



KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Döküman No	KKY.PR.04
Yayın Tarihi	04.02.2020
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	09.03.2020
Sayfa No	Sayfa 1 / 7

1. AMAC

Kalite Yönetim Sistemleri kapsamında belirlenen tüm standartların ve bu standartlar için yapılacak olan çalışmaların koordinasyonunu sağlamak, yürütülen tüm faaliyetleri tasarlamak, uygulamak, denetlemek, geliştirmek ve takip etmektir.

2. KAPSAM

Bu prosedür Kalite Yönetim Sisteminin tüm aşamalarını ve çalışanlarını kapsar.

3. SORUMLULAR

Başta Kalite Yönetim Birimi olmak üzere; fakültemizde görev yapan tüm çalışanlar sorumludur.

4. TANIMLAR

SKS : Sağlıkta Kalite Standartları

KYB : Kalite Yönetim Birimi

HBYS : Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

DÖF : Düzeltici Önleyici Faaliyet Formu

YGG : Yönetimi Gözden Geçirme

5. FAALİYET AKIŞI

5.1. Kalite Yönetim Birimi

5.1.1. SKS uygulamalarını yürütmek üzere fakültemizde Kalite Yönetim Birimi kurulur ve bir personel Kalite Yönetim Direktörü olarak görevlendirilir.

5.1.2. Kalite Yönetim Direktörü, Kalite Yönetim Biriminin sorumlusudur.

5.1.3. SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlar.

5.1.4. Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip eder.

5.1.5. Öz değerlendirmeleri yönetir.

5.1.6. Güvenlik Raporlama Sistemine ilişkin süreçleri yönetir.

5.1.7. Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetir.

5.1.8. Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geri bildirimlerinin alınması gibi) yönetir.

Hazırlayan
Kalite Yönetim Birimi

Kontrol Eden
Kalite Yönetim Direktörü

Onaylayan
Dekan



KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Döküman No	KKY.PR.04
Yayın Tarihi	04.02.2020
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	09.03.2020
Sayfa No	Sayfa 2 / 7

5.1.9. SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlar. Hazırlanan dokümanları kontrol eder, dokümanların gerektiğinde revizyonunu takip eder.

5.1.10. Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetir.

5.1.11. Hizmet sunumuna yönelik istatistikî bilgileri değerlendirir.

5.1.12. SKS çerçevesinde belirlenen alt kurullara üye olarak katılır.

5.1.13. Düzeltici ve önleyici faaliyetlerin takibini yapar.

5.1.14. Komisyonların yaptığı toplantıların takibini yapar.

5.1.15. Renkli kodlarının (Mavi-Pembe-Beyaz-Kırmızı) takibini yapar.

5.1.16. Uygun gördüğü birim sorumlularını "Kalite Bölüm Sorumlusu" olarak tanımlar. SKS

5.1.17. Kapsamındaki çalışmalarını Kalite Bölüm Sorumluları ile koordineli bir şekilde yürütür.

5.1.18. Birimlerin performanslarını; Kalite göstergelerini ve süreç karneleri ile takip eder.

5.1.19. Dilek, şikayet ve öneri kutularını en az ayda bir kez açarak analizini yapar ve Dekanlığa sunar.

5.2. Kalite Politikamız, Vizyonumuz ve Değerlerimiz

5.2.1. Kalite Politikamız

5.2.1.1. Milli ve Manevi değerlerini özümsemiş, Mesleki bilgi-beceri ve özgüvene sahip, kendini sürekli geliştirebilen, nitelikli öğrenciler ve uzman hekimler yetiştiren.

5.2.1.2. Araştırma ve Geliştirme faaliyetleri ile bilime ve ulusal ekonomiye katkıda bulunan.

5.2.1.3. Etik ilkelere ve değerlere bağlı, hasta haklarına duyarlı, modern sağlık hizmetleri sunan.

5.2.1.4. Çalışanların, Öğrencilerin, Hastaların memnuniyetini ön planda tutan.

