbirliği yapılan kurum ve</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>

kuruluşlar/hizmet alımları) katkılarına almak için anket uygulamaları (Hasta ve Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Anketleri) sonuçları, Hasta Hakları Birimine iletilen memnuniyet, şikayet ve öneri dilekçeleri, CİMER' e elektronik posta ile yapılan şikayet, memnuniyet ve öneriler, birimize 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.

Kanıtlar

- *İç ve Dış Paydaş Listesi*
- *Hasta ve Çalışan Geri Bildirim Anketleri*
- *Memnuniyet-Şikayet-Öneri Formu*
- *Hasta ve Çalışan Geri Bildirim Anket Sonuçları*
- *Hasta ve Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Komitesi Toplantı Tutanaqları*
- *Hasta Hakları Birimine İletilen Şikayetler*
- *Web Sayfası İletişim Ekranı*

A.4. Uluslararasılaşma

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

	1	2	3	4	5
<p>A.4.1. Uluslararasılaşma politikası</p> <p>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.</p>	Birimde bir uluslararasılaşma politikası bulunmamaktadır.	Birimin misyon ve hedefleriyle uyumlu, ilan edilmiş bir uluslararasılaşma politikası bulunmaktadır.	Birimin uluslararasılaşma uygulamaları ilgili programlara yayılmış, benimsenmiş ve kalite politikasıyla uyumludur.	Birimin uluslararasılaşma uygulamaları izlenmekte ve izlem sonuçlarına göre uluslararasılaşma politikaları iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
<p>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Uluslararası Hasta Ofisi Birimi Prosedürü</i> • <i>Medicamap - Sağlık Bakanlığı Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi</i> • <i>Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu</i> 					

A.4. Uluslararasılaşma	1	2	3	4	5
<p>A.4.2. Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı</p> <p>Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsallaşmıştır. Yönetim ve organizasyonel yapının işleyişi ve etkinliği irdelenmektedir. Kanıtlarda sunulmuştur.</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>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uluslararası Hasta Ofisi Birimi Prosedürü</i> • <i>Uluslararası Hasta Ofisi Akış Şeması</i> • <i>Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu</i> 					

A.4. Uluslararasılaşma

	1	2	3	4	5
<p>A.4.3. Uluslararasılaşma kaynakları</p> <p>Uluslararasılaşmaya ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış, kurumsallaşmıştır, bu kaynaklar nicelik ve nitelik bağlamında izlenmekte ve değerlendirilmektedir.</p> <p>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.</p> <p>Bölümümüzde faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için gereken sayıda 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.</p> <p>Ofiste Hizmetlerin yürütülmesi için gerekli olan malzeme ve cihaz (bilgisayar, yazıcı, internet, telefon) bulunmaktadır.</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 programlar 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>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> Uluslararası Hasta Ofisi Birimi Prosedürü 				

A.4. Uluslararasılaşma

A.4.4. Uluslararasılaşma performansı

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

1

Birimde uluslararasılaşma faaliyeti bulunmamaktadır.

2

Birimde uluslararasılaşma politikasıyla uyumlu faaliyetlere yönelik planlamalar bulunmaktadır.

3

Birimin geneline yayılmış uluslararasılaşma faaliyetleri bulunmaktadır.

4

Birimde uluslararasılaşma faaliyetleri izlenmekte ve iyileştirilmektedir.

5

İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

Kanıtlar

- *Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu*

B.1. Programların Tasarımı ve Onayı

Birim, yürüttüğü programların tasarımını, öğretim programlarının amaçlarına ve öğrenme çıktılarına uygun olarak yapmalıdır. Programların yeterlilikleri, Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikleri Çerçevesi'ni esas alacak şekilde tanımlanmalıdır. Ayrıca birim, program tasarım ve onayı için tanımlı süreçlere sahip olmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p>B.1.1. Programların tasarımı ve onayı</p> <p>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.</p> <p>Birimimizde; 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 Yönetim Birimi tarafından eğitim çalışmaları sürdürülmektedir. Eğitim Yönetim Birimi aracılığıyla bölüm/birimlerin eğitim planları ve eğitim talepleri alınarak yıllık Eğitim Planı oluşturulmaktadır. Oluşturulan planda belirtilen eğitimler gerçekleştirilmekte ve kayıt altına alınmaktadır. Birimimiz eğitim faaliyetleri "Eğitim Prosedürü (YÖN.PR.013)" doğrultusunda gerçekleştirilmektedir.</p> <p>-Birimimizden hizmet alan hastalarımıza yönelik eğitim faaliyetleri, hizmet almış oldukları bölüm/birim çalışanları tarafından ihtiyaca uygun olarak gerçekleştirilmektedir.</p>	<p>Birimde programların tasarımı ve onayına ilişkin süreçler tanımlanmamıştır.</p>	<p>Birimde programların tasarımı ve onayına ilişkin ilke, yöntem, TYYÇ ile uyum ve paydaş katılımını içeren tanımlı süreçler bulunmaktadır.</p>	<p>Tanımlı süreçler doğrultusunda; Birimin genelinde, tasarımı ve onayı gerçekleşen programlar, programların amaç ve öğrenme çıktılarına uygun olarak yürütülmektedir.</p>	<p>Programların tasarım ve onay süreçleri sistematik olarak izlenmekte ve ilgili paydaşlarla birlikte değerlendirilerek iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
<p>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Eğitim Yönetim Prosedürü</i> • <i>Eğitim Planı</i> • <i>Eğitim Katılım Listesi</i> 					

EĞİTİM ve ÖĞRETİM					
B.1. Programların Tasarımı ve Onayı	1	2	3	4	5
<p>B.1.2. Programın ders dağılım dengesi</p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	Ders dağılımına ilişkin, ilke ve yöntemler tanımlanmamıştır.	Ders dağılımına ilişkin olarak alan ve meslek bilgisi ile genel kültür dersleri dengesi, zorunlu- seçmeli ders dengesi, kültürel derinlik kazanma, farklı disiplinleri tanıma imkânları gibi boyutlara yönelik ilke ve yöntemleri içeren tanımlı süreçler bulunmaktadır.	Programların genelinde ders bilgi paketleri, tanımlı süreçler doğrultusunda hazırlanmış ve ilan edilmiştir.	Programlarda ders dağılım dengesi izlenmekte ve iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

	EĞİTİM ve ÖĞRETİM				
B.1. Programların Tasarımı ve Onayı	1	2	3	4	5
<p>B.1.3. Ders kazanımlarının program çıktılarıyla uyumu</p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	Ders kazanımları program çıktıları ile eşleştirilmemiştir.	Ders kazanımlarının oluşturulması ve program çıktılarıyla uyumlu hale getirilmesine ilişkin ilke, yöntem ve sınıflamaları içeren tanımlı süreçler bulunmaktadır.	Ders kazanımları programların genelinde program çıktılarıyla uyumlandırılmıştır ve ders bilgi paketleri ile paylaşılmaktadır.	Ders kazanımlarının program çıktılarıyla uyumu izlenmekte ve iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

