

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
MERKEZİ

BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME RAPORU

Ankara, Ocak 2024

İçindekiler

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

ÖZET

Bu rapor, birimimizin 2023 yılı iç değerlendirme çalışmaları kapsamında iç değerlendirme süreçlerinin izlenmesi, güçlü ve gelişmeye açık yönlerimizin tespit edilerek iyileştirme süreçlerine yön verilmesi ve merkezimizde 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 Yönetim Birimi tarafından değerlendirilip hazırlanmıştır.

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

BİRİM HAKKINDA BİLGİLER

1. İletişim Bilgileri

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi			
	Unvanı, Adı, Soyadı	Telefon	E-posta
Merkez Müdürü	Başhekim/ Prof. Dr. Hasan BOSTANCI	03122025090	hasanbostanci@gazi.edu.tr
Merkez Müdür Yardımcısı/Birim Kalite Ekibi Başkanı	Başhekim Yardımcısı/Prof. Dr. Ödül EĞRİTAŞ GÜRKAN	03122025097	egritas@gazi.edu.tr
Birim Adresi: Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği, Emniyet Mahallesi, Mevlana Bulvarı, No:29, 06560, Yenimahalle/ANKARA			

2. Tarihsel Gelişimi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tablo-1 Sağlık Hizmetleri

	YATAK SAYISI			HASTA SAYISI			TETKİK SAYISI		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023
ACİL SERVİS HİZMETLERİ	35	43	43	12.790	15.976	15.826			
YOĞUN BAKIM	109	124	124	4.802	6.036	7025			
KLİNİK	634	713	713	39.201	45.080	47.571			
AMELİYAT HİZMETLERİ				58.576	71.153	74.531			
POLİKLİNİK HİZMETLERİ				964.878	1.136.117	1.260.383			
LABORATUVAR HİZMETLERİ				1.557.051	654.085	1.496.650	9.174.829	10.768.629	12.198.861
RADYOLOJİ ÜNİTESİ HİZMETLERİ				294.271	340.285	275.538	406.813	475.444	509.203
NÜKLEER TIP BÖLÜMÜNDE VERİLEN HİZMETLER				6.222	9.129	8.583	10.170	10.518	10.095

Tablo-2 Akademik ve İdari Çalışan Sayıları

Akademik Personel	
Profesör	300
Doçent	75
Doktor Öğretim Üyesi	77
Öğretim Görevlisi	32
Araştırma Görevlisi	947
Toplam	1431

İdari Personel	
Kadrolu İdari Personel (657 S.K. 4/A)	1936
Sözleşmeli İdari Personel(657 S.K. 4/B)	231
Sürekli İşçi (696 KHK)	1059
Sürekli İşçi (Kamu)	176
Toplam	3402

Tablo-3 Hastane Alanları

Birim	Sayı (Adet)	Alan (m2)
A Blok	1	5.550
Yoğun Bakım	13	2.740
Ameliyathane	26	2.812
Klinik	3 Blok	30.625
Laboratuvar	10	3200
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	500
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	-	134.950
Çayyolu Semt Polikliniği	1	3.800
Merkez Kampüs	1	1.370
AMATEM	1	3.500
GENEL TOPLAM		143.650

3. Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri

Misyon

Temel değerler doğrultusunda yaşamın her döneminde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere, çağdaş tıbbın gerektirdiği bilgi ve becerilerle donatılmış, hasta ve çalışan odaklı, insan haklarına saygılı, etik kurallara bağlı, kaliteli tanı ve tedavi hizmeti sunmak ve sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesine yönelik nitelikli eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerine katkıda bulunmaktır.

Vizyon

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

Temel Değerler

Dürüstlük	Güleryüzlü
Sorumluluk	Çalışkan
Duyarlı	Hakkaniyetli
Saygılı	Eşitlik
Özverili	Memnuniyet
Şeffaf	Mahremiyet
Lider	Çevreye Duyarlı

Amaç ve Hedefler

2024– 2028 Stratejik Planında yer alan stratejik amaçlarımız (SA) ve hedeflerimiz aşağıda yer almaktadır.

SA 1: Ulusal ve Uluslararası alanda hasta bakım, takip ve tedavi süreçlerini geliştirmek.

- 1.1: Merkezimizin fiziki koşulları iyileştirilecek, insan gücü ve teknoloji kapasitesi artırılacaktır.
- 1.2: Yeni hastane binası yapım süreci tamamlanacak, iç tefrişatı ve personel istihdamı sağlanacaktır.
- 1.3: Çamaşırhane hizmetleri hastane tarafından sağlanacaktır.
- 1.4: Arşiv ihtiyacının giderilmesine yönelik ek arşiv binasının yapılması sağlanacaktır.
- 1.5: Merkezimizde bulunan Uluslararası Hasta Ofisine başvuran hasta sayısı artırılacaktır.

SA 2: Merkezimizden hizmet alan tüm hastaların, bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak.