5.2.1.5. Mevcut sistemi sürekli iyileştirip geliştiren, bir fakülte olmak

5.2.2. Kalite Vizyonumuz

Türkiye’de ve dünyada teknoloji, eğitim ve bilimsel açıdan sözü geçen bir diş hekimliği fakültesi olmak.

5.2.3. Kalite Değerlerimiz

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Atatürk İlkeleri ve İnkılaplarına bağlılık,• İfade özgürlüğünün korunması ve katılımcılık,• Hukukun üstünlüğüne, İnsan haklarına ve toplumsal değerlere saygı,• Bilimsel etik kurallara sahip çıkma,• Yaratıcı düşüncenin geliştirilmesi, | <ul style="list-style-type: none">• Sürekli gelişme ortamının sağlanması,• Üretilen bilgi ve hizmette kalitenin korunması,• Paydaş memnuniyetinin sağlanması,• Çevre bilincinin sağlanması ve• Diş Hekimliği Fakültesi kimliğinin oluşturulması ve korunması. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Hazırlayan
Kalite Yönetim Birimi

Kontrol Eden
Kalite Yönetim Direktörü

Onaylayan
Dekan



KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Döküman No	KKY.PR.04
Yayın Tarihi	04.02.2020
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	09.03.2020
Sayfa No	Sayfa 3 / 7

5.3. Kalite Yönetim Sisteminde Yatay ve Dikey Hiyerarşik Yapı

5.3.1. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı yılda bir kez kendi belirlediği zaman diliminde fakültemizi değerlendirir ve kalite yönetim sisteminde gelinen nokta puanlanır. Fakültemiz iç dikey yapılanma da Üst Yönetime bağlı olarak işlev görür. Tüm Fakülte Yönetimi Kalite Yönetim Sisteminin bir parçasıdır. Kalite Yönetim Sisteminden çıkan tüm raporlar ve çalışmalar dikey hiyerarşik yapıya bağlı olarak Üst Yönetime sunulur. Dekanlık tüm raporları ve çalışmalarını denetleyerek gereken birimlere dikey hiyerarşik yapıyla gönderimini yapar ve sistemde aksayan yönler varsa düzeltilmesini sağlar.

5.3.2. Fakültemizde tüm birimler Kalite Yönetim Sisteminde eşit yatay yapıya sahiptir. Tüm birimler sistem içerisinde kendi birimini ilgilendiren standartlara uygun çalışmak zorundadır.

5.3.3. Uyulması gereken standartlar Sağlık Bakanlığının SKS ADSH ve ilgili mevzuatlarında belirlenmiştir. Kalite Yönetim Birimi bu standartların uygulanması, sürecin devamlığı ve sürekli iyileştirme için tüm birimlerle yatay iletişim tekniklerini kullanarak çalışır. Tüm birimler yine aynı yatay iletişimle Kalite Yönetim Birimi ile ilişki kurar. Bu ilişkilerde birim sorumlularına aynı zamanda Kalite Birim Sorumluları da denir. Kalite Yönetim Birimi tüm çalışanlar ile yatay ilişkinin kurulmasından ve kalite yönetim sisteminin uygulanmasından sorumludur. Kalite birim sorumluları kalite sisteminin çalışanlardan sonraki ilk uygulama ayağını oluşturur.

5.4. Kalite Yönetim Birimi ve Kalite Yönetim Direktörü Temel İş ve Sorumlulukları

5.4.1. Kalite Yönetim Birimi

5.4.1.1. Kalite Yönetim Sisteminin kurulmasından, uygulanmasından ve geliştirilmesinden, kalite hedeflerine uygun çalışmaların yapılmasından sorumludur,

5.4.1.2. Kalite politikalarının çalışanlara duyurulmasını ve çalışanlarda kalite bilincinin geliştirilmesini sağlar,

5.4.1.3. Kalite dokümanlarını hazırlayarak dekanın onayına sunar,

5.4.1.4. Kalite Yönetim Sistemi dokümanlarının ve dış kaynaklı dokümanların dağıtımını ve güncellenmesini, muhafazasını takip eder, yürütür,

5.4.1.5. Birim ve ünitelerden gelen yenileme talep formlarını değerlendirir. Gelişmeleri izleyerek gerekli revizyonları ve dağıtımlarını yapar,