	EĞİTİM ve ÖĞRETİM				
B.1. Programların Tasarımı ve Onayı	1	2	3	4	5
<p><u>B.1.4. Öğrenci iş yüküne dayalı ders tasarımı</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	Dersler öğrenci iş yüküne dayalı olarak tasarlanmamıştır.	Öğrenci iş yükünün nasıl hesaplanacağına ilişkin staj, mesleki uygulama hareketlilik gibi boyutları içeren ilke ve yöntemlerin yer aldığı tanımlı süreçler* bulunmaktadır.	Dersler öğrenci iş yüküne uygun olarak tasarlanmış, ilan edilmiş ve uygulamaya konulmuştur.	Programlarda öğrenci iş yükü izlenmekte ve buna göre ders tasarımı güncellenmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

		EĞİTİM ve ÖĞRETİM				
B.1. Programların Tasarımı ve Onayı		1	2	3	4	5
<p><u>B.1.5. Ölçme ve değerlendirme sistemi</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>		Birimin ölçme ve değerlendirme sistemi bulunmamaktadır.	Birimde bütüncül bir ölçme ve değerlendirme sistemi kurmak için tanımlanmış ilke ve kurallar bulunmaktadır.	Birimin genelinde bu ilke ve kuralara uygun ölçme ve değerlendirme uygulamaları yürütülmektedir.	Birimde ölçme ve değerlendirme uygulamaları izlenmekte ve izlem sonuçlarına göre ölçme ve değerlendirme sisteminde iyileştirme yapılmaktadır.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

B.2. Öğrenci Kabulü ve Gelişimi

Birim, öğrenci kabullerine yönelik açık kriterler belirlemeli; diploma, derece ve diğer yeterliliklerin tanınması ve sertifikalandırılması ile ilgili olarak önceden tanımlanmış ve yayımlanmış kuralları tutarlı ve kalıcı bir şekilde uygulamalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><u>B.2.1. Öğrenci kabulü, önceki öğrenmenin tanınması ve kredilendirilmesi*</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde öğrenci kabulü, önceki öğrenmenin tanınması ve kredilendirilmesine ilişkin süreçler tanımlanmamıştır.</p>	<p>Birimde öğrenci kabulü, önceki öğrenmenin tanınması ve kredilendirilmesine ilişkin ilke, kural ve bağlı planlar bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde planlar dahilinde uygulamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Öğrenci kabulü, önceki öğrenmenin tanınması ve kredilendirilmesine ilişkin süreçler izlenmekte, iyileştirilmekte ve güncellemeler ilan edilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

		EĞİTİM ve ÖĞRETİM				
B.2. Öğrenci Kabulü ve Gelişimi		1	2	3	4	5
<p><u>B.2.2. Yeterliliklerin sertifikalandırılması ve diploma</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>		<p>Birimde diploma onayı ve diğer yeterliliklerin sertifikalandırılmasına ilişkin süreçler tanımlanmamıştır.</p>	<p>Birimde diploma onayı ve diğer yeterliliklerin sertifikalandırılmasına ilişkin kapsamlı, tutarlı ve ilan edilmiş ilke, kural ve süreçler bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde diploma onayı ve diğer yeterliliklerin sertifikalandırılmasına ilişkin uygulamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Uygulamalar izlenmekte ve tanımlı süreçler iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

B.3. Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme

Birim, öğrencilerin öğrenim süresince programların amaç ve öğrenme çıktılarına ulaşmasını sağlamalı, bu süreçte aktif öğrenme strateji ve yöntemleri içeren uygulamalar yürütmelidir. Ölçme ve değerlendirme süreçlerinde de öğrenci merkezli ve yeterlilik temelli bir yaklaşım benimsenmelidir.

	1	2	3	4	5
<p><u>B.3.1. Öğretim yöntem ve teknikleri</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	Öğrenme-öğretme süreçlerinde öğrenci merkezli yaklaşımlar bulunmamaktadır.	Öğrenme-öğretme süreçlerinde öğrenci merkezli yaklaşımın uygulanmasına yönelik ilke, kural ve planlamalar bulunmaktadır.	Programların genelinde öğrenci merkezli öğretim yöntem teknikleri tanımlı süreçler doğrultusunda uygulanmaktadır.	Öğrenci merkezli uygulamalar izlenmekte ve ilgili iç paydaşların katılımıyla iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

EĞİTİM ve ÖĞRETİM					
B.3. Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme	1	2	3	4	5
<p><u>B.3.2. Ölçme ve değerlendirme</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Programlarda öğrenci merkezli ölçme ve değerlendirme yaklaşımları bulunmamaktadır.</p>	<p>Öğrenci merkezli ölçme ve değerlendirmeye ilişkin ilke, kural ve planlamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Programların genelinde öğrenci merkezli ve çeşitlendirilmiş ölçme ve değerlendirme uygulamaları bulunmaktadır.</p>	<p>Öğrenci merkezli ölçme ve değerlendirme uygulamaları izlenmekte ve ilgili iç paydaşların katılımıyla iyileştirilmektedir</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

B.3. Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme

B.3.3. Öğrenci geri bildirimleri

Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.

1

Birimde öğrenci geri bildirimlerinin alınmasına yönelik mekanizmalar bulunmamaktadır.

2

Birimde öğretim süreçlerine ilişkin olarak öğrencilerin geri bildirimlerinin (ders, dersin öğretim elemanı, program, öğrenci iş yükü* vb.) alınmasına ilişkin ilke ve kurallar oluşturulmuştur.

3

Programların genelinde öğrenci geri bildirimleri (her yarıyıl ya da her akademik yıl sonunda) alınmaktadır.

4

Tüm programlarda öğrenci geri bildirimlerinin alınmasına ilişkin uygulamalar izlenmekte ve öğrenci katılımına dayalı biçimde iyileştirilmektedir. Geri bildirim sonuçları karar alma süreçlerine yansıtılmaktadır.