- 2.1: Bakım sürecinde gelişebilecek basınç yarası sayısı azaltılacaktır.
- 2.2: Bakım sürecinde gelişebilecek düşen hasta sayısı azaltılacaktır.
- 2.3: Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonların (SHİE) tanı sayısı azaltılacaktır.
- 2.4: Hasta memnuniyet oranı artırılacaktır.

SA 3: Çalışan sağlığı, güvenliği ve memnuniyetini sağlamak.

- 3.1: Çalışan sağlık taramaları programı kapsamında sağlık gözetimi tamamlanan personel oranı artırılacaktır.
- 3.2: Kesici delici alet yaralanmalarına veya kan ve vücut sıvısına maruz kalan çalışan sayısı azaltılacaktır.

3.3: Çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik uygulanan faaliyetler artırılabilecektir (Risk yönetimi çalışmaları, beyaz kod uygulaması vb.) .

3.4: Çalışan memnuniyet oranı artırılabilecektir.

SA 4: Sosyal sorumluluk bilinci, hizmet kalitesi ve paydaşlarla iş birliğini artırarak topluma katkı sağlamak.

4.1: Toplumsal Katkı Öncelikli Alanlar doğrultusunda faaliyetler yerel, bölgesel ve ulusal kalkınma hedefleriyle uyumlu bir şekilde yürütülerek topluma katkı sağlayacak etkinlik sayısı artırılabilecektir.

4.2: Toplumsal Katkı Politikası doğrultusunda sağlığın korunmasına ve kalitesinin artırılmasına yönelik bilgilendirmeler ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesine ilişkin faaliyetler artırılabilecektir.

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

LİDERLİK, YÖNETİM ve KALİTE

A.1. Liderlik ve Kalite

Gereklilikler

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

A.1.1. Yönetim Modeli ve İdari Yapı

Gereklilikler

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

Faaliyetler

Birimimiz, temel değerler doğrultusunda yaşamın her döneminde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere, çağdaş tıbbın gerektirdiği bilgi ve becerilerle donatılmış, hasta ve çalışan odaklı, insan haklarına saygılı, etik kurallara bağlı, kaliteli tanı ve tedavi hizmeti sunmak ve sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesine yönelik nitelikli eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerine katkıda bulunmayı misyon edinmiştir. Bu misyona uygun olarak ve sunulan sağlık hizmeti faaliyetlerinin kalitesini, hasta ve çalışan memnuniyetini ve güvenliğini artırma hedefleri doğrultusunda birimizin yönetim modeli ve idari yapısı şekillendirilmiştir.

ISO 9001 kalite güvence sistemi belgesi almaya hak kazanan ilk devlet üniversite hastanesi olan birimiz, halen TS EN ISO 9001: 2015 Kalite Yönetim Sistemi Standardı ile hizmet vermektedir. Ayrıca Türkiye'de hizmet sunan tüm sağlık kurum ve kuruluşları için hedeflenen kalite düzeyini ortaya koymak ve uygulamaya yönelik rehberlik etmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında faaliyetlerini sürdürmektedir.

Merkezimizde poliklinikler, klinikler, laboratuvarlar, yoğun bakımlar, görüntüleme hizmetleri, idari ve destek birimlerine ait faaliyetlerden oluşan bir süreçlerin nasıl icra edildiğini anlatan prosedürler (A.1.1.1.) ve iş akış şemaları (A.1.1.2) tanımlanmıştır. İş akış şemaları hastanemiz web sayfasında yer almaktadır.

Birimimizde süreçlerle uyumlu olarak yetki, görev ve sorumluluklar belirlenmiş ve görev tanımları formları tanımlanmıştır. Görev tanımları formlarına birimiz web sayfasından ulaşılabilir (A.1.1.3).

Birimimizin organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren organizasyon şeması bulunmaktadır. Birim organizasyon şeması birimimiz web sayfasında güncel haliyle yayınlanmış ve işleyişin paydaşlarca bilinirliği sağlanmıştır (A.1.1.4).

Birimimiz bünyesinde; Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Hasta Güvenliği Komitesi, Hasta Memnuniyeti Değerlendirme Komitesi, Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Komitesi, Eğitim Komitesi, Radyasyon Güvenliği Komitesi, Transfüzyon Güvenliği Komitesi, İlaç Yönetimi ve Güvenliği Komitesi, Tesis Güvenliği Komitesi, Bilgi Güvenliği ve Kişisel Verilerin Korunması Komitesi, Atık Yönetimi Komitesi, Bebek Dostu Hastane Komitesi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi, Toplumsal Katkı Ekibi, Beslenme Destek Ekibi, Pembe Kod Yönetim Ekibi, Kırmızı Kod Yönetim Ekibi, Beyaz Kod Yönetim Ekibi, Mavi Kod Yönetim Ekibi, Enerji Yönetim Ekibi, Risk Değerlendirme Ekibi, Stratejik Planlama Ekibi, Ameliyathane Kurulu, İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu, Hastane Afet Planı Hazırlama Komisyonu, Hasta Başlı Test Cihazları Komisyonu olmak üzere 26 adet komite/kurul ve ekip oluşturulmuştur. Komite, kurul ve ekiplerde üst yönetimden en az başhekim yardımcısı düzeyinde bir kişi bulunmaktadır. Ayrıca hastane başmüdürü, müdür ve müdür yardımcıları da toplantılara üye olarak katılmaktadır. İç Tetkik/ Öz Değerlendirme, tesis turları, risk değerlendirme çalışmaları veya faaliyet sırasında birimlerden gelen ve iyileştirme kapsamında belirlenen uygunsuzluklara yönelik olarak düzenleyici önleyici faaliyet formu düzenlenmektedir. Uygunsuzluklar komite/ kurul/ ekip toplantılarında görüşülmekte ve kalite iyileştirilme faaliyetlerine yönelik kararlar alınmaktadır. Kurul, komite, ekiplere yönelik yapılan toplantı tutanakları komite sekreteryası tarafından tutulmaktadır. Toplantılara yönelik tutanak örnekleri kanıt olarak paylaşılmıştır (A.1.1.5).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