5.4.1.6. Kuruluş iç kalite tetkiklerinin koordinasyonunu, planlamasını yapar ve bunlar doğrultusunda tetkiklerin gerçekleştirilmesini sağlar,

5.4.1.7. Uygun olmayan hizmetlerle ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin başlatılmasını, birimler arası koordinasyonu, görüş alış-verişini ve uygunsuzlukların düzeltilinceye kadar takibini yapar,

5.4.1.8. Hasta şikâyetlerini değerlendirir ve eğitim faaliyetlerinin planlamasını, organizasyonunu yapar ve gerçekleştirilmesini sağlar,

Hazırlayan
Kalite Yönetim Birimi

Kontrol Eden
Kalite Yönetim Direktörü

Onaylayan
Dekan



KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Döküman No	KKY.PR.04
Yayın Tarihi	04.02.2020
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	09.03.2020
Sayfa No	Sayfa 4 / 7

5.4.1.9. Hizmet Planlaması faaliyetlerine katılır. Kalite Yönetim Sisteminin uygulanmasının ve sürekliliğinin sağlanmasını takip eder,

5.4.1.10. Kalite politikasının, kuruluşun her kademesinde bilinmesi ve uygulanmasını sağlar,

5.4.1.11. Kuruluşumuzun Kalite Politikası ve Kalite Yönetim Sistemini diğer kurum ve kuruluşlara tanıtmak, onlarla kıyaslama yapmakta temsilcilik rolünü üstlenir,

5.4.1.12. Kalite dokümanlarının ilgili prosedür ve süreç doğrultusunda takibini sağlar,

5.4.1.13. Görevini ilgili mevzuatlar, kalite yönetim sistemi, iç kontrol sistemi ile iş sağlığı ve güvenliği sistemlerinde belirtilen tanım, politika ve hedeflere uygun olarak yürütür. Fakülte süreçleri kapsamında verilen diğer görevleri yerine getirir.

5.4.2. Kalite Yönetim Direktörü

5.4.2.1. SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalıdır.

5.4.2.2. Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir.

5.4.2.3. Öz değerlendirmeleri yönetmelidir.

5.4.2.4. Güvenlik Raporlama Sistemine ilişkin süreçleri yönetmelidir.

5.4.2.5. Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetmelidir.

5.4.2.6. Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geribildirimlerinin alınması gibi.) yönetmelidir.

5.4.2.7. SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır.

5.4.2.8. Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.

5.4.2.9. SKS çerçevesinde belirlenen alt kurullara üye olarak katılmalıdır.

5.5. Dokümantasyon Yönetimi

5.5.1. Doküman; ilgili mevzuat şartları ile üniversite/fakülte kalite yönetim sistemi şartları gözetilerek, Kalite Yönetim Birimi tarafından hazırlanır ve Kalite Yönetim Direktörüne gönderilir. Kalite Yönetim Direktörü tarafından uygun bulunan doküman Üst Yönetim tarafından imzalanarak yürürlüğe konulur. Dokümanın aslı (ıslak imzalı) Kalite Yönetim Biriminde arşivlenir, dijital hali resmi internet sitesinde yayınlanır. Kalite Yönetim Sistemimizi oluşturan dokümantasyon yapımızı; kalite el kitabı, broşürler, rehberler, prosedürlere, talimatlar, planlar, hasta rıza belgeleri, listeler, formlar, dış kaynaklı dokümanlar ve Fakültemizin ihtiyaç duyduğu kalite kayıtlarını kapsar.

Hazırlayan
Kalite Yönetim Birimi

Kontrol Eden
Kalite Yönetim Direktörü

Onaylayan
Dekan



KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Döküman No	KKY.PR.04
Yayın Tarihi	04.02.2020
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	09.03.2020
Sayfa No	Sayfa 5 / 7

5.5.2. Ayrıca bölümlerden gelebilecek yeni doküman talepleri için Doküman Talep Formu kullanılır. Talepler Kalite Yönetim Birimi tarafından değerlendirilir, gerekli düzenlemeler yapılır ve Üst Yönetimin onayı ile kullanıma geçilir.