5

İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

		EĞİTİM ve ÖĞRETİM				
B.3. Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme		1	2	3	4	5
<p><u>B.3.4. Akademik danışmanlık</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>		Birimde tanımlı bir akademik danışmanlık süreci bulunmamaktadır.	Birimde öğrencinin akademik ve kariyer gelişimini destekleyen bir danışmanlık sürecine ilişkin tanımlı ilke ve kurallar bulunmaktadır.	Birimde akademik danışmanlık ilke ve kurallar dahilinde yürütülmektedir.	Birimde akademik danışmanlık hizmetleri izlenmekte ve öğrencilerin katılımıyla iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

B.4. Öğretim Elemanları

Birim, öğretim elemanlarının işe alınması, atanması, yükseltilmesi ve ders görevlendirmesi ile ilgili tüm süreçlerde adil ve açık olmalıdır. Öğretim elemanlarının eğitim ve öğretim yetkinliklerini sürekli iyileştirmek için olanaklar sunulmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><u>B.4.1. Atama, yükseltme ve görevlendirme kriterleri</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin atama, yükseltme ve görevlendirme süreçleri tanımlanmamıştır.</p>	<p>Birimin atama, yükseltme ve görevlendirme kriterleri tanımlanmış; ancak planlamada alana özgü ihtiyaçlar irdelenmemiştir.</p>	<p>Birimin tüm alanlar için tanımlı ve paydaşlarca bilinen atama, yükseltme ve görevlendirme kriterleri uygulanmakta ve karar almalarında (eğitim-öğretim kadrosunun işe alınması, atanması, yükseltilmesi ve ders görevlendirmeleri vb.) kullanılmaktadır.</p>	<p>Atama, yükseltme ve görevlendirme uygulamalarının sonuçları izlenmekte ve izlem sonuçları değerlendirilerek önlemler alınmaktadır.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

B.4. Öğretim Elemanları	1	2	3	4	5
<p>B.4.2. Öğretim yetkinliği</p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde öğretim elemanlarının öğretim yetkinliğini geliştirmek üzere planlamalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin öğretim elemanlarının; öğrenci merkezli öğrenme, uzaktan eğitim, ölçme değerlendirme, materyal geliştirme ve kalite güvencesi sistemi gibi alanlardaki yetkinliklerinin geliştirilmesine ilişkin planlar bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde öğretim elemanlarının öğretim yetkinliğini geliştirmek üzere uygulamalar vardır.</p>	<p>Öğretim yetkinliğini geliştirme uygulamalarından elde edilen bulgular izlenmekte ve izlem sonuçları öğretim elemanları ile birlikte irdelenerek önlemler alınmaktadır.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

		EĞİTİM ve ÖĞRETİM				
B.4. Öğretim Elemanları		1	2	3	4	5
<p><u>B.4.3. Eğitim faaliyetlerine yönelik teşvik ve ödüllendirme</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>		<p>Öğretim kadrosuna yönelik teşvik ve ödüllendirilme mekanizmaları bulunmamaktadır.</p>	<p>Teşvik ve ödüllendirme mekanizmalarının; yetkinlik temelli, adil ve şeffaf biçimde oluşturulmasına yönelik planlar bulunmaktadır.</p>	<p>Teşvik ve ödüllendirme uygulamaları birim geneline yayılmıştır.</p>	<p>Teşvik ve ödül uygulamaları izlenmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

B.5. Öğrenme Kaynakları

Kurum, eğitim ve öğretim faaliyetlerini yürütmek için uygun kaynaklara ve altyapıya sahip olmalı ve öğrenme olanaklarının tüm öğrenciler için yeterli ve erişilebilir olmasını güvence altına almalıdır.

	1	2	3	4	5
<p>B.5.1. Öğrenme ortamı ve kaynakları</p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin eğitim-öğretim faaliyetlerini sürdürebilmek için yeterli kaynağı bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin eğitim-öğretim faaliyetlerini sürdürebilmek için uygun nitelik ve nicelikte öğrenme kaynaklarının (sınıf, laboratuvar, stüdyo, öğrenme yönetim sistemi, basılı/e-kaynak ve materyal, insan kaynakları vb.) oluşturulmasına yönelik planları vardır.</p>	<p>Birimin genelinde öğrenme kaynaklarının yönetimi alana özgü koşullar, erişilebilirlik ve birimler arası denge gözetilerek gerçekleştirilmektedir.</p>	<p>Öğrenme kaynaklarının geliştirilmesine ve kullanımına yönelik izleme ve iyileştirme yapılmaktadır.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

EĞİTİM ve ÖĞRETİM										
B.5. Öğrenme Kaynakları										
1	2	3	4	5						
<p>B.5.2. Sosyal, kültürel, sportif faaliyetler</p> <p>Birimimizde sosyal, kültürel ve sportif faaliyetlere yönelik mekân, bütçe ve rehberlik desteği vardır. Ayrıca sosyal, kültürel, sportif faaliyetleri yürüten ve yöneten idari örgütlenme mevcuttur. Gerçekleşen uygulamalar irdelenmektedir.</p> <p>Hastalarımızın şifa bulma amacıyla geldikleri hastanemizde iç ve dış duvar resim çalışmalarımızla hastane ortamını, hastalarımızın sanatla buluştuğu stresten uzaklaştığı ortamlara dönüştürme çalışmalarımız devam etmektedir. Üniversitemizin Resim Bölümü ile yürütülen ortak çalışma hastane duvarlarımızı süslemektedir.</p> <p>- E blok rampası boyunca duvarlarımız fotoğraf sanatçılarının hastanemiz çalışanlarına yaptığı bağış resimlerle süslenmiş hem çalışanlarımızın hem hastalarımızın beğenisine sunulmuştur.</p> <p>- Resim sergilerimiz 75. Yıl Konferans Salonu fuaye alanında çalışanlarımızın beğenisine sunulmaktadır. (15 Mayıs 2020 Hemşirelik Haftası Fotoğraf Sergisi vb.)</p> <p>- Kemoterapi alan hastalarımıza Halk Eğitim Merkezinden görevlendirilen Resim öğretmenimiz eşliğinde tedavi sürecinde resim sanatıyla aldıkları tedavinin onları daha az yıpratmasına yönelik psikolojik destek sağlanmaya çalışılmaktadır. Hastalarımız tarafından yapılan tablolar ünite de sergilenmektedir.</p> <p>- Hastalarımızın ve refakatçilerinin el işi öğretmenlerimizin desteğiyle hazırlanan sergiler bulunmaktadır. (Çocuk Hematoloji-Onkoloji hastaları el işi sergisi, psikiyatri hastaları boncuk işi ve quilling sergisi)</p> <p>- Hastalarımız ve çalışanlarımız için hastanemizin ana koridorunda Tıp Fakültesi öğrencilerimiz tarafından sunulan</p>						<p>Birimde uygun nitelik ve nicelikte sosyal, kültürel ve sportif faaliyet olanakları bulunmamaktadır.</p>	<p>Sosyal, kültürel ve sportif faaliyet olanaklarının yaratılmasına ilişkin planlamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde sosyal, kültürel ve sportif faaliyetler erişilebilirdir ve bunlardan fırsat eşitliğine dayalı olarak yararlanılmaktadır.</p>	<p>Sosyal, kültürel ve sportif faaliyet mekanizmaları izlenmekte, ihtiyaçlar/talepler doğrultusunda faaliyetler çeşitlendirilmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
<p>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Web Sayfası Duyuru ve Haber Metinleri</i> 										

Müzik Dinletisi 75. Yıl Konferans salonu konserlerimiz gerçekleştirilmiştir.