- (4)A.1.1.1. Bölüm/Birim Prosedürleri
- (4)A.1.1.2 Bölüm/Birim İş Akış Şemaları <https://hastane.gazi.edu.tr/tr/is-akis-semalari>
- (4)A.1.1.3 Görev Tanımları <https://hastane.gazi.edu.tr/tr/kalite-yonetimi/gorev-tanimlamalari>
- (4)A.1.1.4 Organizasyon Şeması <https://hastane.gazi.edu.tr/tr/yonetim/organizasyon-semasi>
- (4)A.1.1.5 Kurul, Komite, Ekip Toplantı Tutanakları

A.1.2. Liderlik

Gereklilikler

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

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

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

Liderlik süreçleri ve kalite güvencesi kültürünün içselleştirilmesi sürekli değerlendirilmektedir.

Faaliyetler

Birimimiz yönetiminde 1 başhekim, 6 başhekim yardımcısı, 1 başmüdür, 6 müdür, 9 müdür yardımcısı bulunmaktadır. Organizasyon şemasında da belirtildiği gibi (A.1.2.1) her bir yöneticinin başlıca sorumluluk alanı bulunmaktadır. Her bir yönetici başlıca sorumlu olduğu alanın çalışma faaliyetlerini takip etmekte, kalite iyileştirme çalışmalarına yönelik toplantılara katılmakta, planlanan ve gerçekleşen iyileştirme faaliyetlerini izlenmektedir.

Birimimizde kalite kültürünün sağlanması ve yaygınlaştırılması amacıyla başhekim yardımcısı Prof. Dr. Ödül EĞRİTAŞ GÜRKAN direktörlüğünde Kalite Yönetim Birimi bulunmaktadır. Kalite Yönetim Biriminde bir adet akademik personel ve klinik deneyime sahip hemşireler çalışmaktadır. Uygulanmakta olan Sağlıkta Kalite Standartları ve TS EN ISO 9001: 2015 Kalite Yönetim Sistemi Standartları bu birim

çalışanlarınca takip edilmekte, standartlarla ilgili olarak çalışanlara eğitimler verilmekte, standartlara uygunluğu açısından iç ve dış değerlendirme/tetikler yapılmakta, tespit edilen uygunsuzluklara yönelik düzenleyici önleyici faaliyet formu düzenlenmektedir (A.1.2.2). Bu form Kalite Yönetim Birimi çalışanlarınca ilgili bölüm/birim kalite sorumluları ile görüşülerek ya da komite/kurul/ ekiplerde alınan kararlar doğrultusunda standartlar doğrultusunda iyileştirmeler sağlanmaya çalışılmaktadır.

Öz değerlendirme/ iç tetkik faaliyetleri TSE tarafından verilen iç tetkikçi sertifikasına sahip çalışanlarca yapılmaktadır. Yılda 2 kez gerçekleştirilen öz değerlendirme/ iç tetkiklerin sonuçları Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantıları ile üst yönetimle paylaşılmaktadır (A.1.2.3). Ayrıca Kalite Kültürünün yaygınlaşması amacıyla tüm bölüm birimlerden 2 adet bölüm birim kalite sorumlusu belirlenmiştir. Sağlıkta Kalite Standartları ve TSE kapsamında düzenli aralıklarla takip edilen gösterge ve ölçme izlem formları bölüm birim kalite sorumlularınca Kalite Yönetim Birimi çalışanlarınca paylaşılmaktadır.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.1.2.1 Organizasyon Şeması <https://hastane.gazi.edu.tr/tr/yonetim/organizasyon-semasi>

(4)A.1.2.2 Düzeltici Önleyici Faaliyet İzlem Formu

(4)A.1.2.3 Yönetimin Gözde Geçirme Toplantı Tutanağı

A.1.3. Kurumsal Dönüşüm Kapasitesi

Gereklilikler

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

Faaliyetler

Birimimizin misyon ve stratejik hedefleri doğrultusunda 2024-2028 Stratejik Planında tanımlı performans göstergeleri bulunmaktadır. Birimizde performans göstergelerinin işlerliği ve performans yönetimi mekanizmaları, iç ve dış paydaşlarımız olan hasta, hasta yakınları ve çalışanlarımıza anketler düzenlenerek izlenmekte ve izlem sonuçlarına göre iyileştirmeler yapılmaktadır (A.1.3.1) (A.1.3.2).