5.5.3. Dokümantasyon yapımızı oluştururken; Organizasyon yapımız, verdiğimiz hizmetler, süreçlerimizin karmaşıklığı ve birbirleri ile ilişkileri, çalışanların tecrübe ve becerileri göz önünde bulundurulmuştur.

5.6. Süreç Yönetimi

5.6.1. Kalite Yönetim Süreci

5.6.1.1. Kalite, fakültemiz içerisinde verilen hizmet süreçlerinde görev alan herkesin sorumluluğudur. Yönetim, kaliteyi ve Kalite Yönetim Sisteminin uygulamaya konmasını ve devamlılığını sağlamaya yönelik sistematik bir yaklaşımı geliştirmekle yükümlüdür. Kalite Yönetim Sistemi, misyon, vizyon ve hedefleri; kalite politikasını, amaçları ve sorumlulukları belirleyen tüm faaliyetleri içermektedir. Kalite yönetimi süreç kontrolü; verilen hizmetler sırasında hizmet kalitesini ve hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak, bunun yanı sıra hasta ve çalışan memnuniyetini de oluşturmak üzere kalite planlaması, kalite kontrolü, kalite güvencesi ve kalite iyileştirmesi yoluyla uygulamaya konmaktadır.

5.6.1.2. Kalite yönetimi sistemi, SKS Kitabı, tüm kritik süreçler için ilgili mevzuatlar, standart işleyiş prosedürleri, talimat ve formları içermektedir. Kalite Yönetim Birimi, etkinliğinden emin olmak için düzenli aralıklarla tüm sistemi gözden geçirmekte ve gerekli gördüğü takdirde düzeltici faaliyetleri yürürlüğe koymaktadır. Ayrıca birim çalışanları ve birim sorumlusu gerekli gördüğü takdirde güvenlik raporlama ve düzeltici önleyici faaliyet sistemini devreye koyabilmektedir.

5.6.2. Kalite Çalışmaları Süreci

5.6.2.1. Kalite çalışmaları Kalite Yönetim Birimi tarafından yerine getirilir.

5.6.2.2. Komisyon, alt kurul ve ekipler belirlenir, çalışma alanlarına yönelik bilgilendirmeler yapılır. Toplantı tarihleri belirlenir ve alınan kararları raporlanır, düzeltici önleyici faaliyetler, uygunsuzluklar, birimler tarafından yapılacak çalışmalar dekanın onayı ile kalite birimi tarafından gerekli dokümantasyonlar kullanılarak takip edilir.

5.6.3. İstenmeyen Olay Bildirim Süreci

5.6.2.3. Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve/veya kuruluştaki bulunan diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek olaylar olduğunda İstenmeyen Olay Bildirim Formu doldurulur veya Web sitemizden İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine bildirim yapılır. Bu formlar Hasta Güvenliği Komitesi tarafından her ay değerlendirilir.

Hazırlayan
Kalite Yönetim Birimi

Kontrol Eden
Kalite Yönetim Direktörü

Onaylayan
Dekan



KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Döküman No	KKY.PR.04
Yayın Tarihi	04.02.2020
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	09.03.2020
Sayfa No	Sayfa 6 / 7

5.6.2.4. Acil müdahale edilmesi gerekli bir durum olması halinde derhal müdahale edilir, gereken önlemler alınır, gerekirse Düzeltici Önleyici Faaliyet (DÖF) başlatılır ve takibi yapılır.

5.7. Hedef Yönetim Süreci

5.7.1. Her yıl birimlerin gelişimine yönelik amaç ve hedefler belirlenmesi istenir.

5.7.2. Bu amaç ve hedefler Kalite Yönetim Birimi tarafından raporlanır, kontrol edilir ve Üst Yönetim tarafından onaylanır.

5.7.3. Kalite Yönetim Birimi tarafından amaç ve hedeflere yönelik yapılması planlanan çalışmaların takibi yapılır.

5.7.4. Yıl sonunda belirlenen amaç ve hedeflerin gerçekleşme durumu değerlendirilerek hedefe ulaşım oranları belirlenir ve raporlanır.