- Dönemsel olarak seminer, söyleşi, konferans ve müzikal etkinlikler gerçekleştirilmiştir. (4 Şubat 2020 Göbeklitepe ve Semboller, 14 Mart Tıpta öncü kadınlar, Gazi Hastanesi Çocukları İle Hayvanların Dilini Müzikle Paylaşıyoruz adlı gösteri vb)

- Hastane çalışanları için indirimli tiyatro gösterim bilet organizasyonları yapılmıştır. (Devlet Tiyatroları ve MEB Şura Salonu tiyatroları)

- Hastanemiz çalışanları için E blok 1. kat Spor Salonu çalışanları için Gazi Spor Kulübünün eğitmenleri eşliğinde pilates, zumba, dans dersleri verilmiştir.

-Özel günler için kutlamalar gerçekleştirilmiştir. (El Hijyeni Günü, Hemşirelik Haftası, Tıp Bayramı, Taşeron İşçi Kadroya Geçiş Kutlaması vb.)

-Çalışanların Covid 19 Pandemi sürecinde yaşayabilecekleri kaygı ve stres için yararlanabilecekleri psikiyatristlerimizin desteği ile Psikososyal Destek hattı halen hizmet vermektedir.- Ayrıca çalışanlarımızı WEB Sayfamızda Covid 19 dan korumaya yönelik yararlanabilecekleri online eğitim videoları yayınlanmıştır.

	EĞİTİM ve ÖĞRETİM				
B.5. Öğrenme Kaynakları	1	2	3	4	5
<p><u>B.5.3. Tesis ve altyapılar</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	Birimde uygun nitelik ve nicelikte tesisler ve altyapı bulunmamaktadır.	Birimde uygun nitelik ve nicelikte tesis ve altyapının (yemekhane, yurt, sağlık, kütüphane, ulaşım, bilgi ve iletişim altyapısı, uzaktan eğitim altyapısı vb.) kurulmasına ve kullanımına ilişkin planlamalar bulunmaktadır.	Birimin genelinde tesis ve altyapı erişilebilirdir ve bunlardan fırsat eşitliğine dayalı olarak yararlanılmaktadır.	Tesis ve altyapının kullanımı izlenmekte ve ihtiyaçlar doğrultusunda iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

	EĞİTİM ve ÖĞRETİM				
B.5. Öğrenme Kaynakları	1	2	3	4	5
<p>B.5.4. Engelsiz üniversite</p> <p><i>Birimimizde engelli hasta ve çalışanlara yönelik hastane giriş çıkışları için rampalar ve asansörler bulunmaktadır.</i></p> <p><i>Hastane içi asansörlerimizin bir kısmında görme engelliler için Braille baskılı tuş takımları bulunmaktadır.</i></p> <p><i>Ayrıca engelliler için ayrılmış otopark alanı mevcuttur.</i></p>	<p>Birimde engelsiz üniversite düzenlemeleri bulunmamaktadır.</p>	<p>Nitelikli, erişilebilir ve adil engelsiz üniversite uygulamalarına ilişkin planlamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde engelsiz üniversite uygulamaları sürdürülmektedir.</p>	<p>Engelsiz üniversite uygulamaları izlenmekte ve dezavantajlı grupların görüşleri de alınarak iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

B.5. Öğrenme Kaynakları

B.5.5. Psikolojik danışmanlık ve kariyer hizmetleri

Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.

1

Birimde psikolojik danışmanlık ve kariyer hizmetlerine ilişkin düzenli faaliyetler bulunmamaktadır.

2

Birimde uygun nitelik ve nicelikte (erişilebilir, çeşitlendirilmiş, ilan edilmiş) psikolojik danışmanlık ve kariyer hizmetlerine ilişkin planlama bulunmaktadır.

3

Birimin genelinde planlamalar dahilinde psikolojik danışmanlık ve kariyer hizmetleri uygulanmaktadır.

4

Psikolojik danışmanlık ve kariyer hizmetlerine ilişkin uygulamalar izlenmekte; öğrenci görüşleri de alınarak iyileştirilmektedir.

5

İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

B.6. Programların İzlenmesi ve Güncellenmesi

Birim, programlarının eğitim-öğretim amaçlarına ulaştığından, öğrencilerin ve toplumun ihtiyaçlarına cevap verdiği için programlarını periyodik olarak gözden geçirmeli ve güncellemelidir. Mezunlarını düzenli olarak izlemelidir.

	1	2	3	4	5
<p><u>B.6.1. Program çıktılarının izlenmesi ve güncellenmesi</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	Program çıktılarının izlenmesine ve güncellenmesine ilişkin mekanizma bulunmamaktadır.	Program çıktılarının izlenmesine ve güncellenmesine ilişkin periyot, ilke, kural ve göstergeler oluşturulmuştur.	Programların genelinde program çıktılarının izlenmesine ve güncellenmesine ilişkin mekanizmalar işletilmektedir.	Program çıktıları bu mekanizmalar ile izlenmekte ve ilgili paydaşların görüşleri de alınarak güncellenmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

		EĞİTİM ve ÖĞRETİM				
B.6. Programların İzlenmesi ve Güncellenmesi		1	2	3	4	5
<p>B.6.2. Mezun izleme sistemi</p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>		Birimde mezun izleme sistemi bulunmamaktadır.	Programların amaç ve hedeflerine ulaşıp 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.

C.1. Araştırma Stratejisi

Birim, stratejik planı çerçevesinde belirlenen akademik öncelikleriyle uyumlu, değer üretebilen ve toplumsal faydaya dönüştürülebilen araştırma ve geliştirme faaliyetleri yürütmelidir.