Birimimizde paydaş beklentileri doğrultusunda değişiklikler yapılmaktadır. Kardiyoloji Anabilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri randevularının “web randevu” kanalından verilmesi için düzenlemeler yapılmıştır (A.1.3.3) Diğer ana bilim dallarının bu sürece dahil olması için çalışmalar devam etmektedir.

Patoloji sonuçlarının e-Nabız sistemine PDF formatında gönderilmesi sağlanmıştır. Aort ve Extreme entegrasyonu ile endoskopi ve kolonoskopi raporlarının USS’ye gönderilmesi sağlanmıştır (A.1.3.4).

Birimimizde hizmet veren Nükleer Tıp Anabilim Dalında bulunan Amiloid PET görüntüleme cihazı Alzheimer’ı önceden tespit etmeyi mümkün hale getiren Türkiye’de ki kamu ve üniversite hastaneleri içerisinde ilk ve tek bölümdür (A.1.3.5).

Birimimizde hizmet veren Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı tarafından Jinekolojik Kanserlerin tedavisinde Brakiterapi tedavi yöntemi uygulanmaya başlanmıştır. Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, Çift Balon Enteroskopi işlemini Türkiye’de uygulayan ilk ve tek bölümdür. Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalında inflamatuvar bağırsak hastalığına sahip çocukların erişkin sağlık hizmetlerine geçişini sağlayan geçiş polikliniği hizmete açılmıştır. Yapılan bu iyileştirmeler 2024-2028 yılı stratejik planında açıklanmıştır (A.1.3.4).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

3

Kanıtlar

(3)A.1.3.1. Hasta Deneyimi Anketi-Analiz Sonucu

(3)A.1.3.2. Çalışan Memnuniyeti Anketi- Analiz Sonucu

(3)A.1.3.3. Randevu Sayfası <https://hastane.gazi.edu.tr/tr/bolumler/ortopedi-ve-travma-anabilim-dali>

(3)A.1.3.4. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Faaliyet Raporu (2023)

(3)A.1.3.5. Üniversitemiz Hastanesinden Büyük Başarı: Alzheimer Hastalığının Erken Tanısı
Mümkün Gazi Üniversitesi Haberi <https://gazi.edu.tr/view/news/295276/universitemiz-hastanesinden-buyuk-basari-alzheimer-hastaliginin-erken-tanisi-mumkun>

(3)A.1.3.6. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi 2024-2028 Dönemi Stratejik Planı

A.1.4. İç Kalite Güvencesi Mekanizmaları

Gereklilikler

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

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

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

Faaliyetler

Merkezimizde uygulanan TSE EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi ve Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları standartların uygunlanması açısından yılda iki kez Özdeğerlendirme/İç Tetkik, yılda 1 kez TSE ve Sağlık Bakanlığı tarafından dış değerlendirmeler yapılmaktadır. Değerlendirme sonucuna göre TSE tarafından Kalite Yönetim Sistemi Belgesi (A.1.4.1) Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları değerlendirme puanı verilmektedir (A.1.4.2).

Birimimizin tüm alanları iş akış şemaları oluşturulmuş (A.1.4.3) 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 (A.1.4.4). Tüm süreçler PUKÖ çevrimi ile yönetilmektedir.

Birime ait politika ayrıntılarının yer aldığı erişilebilen ve güncellenen bir doküman olarak Kalite El Kitabımız oluşturulmuştur. (A.1.4.5)

Birimimizde yapılan iyileştirmeler Birim İç Değerlendirme Raporları (A.1.4.6), Faaliyet Raporları (A.1.4.7) ve Performans Raporları (A.1.4.8) ile yıllık olarak izlenmektedir.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.1.4.1 TSE Kalite Yönetim Sistemi Belgesi

(4)A.1.4.2 2022 Yılı Sağlıkta Kalite Standardı Değerlendirme Puanı

(4)A.1.4.3 Bölüm-Birim İş Akış Şemaları

(4)A.1.4.4 Bölüm Birim Prosedürleri

(4)A.1.4.5 Kalite El Kitabı

(4)A.1.4.6 Birim İç Değerlendirme Raporu

https://hastane.gazi.edu.tr/assets/uploads/other/files/ic_degerlendirme_raporlari/2022.pdf

A.1.4.7 Faaliyet

Raporları https://hastane.gazi.edu.tr/assets/uploads/other/files/faaliyet/2022_faaliyet_raporu.pdf

A.1.4.8 2022-2023 Kalite Yönetim Sistemi Performans Raporu

A.1.5. Kamuoyunu Bilgilendirme ve Hesap Verebilirlik

Gereklilikler

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

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

Faaliyetler

Kamuoyunu bilgilendirme ilkesel olarak benimsenmiştir. Birim web sayfası doğru, güncel, ilgili ve kolayca erişilebilir bilgiyi vermektedir. Birimimizde yürütülen hizmetler, hizmete erişimle ilgili bilgiler, Stratejik Plan, Faaliyet Raporları, Birim İç Değerlendirme Raporları vb. web sayfamız aracılığıyla kamuoyu ile paylaşılmaktadır (A.1.5.1).