5.8. Ölçme, Analiz ve İyileştirme

5.8.1. Öz değerlendirmeler

5.8.1. Öz Değerlendirme yapacak ekip/ekipler belirlenir.

5.8.2. Öz Değerlendirme takvimi hazırlanır.

5.8.3. Öz Değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilir.

5.8.4. Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirmeler yapılır.

5.8.5. Üst yönetim öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapar.

5.8.6. Gerekli dokümanlarla kayıtlar tutulur.

5.8.2. Risk Yönetimi

5.8.2.1. Kalite Yönetim Birimi tarafından risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanır.

5.8.2.2. Kurumda gerçekleşebilecek fiziksel, kimyasal, ergonomik ve biyolojik risklerin yönetimine ilişkin hizmet kaynaklı tüm risklere yönelik dokümanlar hazırlanır.

5.8.2.3. Risk yönetimi kapsamında riskler bir plan dahilinde belirlenir ve analiz edilir.

5.8.2.4. Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınır ve iyileştirme çalışmaları yapılır.

5.8.2.5. Yılda en az bir kez risk analizi yapılır.

Hazırlayan
Kalite Yönetim Birimi

Kontrol Eden
Kalite Yönetim Direktörü

Onaylayan
Dekan



KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Döküman No	KKY.PR.04
Yayın Tarihi	04.02.2020
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	09.03.2020
Sayfa No	Sayfa 7 / 7

5.8.3. Hasta ve çalışan memnuniyet anketleri

5.8.3.1. Üst Yönetim tarafından görevlendirilen Anketör Ekibi tarafından yılda iki kez Çalışan Memnuniyet Anketleri, her ay Hasta Memnuniyet Anketleri uygulanır ve bu anketler Anketör Ekip Başkanı tarafından incelenir, raporlanır ve Anket Değerlendirme Komisyonuna sunulur.

5.8.3.2. Anket Komisyonu anket sonuçlarını değerlendirir ve Üst Yönetim tarafından ihtiyaç dahilinde gereken çalışmaları başlatır.

5.8.3.3. Kalite Yönetim Birimi bu çalışmaların takip ve kontrolünü yapar.

5.8.3.4. Fakültemizde görüş öneri kutuları mevcuttur. Bu kutular her ay Kalite Yönetim Sorumlusu ve Anketör Ekip Başkanı tarafından açılır, ilgili formlara işlenir ve yine Anket Komisyonu tarafından değerlendirilerek gereken çalışmalar yapılır.

5.8.3.5. Teşekkür ve tebrik alan çalışanlarımıza olumlu geribildirimde bulunulur.

5.8.4. Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.

5.8.4.1. Fakültemizde takibi yapılacak olan göstergeler belirlenir.

5.8.4.2. Bunların dışında Birim Sorumluları veya Üst Yönetimin takip ve analizine gerek duyduğu göstergeler belirlenir ve Sağlık Bakanlığının hazırladığı Gösterge Kartları kullanılarak hizmetin sunucunda elde edilen çıktılar, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesi sağlanır.

5.9.5. Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.

5.9.5.1. Kalite Yönetim Birimi çalışanları komitelere üye olarak katılır.

5.9.5.2. Komite toplantılarının raportörlüğünü yapar.

5.9.5.3. Komitelerde alınan kararları değerlendirir, Kalite Yönetim Direktörünün kontrolü ve Dekanın onayı ile gereken çalışmaları başlatır, Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından takip ve süreç yönetimi yapılır.

6. İLGİLİ DOKÜMANLAR

6.1. İstenmeyen Olay Bildirim Formu

6.2. Çalışan Memnuniyet Anketleri

6.3. Hasta Memnuniyet Anketleri

6.4. Dış Kaynaklı Doküman Takip Formu

6.5. Güncel Doküman Takip Listesi

6.6. Doküman Revizyon Takip Formu

Hazırlayan
Kalite Yönetim Birimi

Kontrol Eden
Kalite Yönetim Direktörü

Onaylayan
Dekan