	1	2	3	4	5
<p><i>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.</i></p>	<p>Birimin tanımlı araştırma politikası, stratejisi ve hedefleri bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin, araştırmaya bakış açısını, araştırma ilkelerini, önceliklerini ve kaynaklarını yönetmedeki tercihlerini ifade eden araştırma politikası, stratejisi ve hedefleri bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde tanımlı araştırma politikası, stratejisi ve hedefleri doğrultusunda yapılan uygulamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Birimde araştırma politikası, stratejisi ve hedefleri ile ilgili uygulamalar izlenmekte ve izlem sonuçlarına göre önlemler alınmaktadır.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

C.1. Araştırma Stratejisi	1	2	3	4	5
<p><u>C.1.2. Araştırma-geliştirme süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde araştırma-geliştirme süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısına ilişkin bir planlama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin araştırma-geliştirme süreçlerinin yönetim ve organizasyonel yapısına ilişkin yönlendirme ve motive etme gibi hususları dikkate alan planlamaları bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde araştırma-geliştirme süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsal tercihler yönünde uygulanmaktadır.</p>	<p>Birimde araştırma-geliştirme süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısının işlerliği ile ilişkili sonuçlar izlenmekte ve önlemler alınmaktadır.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

C.1. Araştırma Stratejisi	1	2	3	4	5
<p>C.1.3. Araştırmaların yerel/bölgesel/ulusal kalkınma hedefleriyle ilişkisi</p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birim araştırmalarında yerel, bölgesel ve ulusal kalkınma hedeflerini ve değişimleri dikkate almamaktadır.</p>	<p>Birimdeki araştırmaların planlanmasında yerel, bölgesel ve ulusal kalkınma hedefleri ve değişimleri dikkate alınmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde araştırmalar yerel, bölgesel ve ulusal kalkınma hedefleri ve değişimleri dikkate alınarak yürütülmektedir.</p>	<p>Birimde araştırma çıktıları izlenmekte ve izlem sonuçları yerel, bölgesel ve ulusal kalkınma hedefleriyle ilişkili olarak iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

C.2. Araştırma Kaynakları

Birim, araştırma ve geliştirme faaliyetleri için uygun fiziki altyapı ve mali kaynaklar oluşturmalı ve bunların etkin şekilde kullanımını sağlamalıdır. Birimin araştırma politikaları, iç ve dış paydaşlarla iş birliğini ve kurum dışı fonlardan yararlanmayı teşvik etmelidir.

	1	2	3	4	5
C.2.1. Araştırma kaynakları Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.	Birimin araştırma ve geliştirme faaliyetlerini sürdürebilmesi için yeterli kaynağı bulunmamaktadır.	Birimin araştırma ve geliştirme faaliyetlerini sürdürebilmek için uygun nitelik ve nicelikte fiziki, teknik ve mali kaynakların oluşturulmasına yönelik planları bulunmaktadır.	Birim araştırma ve geliştirme kaynaklarını araştırma stratejisi ve birimler arası dengeyi gözeterek yönetmektedir.	Birimde araştırma kaynaklarının yeterliliği ve çeşitliliği izlenmekte ve iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

C.2. Araştırma Kaynakları	1	2	3	4	5
<p><u>C.2.2. Üniversite içi kaynaklar (BAP)</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin araştırma ve geliştirme faaliyetleri için üniversite içi kaynakları bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin araştırma ve geliştirme faaliyetlerini sürdürebilmek için uygun nitelik ve nicelikte üniversite içi kaynakların oluşturulmasına yönelik planları (BAP Yönergesi gibi) bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin araştırma ve geliştirme faaliyetlerini sürdürebilmek için üniversite içi kaynaklar araştırma stratejisi ve birimler arası denge gözetilerek sağlanmaktadır.</p>	<p>Birimde, üniversite içi kaynakların kullanımı ve dağılımı izlenmekte ve iyileştirmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

C.2. Araştırma Kaynakları	1	2	3	4	5
<p><u>C.2.3. Üniversite dışı kaynaklara yönelim (Destek birimleri, yöntemleri)</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin araştırma ve geliştirme faaliyetleri için üniversite dışı kaynaklara herhangi bir yönelimi bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin üniversite dışı kaynakların kullanımına ilişkin yöntem ve destek birimlerin oluşturulmasına ilişkin planları bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin araştırma ve geliştirme faaliyetlerini araştırma stratejisi doğrultusunda sürdürebilmek için üniversite dışı kaynakların kullanımını desteklemek üzere yöntem ve birimler oluşturulmuştur.</p>	<p>Birimde, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde üniversite dışı kaynakların kullanımını izlenmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

C.2. Araştırma Kaynakları	1	2	3	4	5
<p><u>C.2.4. Doktora programları ve doktora sonrası imkanlar</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin doktora programı ve doktora sonrası imkanları bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin araştırma politikası, hedefleri ve stratejileri ile uyumlu doktora programı ve doktora sonrası imkanlarına ilişkin planlamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Birimde araştırma politikası, hedefleri ve stratejileri ile uyumlu ve destekleyen doktora programları ve doktora sonrası imkanlar yürütülmektedir.</p>	<p>Birimde doktora programları ve doktora sonrası imkanlarının çıktıları düzenli olarak izlenmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

C.3. Araştırma Yetkinliği

Birim, öğretim elemanlarının araştırma yetkinliğinin sürdürmek ve iyileştirmek için olanaklar sunmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><u>C.3.1. Öğretim elemanlarının araştırma yetkinliğinin geliştirilmesi</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde, öğretim elemanlarının araştırma yetkinliğinin geliştirilmesine yönelik mekanizmalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde, öğretim elemanlarının araştırma yetkinliğinin geliştirilmesine yönelik planlar bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde öğretim elemanlarının araştırma yetkinliğinin geliştirilmesine yönelik uygulamalar yürütülmektedir.</p>	<p>Birimde, öğretim elemanlarının araştırma yetkinliğinin geliştirilmesine yönelik uygulamalar izlenmekte ve izlem sonuçları öğretim elemanları ile birlikte değerlendirilerek önlemler alınmaktadır.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

C.3. Araştırma Yetkinliği	1	2	3	4	5
<p>C.3.2. Ulusal ve uluslararası ortak programlar ve ortak araştırma birimleri</p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde ulusal ve uluslararası düzeyde ortak programlar ve ortak araştırma birimleri oluşturma yönünde mekanizmalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde ulusal ve uluslararası düzeyde ortak programlar ve ortak araştırma birimleri ile araştırma ağlarına katılım ve iş birlikleri kurma gibi çoklu araştırma faaliyetlerine yönelik planlamalar ve mekanizmalar bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde ulusal ve uluslararası düzeyde ortak programlar ve ortak araştırma faaliyetleri yürütülmektedir.</p>	<p>Birimde ulusal ve uluslararası düzeyde kurum içi ve kurumlar arası ortak programlar ve ortak araştırma faaliyetleri izlenmekte ve ilgili paydaşlarla değerlendirilerek iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