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 (A.1.5.2)

Ayrıca hasta bakım kalitesini arttırmak, çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olan göstergeler düzenli aralıklarla bölüm birimlerce takip edilmekte ve hazırlanan sonuçlar Kalite Yönetim Birimi temsilcileri ile paylaşılmaktadır. Paylaşılan gösterge verileri Kalite Yönetim Birimi temsilcileri aracılığı ile Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemine düzenli aralıklarla veri girişleri yapılmaktadır (A.1.5.3).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.1.5.1 Gazi Üniversitesi Hastanesi <https://hastane.gazi.edu.tr/>

(4)A.1.5.2 İstatistik ve Raporlama Birimi Prosedürü

(4)A.1.5.3 Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemi

A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

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

A.2.1. Misyon, Vizyon ve Politikalar

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

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

Aynı şekilde eğitim ve öğretim (uzaktan eğitimi de kapsayacak şekilde), araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı, yönetim sistemi ve uluslararasılaşma politikaları vardır ve kalite güvencesi politikası

için sayılan özellikleri taşır. Bu politika ifadelerinin somut sonuçları, uygulamalara yansıyan etkileri vardır; örnekleri sunulabilir.

Faaliyetler

Birimimiz, temel değerler doğrultusunda yaşamın her döneminde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere, çağdaş tıbbın gerektirdiği bilgi ve becerilerle donatılmış, hasta ve çalışan odaklı, insan haklarına saygılı, etik kurallara bağlı, kaliteli tanı ve tedavi hizmeti sunmak ve sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesine yönelik nitelikli eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerine katkıda bulunmayı misyon edinmiştir. Vizyonu ise 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 sağlık kuruluşu olmaktır. Birimizin misyon, vizyon ve kalite politikası iç ve dış paydaşların kolayca erişebilmesi için web sayfasında yayınlanmıştır (A.2.1.1)

Ayrıca iç tetkiklerde çalışanlar tarafından kalite politikasının anlaşılıp anlaşılmadığı sorgulanmaktadır (A.2.1.2).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.2.1.1 Gazi Üniversitesi Hastanesi Web Sayfası
<https://hastane.gazi.edu.tr/tr/hakkimizda/misyonumuz-ve-vizyonumuz>

(4)A.2.1.2 TS EN ISO 9001-2015 Kalite Yönetim Sistemi Tetkik Soruları

A.2.2. Stratejik Amaç ve Hedefler

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

Faaliyetler

Birimimizin mevcut durumu ile gelecekte ortaya çıkması muhtemel gidişatını inceleme, hedeflerini belirleme, bu hedeflere ulaşmak için strateji geliştirme ve uygulama sonuçlarını ölçümleme amacıyla başhekim yardımcısı, başmüdür, hastane müdür, müdür yardımcıları ve kalite yönetim birimi temsilcilerinin katılımı ile, 2024-2028 yılı stratejik planını hazırlamıştır. Stratejik plan iç ve dış paydaşların erişimine açılması amacıyla web sayfasında paylaşılacaktır (A.2.2.1).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.2.2.1 Stratejik_Plan_2024-2028

A.2.3. Performans Yönetimi

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

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

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

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

Faaliyetler

Merkezimizde kalitenin sürekli iyileştirilmesi için Sağlık Bakanlığı Gösterge Yönetim Rehberinde yer alan göstergeler izlenmektedir. Göstergeler hizmet süreçlerinin ve elde edilen sonuçların somut kanıtlarıdır. Verilerin izlemi 3 aylık periyotlar halinde Kalite Yönetim Birimi Temsilcileri tarafından takip edilmekte ve analiz edilmektedir. Takip edilen göstergelerden örnekler kanıtlar bölümünde sunulmuştur.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.2.3.1 Sağlıkta Kalite Standartları Kalite Gösterge İzlemleri

A.3. Yönetim Sistemleri

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

A.3.1. Bilgi Yönetim Sistemi

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

Faaliyetler

Birimimizde Bilgi Yönetiminin sağlanması amacıyla Bilgi İşlem Birimi hizmet vermektedir. Bilgi Yönetim Merkezinin tüm faaliyetleri tanımlanmıştır (A.3.1.1; A.3.1.2). Birimde entegre bilgi yönetim sistemi izlenmekte ve iyileştirilmektedir (A.3.1.3). Akademik ve idari birimlerin kullandıkları Bilgi Yönetim Sistemi entegredir ve kalite yönetim süreçlerini beslemektedir. (A.3.1.4). Birimizde önemli etkinliklere ve süreçlere ilişkin verileri toplamak amacıyla hizmet veren İstatistik Birimi bulunmaktadır. İstatistik Biriminin faaliyetleri tanımlanmıştır. (A.3.1.5).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

