

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	KY.PR.03
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
		REVİZYON NO	05
	ÖZDEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	1 / 2

51. AMAÇ: Yönetim Sistemi (TS EN ISO 9001:2008, TS 18001: 2014, TSE EN ISO 14001:2005,TSE ISO 10002:2015) ve SKS' nin planlanmış düzenlemelere ve standartlarına uygunluğunun ve etkinliğinin periyodik olarak doğrulanması, uygunsuzluklar için düzeltici ve önleyici faaliyetlerin belirlenmesi ve iyileştirme alanlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

2. KAPSAM:Tüm hastane çalışanlarını kapsar.

3.KISALTMALAR:

SKS : Sağlıkta Kalite Standartları

KYS : Kalite Yönetim Sistemi

ÇYS : Çevre Yönetim Sistemi

İSG : İş Sağlığı Güvenliği Yönetim Sistemi

MMYS : Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi

KYD : Kalite Yönetim Direktörü

KYB : Kalite Yönetim Birimi

YGG : Yönetimi Gözden Geçirme

4.TANIMLAR:

Özdeğerlendirme: İç Denetim

3. SORUMLULAR:

- Başhekim Yardımcısı
- Müdür Yardımcısı
- Kalite Yönetim Direktörü
- Kalite Yönetim Birimi

4. UYGULAMA:

4.1. Yıllık Denetim Planı

4.1.1.KYS, ÇYS, İSG, MMYs ve SKS çerçevesinde Kalite Yönetim Birimi tarafından Öz değerlendirme Planı hazırlanır. Öz değerlendirme yılda bir kez YGG toplantılarından önce gerçekleştirilir.

4.1.2.Hangi bölümlerin ne zaman denetleneceği öz değerlendirme planı hazırlanarak denetlenecek bölüm, denetim konusu, denetim tarihi ve değerlendiriciler belirlenerek en az 15 gün öncesinden tüm hastane çalışanlarına HBYS otomasyon programı üzerinden, denetçilere ise hastane yazışma prosedürüne göre bildirilir.

4.2. Denetçilerin Seçimi

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	KY.PR.03
		YAYIN TARİHİ	01.05.2006
		REVİZYON NO	05
	ÖZDEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	2 / 2

4.2.1. Denetim, kurum içerisinde İç Tetkik eğitimi almış, İç tetkik sertifikasına sahip denetçilerle birlikte Başhekim yardımcısı ve Müdür yardımcılarıyla birlikte Kalite Biriminin koordinatörlüğünde belirlenmiş olan denetçiler tarafından uygulanır.

4.2.2. İlgili yıldaki denetçiler öz değerlendirme planına işlenir.

4.2.3. Kalite Birimi öz değerlendirme soru listesini SKS ve Yönetim Sistemleri Standartları çerçevesinde hazırlar ve denetçiler imzalar. Soru listesine ait olduğu bölüm ve tarih kaydı konur.

4.3. Denetimlerin Planı

4.3.1. Kalite Direktörü denetlenecek bölüme ve denetim görevlilerine denetim tarihini en az 15 gün önceden Hastane Yazışma Prosedürü' ne göre bildirir. Kayıtları KYB' de tutulur.

4.3.2. Kalite Direktörü denetlenecek bölümler için değerlendiricileri öz değerlendirme planına işler.

4.3.3. Denetçiler, denetim. öncesinde denetimin gerçekleştirileceği bölüm ile ilgili öz değerlendirme soru listesinin altına varsa ilave soruları işlerler.

4.4. Denetimin Yürütülmesi

4.4.1. Denetimler programa uygun yürütülerek varsa uygunsuzluklar işlenir.

4.4.2. Tespit edilen uygunsuzluklar DÖF takip formuna takip numarası verilerek kayıt edilir.

4.4.3. Uygunsuzluklar kapanıncaya kadar tetkikçiler tarafından takibi yapılır.

4.4.4. Tespit edilen uygunsuzluklar dönemsel olarak üst yönetime rapor edilir.

4.4.5. Denetimden sonra bulgular denetçiler tarafından Öz değerlendirme soru listesi açıklama kısmına işlenir. Öz değerlendirme sonucu tespit edilen uygunsuzluklar ilgili birime rapor edilir ve DÖF açılır.

4.4.6. Tüm öz değerlendirme sonuçları yönetimi gözden geçirme prosedürüne uygun olarak gündemde yer alır.

5. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- **KY.FR.01 Düzeltici Önleyici Faaliyet Takip Formu**
- **KY.PR.04 Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü**
- **KU.PR.02 Yönetimin Gözden Geçirmesi Prosedürü**
- **KU.PR.05 Hastane Yazışma Prosedürü**