C.4. Araştırma Performansı

Birim, araştırma ve geliştirme faaliyetlerini verilere dayalı ve periyodik olarak ölçmeli, değerlendirmeli ve sonuçlarını yayımlamalıdır. Elde edilen bulgular, birimin araştırma ve geliştirme performansının periyodik olarak gözden geçirilmesi ve sürekli iyileştirilmesi için kullanılmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><u>C.4.1. Öğretim elemanı performans değerlendirmesi</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	Birimde öğretim elemanlarının araştırma performansının izlenmesine ve değerlendirmesine yönelik mekanizmalar bulunmamaktadır.	Birimde öğretim elemanlarının araştırma performansının izlenmesine ve değerlendirmesine yönelik ilke, kural ve göstergeler bulunmaktadır.	Birimin genelinde öğretim elemanlarının araştırma-geliştirme performansını izlemek ve değerlendirmek üzere oluşturulan mekanizmalar kullanılmaktadır.	Öğretim elemanlarının araştırma-geliştirme performansı izlenmekte ve öğretim elemanları ile birlikte değerlendirilerek iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

C.4. Araştırma Performansı

	1	2	3	4	5
<u>C.4.2. Araştırma performansının izlenmesi ve iyileştirilmesi</u> Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.	Birimde araştırma performansının izlenmesine ve değerlendirmesine yönelik mekanizmalar bulunmamaktadır.	Birimde araştırma performansının izlenmesine ve değerlendirmesine yönelik ilke, kural ve göstergeler bulunmaktadır.	Birimin genelinde araştırma performansını izlemek ve değerlendirmek üzere oluşturulan mekanizmalar kullanılmaktadır.	Birimde araştırma performansı izlenmekte ve ilgili paydaşlarla değerlendirilerek iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.

C.4. Araştırma Performansı	1	2	3	4	5
<p><u>C.4.3. Araştırma bütçe performansının değerlendirilmesi</u></p> <p>Birimimizde uygulama bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin araştırma bütçe performansının değerlendirilmesine yönelik mekanizmalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin araştırma bütçe performansını değerlendirmek üzere ilke, kural, yöntem ve göstergeler bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde araştırma bütçe performansının değerlendirilmesine ilişkin mekanizmalar kullanılmaktadır.</p>	<p>Birimde araştırma bütçe performansı izlenmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>

D.1. Toplumsal Katkı Stratejisi

Birim, toplumsal katkı faaliyetlerini sahip olduğu hedefleri ve stratejisi doğrultusunda yerel, bölgesel ve ulusal kalkınma hedefleriyle uyumlu bir şekilde yürütmelidir.

	1	2	3	4	5
<p>D.1.1. Toplumsal katkı politikası, hedefleri ve stratejisi</p> <p>Birimimizde Sağlık Bakanlığı işbirliği ile anne sütü ve emzirme danışmanlığı eğitimi verilmektedir. Hastanemiz Sağlık Bakanlığı onaylı "Bebek Dostu Hastane" unvanını 2002 yılında almıştır. Anne sütü ve emzirmenin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde de desteklenmesi ve yaygınlaştırılması amacı ile Yenidoğan Yoğun Bakım ünitemiz 2018 yılında "Bebek Dostu Yenidoğan Yoğun Bakım" ünvanını almıştır.</p> <p>-Göğüs Hastalıkları 11. katta Sigara Bıraktırma Polikliniğimiz Hizmet vermektedir. (Pandemi süreci nedeniyle hizmet vermemektedir.)</p> <p>-Hastanemizde tedavi görmekte olan çocuklarımızın eğitim ve öğretimini sağlamak için D blok 10. Katta Milli Eğitim Bakanlığımıza bağlı tek derslikli bir ilkokulumuz bulunmaktadır.(Pandemi süreci nedeniyle hizmet vermemektedir.)</p> <p>-Hastanemizde korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların tanı, tedavi, korunma ve izlenmelerine dair uygulama ve araştırmaların yapılacağı ortamı sağlamak ve yapmak amacıyla Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Polikliniğimiz hizmet vermektedir.</p> <p>-Hastanemizde Endokrin ve Obezite Merkezi çalışmalarımız devam etmektedir.</p>	<p>Birimin toplumsal katkı politikası, hedefleri ve stratejisi bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin, toplumsal katkı faaliyetlerinde izleyeceği ilkeleri, öncelikleri ve kaynaklarını yönetmedeki tercihlerini ifade eden toplumsal katkı politikası, hedefleri ve stratejisi bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde toplumsal katkı politikası, hedefleri ve stratejisi doğrultusunda yapılan uygulamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Birimde toplumsal katkı politika, hedef ve stratejileri izlenmekte ve ilgili paydaşlarla değerlendirilerek iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi Polikliniği Prosedürü • Emzirme Destek ve Relaksasyon Birimi Prosedürü 				

	TOPLUMSAL KATKI				
D.1. Toplumsal Katkı Stratejisi	1	2	3	4	5
<p><u>D.1.2. Toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı</u></p> <p>Birimin toplumsal katkı politikası, toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsallaşmıştır. Toplumsal katkı süreçlerinin yönetim ve organizasyonel yapısı birimin 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>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi Polikliniği Prosedürü • Emzirme Destek ve Relaksasyon Birimi Prosedürü 					

D.2. Toplumsal Katkı Kaynakları

Birim, toplumsal katkı faaliyetlerini sürdürebilmek için uygun nitelik ve nicelikte fiziki, teknik ve mali kaynaklara sahip olmalı ve bu kaynakların etkin şekilde kullanımını sağlamalıdır.

	1	2	3	4	5
<p>D.2.1. Kaynaklar</p> <p>Toplumsal katkı etkinliklerine ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış ve kurumsallaşmış olup, bunlar izlenmekte ve değerlendirilmektedir.</p>	<p>Birimin toplumsal katkı faaliyetlerini sürdürebilmesi için yeterli kaynağı bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin toplumsal katkı faaliyetlerini sürdürebilmek için uygun nitelik ve nicelikte fiziki, teknik ve mali kaynakların oluşturulmasına yönelik planları bulunmaktadır.</p>	<p>Birim toplumsal katkı kaynaklarını toplumsal katkı stratejisi ve birimler arası dengeyi gözeterek yönetmektedir.</p>	<p>Birimde toplumsal katkı kaynaklarının yeterliliği ve çeşitliliği izlenmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi Polikliniği Prosedürü • Emzirme Destek ve Relaktasyon Birimi Prosedürü 				

D.3. Toplumsal Katkı Performansı

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

	1	2	3	4	5
<p><u>D.3.1.Toplumsal katkı performansının izlenmesi ve iyileştirilmesi</u></p> <p>Emzirme Destek ve Relaksasyon Birimi ve Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi Polikliniği hizmetleri kalite göstergeleri aracılığıyla takip edilmekte ve değerlendirilmektedir.</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>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi Polikliniği Ölçme , İzleme Takip Formu • Emzirme Destek ve Relaksasyon Birimi Ölçme, İzleme Takip Formu 					