- (4)A.3.1.1 Bilgi İşlem Birimi Prosedürü
- (4)A.3.1.2 Bilgi İşlem Birimi Akış Şeması
- (4)A.3.1.3 Bilgi İşlem Birimi Kalite Göstergeleri
- (4)A.3.1.4 Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Modülleri Ekran Görüntüleri
- (4)A.3.1.5 İstatistik ve Raporlama Birim Hizmetleri Prosedürü

A.3.2. İnsan Kaynakları Yönetimi

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

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

Faaliyetler

Birimimizde tüm çalışan personellerin özlük haklarının belirlenen mevzuata uygun olarak düzenli bir şekilde yürütülmesi amacıyla “İdari Personel Hizmetleri Prosedürü” (A.3.2.1) ve Sürekli İşçi Özlük Birimi Prosedürü” (A.3.2.2) hazırlanmıştır. Ağ paylaşımı yoluyla tüm çalışanların paylaşımına açılmıştır.

Hastanemizde eğitimle ilgili tüm faaliyetleri planlamak, koordine etmek ve yürütmek üzere Eğitim Komitesi kurulmuştur. Eğitim Komitesi bu faaliyetlerini alt çalışma ve yürütme birimi olan Hemşirelik Eğitim Birimi ve Staj Birimi aracılığıyla gerçekleştirmektedir (A.3.2.3).

Birimimizde 2023 yılında çalışanların yetkinliğinin artırılmasına yönelik eğitimler düzenlenmiştir. Düzenlenen eğitimlere yönelik bilgiler Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Faaliyet Raporunda paylaşılmaktadır (A.3.2.4).

Merkezimizde Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında yılda bir kez çalışan geri bildirim anketi uygulanmakta (A.3.2.5) ve çalışanlar tarafından iletilen şikâyet ve öneriler, üst yönetimin başkan ve üye olarak dahil olduğu Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Komitesi tarafından değerlendirilmektedir. Ayrıca yılda bir kez Gazi Üniversitesi Rektörlüğü tarafından çalışan memnuniyeti anketi uygulanmaktadır.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

- (4)A.3.2.1 İdari Personel Hizmetleri Prosedürü
- (4)A.3.2.2 Sürekli İşçi Özlük Birimi Prosedürü
- (4)A.3.2.3 Eğitim Yönetimi Prosedürü
- (4)A.3.2.4 2023 Yılı Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Faaliyet Raporu
- (4)A.3.2.5 Çalışan Geri Bildirim Anket-Analiz Sonucu

A.3.3. Finansal Yönetim

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

Faaliyetler

Merkezimizde finansal kaynakların yönetimine ilişkin süreçler Gider Tahakkuk Birimi Hizmetleri Prosedürü (A.3.3.1) ve Muhasebe Birim Hizmetleri Prosedüründe (A.3.3.2) tanımlanmıştır.

Birimimizin 2023 yılı bütçe uygulama sonuçları her yıl Faaliyet Raporunda açıklanmaktadır (A.3.3.3). Birimiz 2024-2028 yılı Stratejik Planında amaç ve hedeflerine ulaşabilmesi amacıyla finansal kaynakların planlanması, kullanımı tahmini maliyet tablosunda açıklanmıştır (A.3.3.4)

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

3

Kanıtlar

- (3)A.3.3.1 Gider Tahakkuk Birimi Hizmetleri Prosedürü
- (3)A.3.3.2 Muhasebe Birim Hizmetleri Prosedürü
- (3)A.3.3.3 2023 Yılı GÜ Sağ. Arş. ve Uyg. Merkezi Faaliyet Raporu
- (3)A.3.3.4 Stratejik_Plan_2024-2028

A.3.4. Süreç Yönetimi

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

Faaliyetler

Tüm etkinliklere ait süreçlerimiz Süreç Etkileşim İlişki Haritasında tanımlanmıştır(A.3.4.1). Birimizde faaliyet gösteren bölüm/birimler başhekim, başhekim yardımcıları, hastane müdür ve müdür yardımcılara bağlı olmakta ve bu durum Organizasyon Şemasında yer almaktadır (A.3.4.2). Birimizde faaliyet gösteren tüm bölüm/birimlere ait prosedürler (A.3.4.3) ve iş akış şemaları (A.3.4.4) bölüm birim kalite sorumlularınca hazırlanmış ve bağlı olduğu üst yönetim tarafından imzalanmıştır.

Sürekli süreç iyileştirme döngüsü kurulmuştur. Tüm süreçler yılda iki kez yapılan İç Tetkiklerle değerlendirilmekte, uygunsuzluk tespit edilen süreçlere ilişkin düzeltici veya önleyici faaliyet gerçekleştirilmektedir. 2023 yılında 234 adet Düzenleyici Önleyici Faaliyet açılmış ve açılan 164 adet kapatılmıştır (A.3.4.5). Altyapı gerektiren ve uzun vadede kapatılabilecek düzeltici ve önleyici faaliyetler Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantılarında değerlendirilmekte ve sürece ilişkin kararlar alınmaktadır (A.3.4.6).

Süreç yönetiminin başarılı olduğunun kanıtları vardır. Hastanemiz 1998 yılından itibaren Kalite Yönetim Sistemi belgesine sahiptir. Türk Standartları Enstitüsü tarafından Kasım ayında yapılan 2. Gözetim Tetkiki başarılı bir şekilde gerçekleşmiş ve belgemizin geçerliliği onaylanmıştır (A.3.4.7). Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında yapılan değerlendirme sonucu 100 puan üzerinden 85.88 puan almış bulunmaktayız (A.3.4.8).

Süreçlere ilişkin sonuçlar, performans göstergeleriyle ve gösterge kartlarıyla dönemsel olarak izlenmekte, uygun olmayan durumlar için düzeltici faaliyet gerçekleştirilmekte ve paydaşların görüşleri alınmakta, sonuçlar, paydaşlarla birlikte değerlendirilerek önlemler alınmaktadır (A.3.4.9).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.3.4.1 Süreç Etkileşim İlişki Haritası

(4)A.3.4.2 Organizasyon Şeması <https://hastane.gazi.edu.tr/tr/yonetim/organizasyon-semasi>

(4)A.3.4.3 Bölüm-Birim Prosedürleri

(4)A.3.4.4 Bölüm-Birim İş Akış Şemaları

(4)A.3.4.5 Düzeltici Önleyici Faaliyet İzlem Formu

(4)A.3.4.6 Yönetimin Gözde Geçirme Toplantı Tutanağı

(4)A.3.4.7 TSE Belgesi

(4)A.3.4.8 Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Puanı

(4)A.3.4.9 SKS Kalite Gösterge İzlemleri

A.4. Paydaş Katılımı

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

A.4.1. İç ve Dış Paydaş Katılımı

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

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

Faaliyetler

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 telefonla anket uygulamaları yapılmaktadır (A.4.1.1; A.4.1.2).

Ayrıca dış paydaşlarımızdan iyileştirme süreçlerine katılımlarını sağlamak amacıyla farklı yöntemler uygulanmaktadır. Bu yöntemler; Hasta Hakları Birimine iletilen memnuniyet, şikâyet ve öneri form (A.4.1.3) ve dilekçeleri, SABİM ve CİMER' e elektronik posta ile yapılan şikâyet, memnuniyet ve öneriler, birimimizin web sayfasında bulunan 'Bize Yazın' sekmesi (A.4.1.4), birimize e-posta yoluyla gönderilen memnuniyet, şikâyet ve öneri postaları, üst yönetim ile birlikte değerlendirilmekte (A.4.1.5), ihtiyaç doğrultusunda düzeltici faaliyetler yürütülmektedir. Aynı zamanda yapılan düzeltici faaliyetlerle ilgili olarak paydaşlara geri bildirimlerde bulunmaktadır (A.4.1.6).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.4.1.1 Hasta Deneyimi Anketi-Analiz Sonucu

(4)A.4.1.2 Çalışan Geri Bildirimi Anket- Analiz Sonucu

(4)A.4.1.3 Memnuniyet-Şikâyet-Öneri Formu

(4)A.4.1.4 Web Sayfası İletişim Ekranı

(4)A.4.1.5 Hasta Hakları Birimine İletilen Şikâyet-Memnuniyet ve Önerileri Analizleri

(4)A.4.1.6Hasta Haklarına İletilen Örnek Şikâyet Dilekçe ve Cevaplar

A.5. Uluslararasılaşma

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

A.5.1. Uluslararasılaşma Süreçlerinin Yönetimi

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

Faaliyetler

Merkezimizde uluslararasılaşma sürecinde; yabancı uyruklu hastalara yönelik hizmet sunumu "Uluslararası Hasta Ofisi" aracılığıyla yürütülmektedir (A.5.1.1). 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 merkezimizde yürütülen Sağlık Bakanlığı kalite değerlendirmeleri önem taşımaktadır. Birimimizin değerlendirmelerden almış olduğu kalite puanı sağlık turizmi konusunda birimimizin yetkilendirilmesinde belirleyici bir kriterdir.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.5.1.1 Medicamap - Sağlık Bakanlığı Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi

A.5.2. Uluslararasılaşma Kaynakları

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

Faaliyetler

Uluslararası Hasta Ofisine ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış, kurumsallaşmıştır, bu kaynaklar nicelik ve nitelik bağlamında izlenmekte ve değerlendirilmektedir. Uluslararası Hasta Ofisi 7/24 hizmet vermektedir. Uluslararası Hasta Ofisi hastanemizin zemin katında yer almaktadır. Hasta bekleme salonu, sekreter deski bulunmaktadır. Ayrıca tercümanlar için bir ofis mevcuttur.

Merkezimizde faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için 13 kişilik uygun eğitim, beceri ve deneyime sahip personel görev yapmaktadır. Ofis bünyesinde yabancı hastalara kendi dillerinde hizmet veren Lisans Mezunu dil belgesine sahip yetkili ve yetkin Personel bulunmaktadır.