E.1. Yönetim ve İdari Birimlerin Yapısı

Birim, stratejik hedeflerine ulaşmayı nitelik ve nicelik olarak güvence altına alan yönetsel ve idari yapılanmaya sahip olmalıdır. Yönetim kadrosu gerekli yapıcı liderliği üstlenebilmeli, idari kadrolar gerekli yetkinlikte olmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p>E.1.1. Yönetim modeli ve idari yapı</p> <p><i>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 bilinir, yerleşmiştir ve benimsenmiştir. Üst yönetimin çalışma tarzı, yetki ve sorumlulukları, birimin akademik camiasıyla iletişimi; üst yönetim tarzının hedeflenen kurum kimliği ile uyumu bilinir, yerleşmiştir 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.</i></p> <p><i>Birimimizde tüm süreçler (poliklinikler, klinikler, laboratuvarlar, yoğun bakımlar, görüntüleme hizmetleri, idari ve destek birimleri) tanımlanmış, süreçlerle uyumlu yetki görev ve sorumluluklar belirlenmiş ve birim organizasyon şeması, görev tanımları formu ve ilgili prosedürlerde tanımlanmıştır.</i></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 yönetim modeli ve idari yapılanması; tüm süreçler tanımlanarak, süreçlerle uyumlu yetki, görev ve sorumluluklar belirlenmiştir.</p>	<p>Birimin yönetim modeli ve organizasyonel yapılanması birimin genelini 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>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizasyon Şeması • Stratejik Plan • Kurul, Komite, Ekip Toplantı Tutanaqları • Görev Tanımı Formu • Bölüm/Birim Prosedürleri • Bölüm/Birim Akış Şemaları 				

YÖNETİM SİSTEMİ					
E.1. Yönetim ve İdari Birimlerin Yapısı	1	2	3	4	5
<p><u>E.1.2. Süreç yönetimi</u></p> <p><i>Tüm etkinliklere ait süreçler ve alt süreçler tanımlıdır. Süreçlerdeki sorumlular, iş akışı, yönetim, sahiplenme yazılıdır ve birimce içselleştirilmiştir. Süreç yönetiminin başarılı olduğunun kanıtları vardır. Sürekli süreç iyileştirme döngüsü kurulmuştur.</i></p> <p><i>Süreçlerle ilgili uygulamalar ilgili birim prosedürlerde belirtilmiştir. (YÖN.YD.058 süreç etkileşim ilişki haritası)</i></p> <p><i>-Kurumda tüm birimleri ve alanları kapsayacak şekilde yönetilen süreçlere ilişkin sonuçlar, performans göstergeleriyle dönemsel olarak izlenmekte, uygun olmayan durumlar için düzeltici faaliyet gerçekleştirilmekte ve paydaşların görüşleri alınmakta, sonuçlar, paydaşlarla birlikte değerlendirilerek önlemler alınmaktadır.</i></p>	<p>Birimde eğitim ve öğretim, araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı ve yönetim sistemine ilişkin süreçler tanımlanmamıştır.</p>	<p>Birimde eğitim ve öğretim, araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı ve yönetim sistemi süreç ve alt süreçleri tanımlanmıştır.</p>	<p>Birimin genelinde tanımlı süreçler yönetilmektedir.</p>	<p>Birimde süreç yönetimi mekanizmaları izlenmekte ve ilgili paydaşlarla değerlendirilerek iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
<p>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalite El Kitabı • Kurul, Komite, Ekip Toplantı Tutanaqları • Düzeltici Faaliyet İzlem Listesi • Bölüm/Birim İş Akış Şemaları • Bölüm/Birim Prosedürleri • Süreç Kalite Göstergeleri 					

E.2. Kaynakların Yönetimi

Birim, insan kaynakları, mali kaynakları ile taşınır ve taşınmaz kaynaklarının tümünü etkin ve verimli kullandığını güvence altına almak üzere bir yönetim sistemine sahip olmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><u>E.2.1. İnsan kaynakları yönetimi</u></p> <p><i>Akademik ve idari personel ile ilgili kurallar, süreçler vardır. Bunlar birimde bilinmektedir. Uygulamalar şeffaftır. Eğitim ve liyakat öncelikli kriter olup, yetkinliklerin artırılması temel hedeftir. Çalışan (akademik-idari) memnuniyetini/şikayetini/önerilerini belirlemek ve izlemek amacıyla bunların sonuçları değerlendirilmektedir.</i></p> <p><i>Çalışanlarımızın görevlere uyumlarını sağlama üzere genel ve bölüm uyum eğitimleri gerçekleştirilmekte ve kayıt altına alınmaktadır.</i></p> <p><i>Birimimizde yılda bir kez çalışan memnuniyeti anketi uygulanmakta ve çalışanlar tarafından iletilen şikayet ve öneriler, Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Komitesi tarafından değerlendirilmektedir.</i></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>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Çalışan Geri Bildirim Anket Formu • Çalışan Geri Bildirim Anket Sonuçları 				

YÖNETİM SİSTEMİ					
E.2. Kaynakların Yönetimi	1	2	3	4	5
<p><u>E.2.2. Finansal kaynakların yönetimi</u></p> <p><i>-Temel gelir ve gider kalemleri tanımlanmıştır ve yıllar içinde izlenmektedir.</i></p> <p><i>-Birimimizde finansal kaynakların yönetimine ilişkin süreçler (YÖN.PR.034) Gider Tahakkuk Birimi Hizmetleri Prosedürü ve (YÖN.PR.047) Muhasebe Birim Hizmetleri Prosedüründe tanımlanmıştır.</i></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>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gider Tahakkuk Birimi Hizmetleri Prosedürü • Muhasebe Birim Hizmetleri Prosedürü 					

E.3. Bilgi Yönetim Sistemi

Birim, yönetsel ve operasyonel faaliyetlerinin etkin yönetimini güvence altına alabilmek üzere gerekli bilgi ve verileri periyodik olarak topladığı, sakladığı, analiz ettiği ve süreçlerini iyileştirmek üzere kullandığı entegre bir bilgi yönetim sistemine sahip olmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><u>E.3.1. Entegre bilgi yönetim sistemi</u></p> <p><i>Birimin önemli etkinlikleri ve süreçlerine ilişkin veriler toplanmakta, analiz edilmekte, raporlanmakta ve stratejik yönetim için kullanılmaktadır.</i></p> <p><i>Bilginin edinimi, saklanması ve kullanılmasına destek olacak tüm alanları kapsayan yazılım, (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Yazılımı) hastalara ilişkin medikal veriler, personel ve diğer mali verilerin tutulduğu yazılım) kullanılmaktadır.</i></p> <p><i>Hastane Bilgi Yönetim Sistemi kullanımına ilişkin paydaşların (kullanıcı) talep, öneri ve ihtiyaçlarını iletebileceği Talep Bildirim Yazılımı kurulmuştur. İhtiyaçlar ve talepler doğrultusunda güncellemeler yapılmaktadır.</i></p>	<p>Birimde bilgi yönetim sistemi bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde kurumsal bilginin edinimi, saklanması, kullanılması, işlenmesi ve değerlendirilmesine destek olacak bilgi yönetim sistemleri oluşturulmuştur.</p>	<p>Birim genelinde temel süreçleri (eğitim ve öğretim, araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı, kalite güvencesi) destekleyen entegre bilgi yönetim sistemi işletilmektedir.</p>	<p>Birimde entegre bilgi yönetim sistemi izlenmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilgi İşlem Birimi Akış Şeması • Bilgi İşlem Donanım Birimi Akış Şeması • İş İstekleri Takip Raporu • Bilgi İşlem Birimi Prosedürü 				