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

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.5.2.1 Uluslararası Hasta Ofisi Birimi Prosedürü

A.5.3. Uluslararasılaşma Performansı

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

Faaliyetler

Birimimizde hizmet veren Uluslararası Hasta Ofisinin birimin faaliyetleri 3 aylık ve yıllık periyotlar halinde değerlendirilmektedir (A.5.3.1).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.5.3.1 Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu

TOPLUMSAL KATKI

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

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

D.1.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi

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

Faaliyetler

-Birimimizde gerçekleşmesi planlanan toplumsal katkı faaliyetlerinin planlanması, uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi amacıyla birimimiz başhekimlerinden Prof. Dr. Ödül EĞRİTAŞ GÜRKAN Başkanlığında Toplumsal Katkı Ekibi oluşturulmuştur (D.1.1.1.).

Birimimizde gerçekleştirilen toplumsal katkı faaliyetleri birimimiz web sayfasında 'Toplumsal Katkı' sekmesinin altında iç ve dış paydaşlarla paylaşılmaktadır (D.1.1.2).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

3

Kanıtlar

(3)D.1.1.1 Toplumsal Katkı Ekibi Görevlendirmesi

(3)D.1.1.2 Birimimiz Web Sayfası Toplumsal Katkı Sekmesi <https://hastane.gazi.edu.tr/tr/kalite-yonetimi/toplumsal-katkilar>

D.1.2. Kaynaklar

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

Faaliyetler

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

1

Kanıtlar

D.2 Toplumsal Katkı Performansı

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

D.2.1.Toplumsal Katkı Performansının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

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

Faaliyetler

Birimimizde planlanan ve uygulanan toplumsal katkı faaliyetleri Toplumsal Katkı Ekibi tarafından izlenmektedir. Faaliyetler birimizin web sayfasında iç ve dış paydaşlarla paylaşılmaktadır (D.2.1.1.).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

3

Kanıtlar

(3)D.2.1.1. Birimiz Web Sayfası Toplumsal Katkı Sekmesi <https://hastane.gazi.edu.tr/tr/kalite-yonetimi/toplumsal-katkilar>

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Birimin Güçlü Yönleri

- Ulaşım kolaylığı ve şehir merkezine yakınlık
- Tanınmış güçlü akademik kadro
- Alanında başarılı, ekip çalışmasına yatkın ve deneyimli teknik ve idari kadro yapısı
- Teknolojik açıdan gelişmiş tıbbi cihaz donanımı
- Teknolojik ve kabiliyet açısından her türlü ameliyat ve girişimsel işlemin yapılabilmesi
- Yüksek kalitede hizmet veren bölüm ve ünitelerin varlığı
- Merkezimizin Tıp Fakültesi başta olmak üzere diğer sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin uygulama alanının sağlanması
- Başka merkezlerde yapılamayan ileri tetkik ve tedavilerin merkezimizde yapılabilmesi

Birimin İyileşmeye Açık Yönleri

- Fiziki altyapı yetersizliği
- Hastane binalarının ve teçhizatın tadilat ihtiyacı
- Personel sayısındaki yetersizlik
- Görüntüleme hizmetlerinde randevu sürelerinin uzun oluşu
- Arşiv ve dokümantasyon sisteminin yetersiz oluşu
- Fiziki alt yapı ve personel sayısındaki yetersizlik nedeniyle çalışan memnuniyetinin düşük olması ve çalışanlarda motivasyon eksikliği
- Bütçe kısıtları nedeniyle malzeme alımında gecikmeler ve zorluklar yaşanması

EK.2 DERECELİ DEĞERLENDİRME ANAHTARI

A. LİDERLİK, YÖNETİM ve KALİTE

A.1. Liderlik ve Kalite

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

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

A.1. Liderlik ve Kalite

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

A.1. Liderlik ve Kalite

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

A.1. Liderlik ve Kalite

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

A.1. Liderlik ve Kalite

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

A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

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

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

A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

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

A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

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

A.3. Yönetim Sistemleri

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

	1	2	3	4	5
<p><u>A.3.1. Bilgi yönetim sistemi</u></p> <p>Birimin önemli etkinlikleri ve süreçlerine ilişkin veriler toplanmakta, analiz edilmekte, raporlanmakta ve stratejik yönetim için kullanılmaktadır. Akademik ve idari birimlerin kullandıkları Bilgi Yönetim Sistemi entegredir ve kalite yönetim süreçlerini beslemektedir.</p>	<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>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilgi Yönetim Sistemi ve bu sistemin fonksiyonları • Bilginin elde edilmesi, kayıt edilmesi, güncellenmesi, işlenmesi, değerlendirilmesi ve paylaşılmasına ilişkin tanımlı süreçler • Bilgi Yönetim Sistemi'nin izlenmesi ve iyileştirilmesine ilişkin kanıtlar • Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar 				

A.3. Yönetim Sistemleri

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

A.3. Yönetim Sistemleri

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

A.3. Yönetim Sistemleri

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

A.4. Paydaş Katılımı

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

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

A.4. Paydaş Katılımı

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

A.4. Paydaş Katılımı

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

A.5. Uluslararasılaşma

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

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

A.5. Uluslararasılaşma

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

A.5. Uluslararasılaşma

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

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

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

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

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

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

D.2. Toplumsal Katkı Performansı

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

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