YÖNETİM SİSTEMİ					
E.3. Bilgi Yönetim Sistemi	1	2	3	4	5
<p>E.3.2. Bilgi güvenliği ve güvenilirliği</p> <p><i>Bilgi Yönetim Sistemi güvenliği, gizliliği ve güvenilirliği sağlanmıştır. Mekanizmalar izlenmekte ve iyileştirilmektedir. Bilgi güvenliği politikalarının oluşturulması ve izlenmesi amacıyla 4 Bilgi İşlem çalışanının TSE'den ISO 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi eğitimi alması sağlanmıştır. Dökümanların oluşturulması için çalışmalar devam etmektedir.</i></p> <p><i>- Birimimiz hizmet süreçlerinde; birimimizden 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.</i></p>	<p>Birimde bilgi güvenliği ve güvenilirliğinin sağlanmasına ilişkin uygulamalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde bilgi güvenliği ve güvenilirliğinin sağlanmasına yönelik tanımlı süreçler bulunmaktadır.</p>	<p>Birimde bilgi güvenliği ve güvenilirliğinin sağlanmasına yönelik bütünleşik uygulamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Birimde bilgi güvenliği ve güvenilirliğinin sağlanmasına yönelik uygulamalar izlenmekte ve iyileştirilmektedir</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
<p>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilgi Güvenliği Eğitimi Katılım Sertifikaları • Bilgi İşlem Merkezi Üçüncü Taraf Kurumsal Bilgi Güvenliği Sözleşmesi • Bilgi İşlem Merkezi Personel Bilgi Güvenliği Taahhünamesi 					

E.4. Destek Hizmetleri

Birim, dışarıdan aldığı destek hizmetlerinin uygunluğunu, kalitesini ve sürekliliğini güvence altına almalıdır.

	1	2	3	4	5
<p>E.4.1. Hizmet ve malların uygunluğu, kalitesi ve sürekliliği</p> <p><i>Birim dışından tedarik edilen hizmetlerin tedarik süreci, uygunluk ve kalite kriterleri tanımlanmıştır, uygulanmaktadır. Performans ve memnuniyet kontrolleri yapılmaktadır ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.</i></p> <p><i>-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.</i></p> <p><i>-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.</i></p> <p><i>-Mal, hizmet ve yapım işi ile ilgili ihaleleri ve her türlü ilaç, tıbbi sarf malzeme, kit kimyasal alımı ve tıbbi görüntüleme hizmetleri ile laboratuvar tetkik hizmetlerinin alımı ve tıbbi cihaz bakım onarım işlerinin yapılması için gerekli olan alımlar mevcut 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ve 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşme Kanunu uyarınca gerçekleştirilmektedir.</i></p> <p><i>-İç paydaşların, birimimiz için tedarik edilen hizmetlerden memnuniyetine yönelik memnuniyet anketleri (Örnek: Çamaşırhane Hizmetleri Memnuniyet/Şikayet Değerlendirme</i></p>	<p>Birimde, dışarıdan temin edilen malların ve destek hizmetlerinin uygunluğu, kalitesi ve sürekliliğini değerlendirmek üzere tanımlı süreçler bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde, dışarıdan temin edilen destek hizmetlerinin ve malların uygunluğunu, kalitesini ve sürekliliğini güvence altına almak üzere tanımlı süreçler bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde dışarıdan temin edilen destek hizmetlerin ve malların uygunluğunu, kalitesini ve sürekliliğini sağlayan mekanizmalar işletilmektedir.</p>	<p>Birimde hizmet ve malların uygunluğu, kalitesi ve sürekliliğini sağlayan mekanizmalar izlenmekte ve ilgili paydaşların geri bildirimleri alınarak iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doğrudan Temin Satın Alma Akış Şeması • Açık İhale Usulü Satın Alma Akış Şeması • Pazarlık Usulü İhale Satın Alma Süreci Akış Şeması • Satın Alma Hizmetleri Birimi Prosedürü • SATın Alma Hizmetleri İç Müşteri Memnuniyet Değerlendirme Anketi • Çamaşırhane Anket Formu 				

Anketi ÇAM.YD.002), Satın Alma Hizmetleri İç Müşteri Memnuniyet Değerlendirme Anketi (YÖN.YD.073) uygulanmakta, sonuçları analiz edilerek gereken iyileştirme çalışmaları yürütülmektedir. (Pandemi sebebiyle anket uygulamaları ertelenmiştir.)

E.5. Kamuoyunu Bilgilendirme ve Hesap Verebilirlik

Birim, eğitim-öğretim programlarını ve araştırma-geliştirme faaliyetlerini de içerecek şekilde tüm faaliyetleri hakkındaki bilgileri açık, doğru, güncel ve kolay ulaşılabilir şekilde yayımlamalı ve kamuoyunu bilgilendirmelidir. Birim, yönetim ve idari kadroların verimliliğini ölçüp değerlendirebilen ve hesap verebilirliklerini sağlayan yaklaşımlara sahip olmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><u>E.5.1. Kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik</u></p> <p><i>Kamuoyunu bilgilendirme ilkesel olarak benimsenmiştir. Birim web sayfası doğru, güncel, ilgili ve kolayca erişilebilir bilgiyi vermektedir; Birimimizde yürütülen hizmetler, hizmete erişim ilgili bilgiler, Stratejik Plan, Faaliyet Raporları, Birim İç Değerlendirme Raporları vb. web sayfamız aracılığıyla kamuoyu ile paylaşılmaktadır. Birimimizden istenen, birimimize 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. Web sayfamız Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında gözden geçirilip güncellenmektedir.</i></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>Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Web Sayfamız (https://hastane.gazi.edu.tr/) • İstatistik Ve Raporlama Birimi Prosedürü 				