



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14



**Gülümseyen
Müşteri**

**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ**

TS ISO 10002:2018

**MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ
REHBERİ**

Bu El Kitabının tüm basım ve Yayım hakları N.E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi' ne ait olup, Hastane Yönetimi'nin bilgisi dışında basımı, yayımı ve dağıtımı kesinlikle yapılamaz.



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14

0 GİRİŞ

1.1 ÖNSÖZ

1.2 YAYIN ÇALIŞMA GRUBU

1 KAPSAM

1.1 TANITIM

1.2 AMAÇ/KAPSAM

2 ATIF YAPILAN STANDART VE/VEYA DOKÜMANLAR

3 TERİMLER VE TARİFLER

4. KILAVUZLUK PRENSİPLERİ

- 4.1. Genel
- 4.2. Şeffaflık
- 4.3. Erişebilirlik
- 4.4. Cevap Verebilirlik
- 4.5. Objektiflik
- 4.6. Ücretler
- 4.7. Gizlilik
- 4.8. Müşteri Odaklı Yaklaşım
- 4.9. Hesap Verebilirlik
- 4.10. Sürekli İyileştirme

5. ŞİKAYETLERİ ELE ALMA ÇERÇEVESİ

- 5.1 Kuruluşun Bağlamı
- 5.2 Liderlik ve taahhüt
- 5.3 3 Politika
- 5.4 Sorumluluk ve Yetki

6. PLANLAMA, TASARIM VE GELİŞTİRME

- 6.1 Genel
- 6.2 Amaçlar
- 6.3 Faaliyetler
- 6.4 Kaynaklar

7. ŞİKAYETLERİ ELE ALMA SÜRECİNİN İŞLETİLMESİ

- 7.1 İletişim



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14

- 7.2 Şikayetin Alınması
- 7.3 Şikayetin Takip Edilmesi
- 7.4 Şikayetin Alındığının Bildirilmesi
- 7.5 Şikayetin İlk Değerlendirilmesi
- 7.6 Şikayetlerin İncelenmesi
- 7.7 Şikayetlere Cevap Verme
- 7.8 Kararın Bildirilmesi
- 7.9 Şikayetin Kapatılması

8. SÜRDÜRME VE İYİLEŞTİRME

- 8.1 Bilginin Toplanması
- 8.2 Şikayetlerin Analizi Ve Değerlendirilmesi
- 8.3 Şikayetleri Ele Alma süreci memnuniyetinin değerlendirilmesi
- 8.4 Şikayetleri Ele Alma Sürecinin İzlenmesi
- 8.5 Şikayetleri Ele Alma Sürecinin Tetkiki
- 8.6 Şikayetleri Ele Alma SürecininYönetimin Gözden Geçirmesi
- 8.7 Sürekli İyileştirme

10. YAYIN HAKKI

11.DAĞITIM



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14

0 GİRİŞ

1.1 1 ÖNSÖZ

MMYS kurumdaki tüm çalışanların faaliyetlerinin ve hizmetlerinin sürekli iyileştirilmesi yoluyla; hizmet alanların memnuniyetine odaklanan çağdaş bir yönetim tekniği ve felsefesidir.

Bu el kitabı , YÖK mevzuatı, **TS ISO 10002:2018 MMYs** Standartları ve Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi temel değerleri dikkate alınarak; akademik/idari/destek personelinin çalışma kural ve şartlarına uygun olarak görev yetki ve sorumluluklarını yerine getirmeleri için hazırlanmıştır. Hastane müşteri memnuniyeti politikası doğrultusunda belirlenen kalite hedeflerine ulaşmak, kalite yönetim sisteminin sürekliliğini ve geliştirilmesini sağlamak tüm çalışanların katılımı ile mümkündür.

Bu kalite rehberi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi deki tüm çalışanlar için bağlayıcı kalite düzenlemeleri içermekte ve üniversite hedeflerine ulaşmaya yönelik kalite prensip ve politikalarını açıklamaktadır.

1 KAPSAM

1.1 TANITIM

Hastanemiz; gelişmiş teknoloji ile donanımlı, 200.000 m2 kapalı alana sahip 1350 yatak kapasiteli, 2923 sağlık çalışanı ile yeni hizmet binası (6 blok) ve eski yerleşkesi (9 blok), Deneysel Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezi ile birlikte toplam 16 bloktan oluşmaktadır.

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, 130 profesör, 62 doçent, 53 doktor öğretim üyesi, 10 öğretim görevlisi doktor ve 721 araştırma görevlisi doktor ile üst düzeyde, bilimsel üretkenlik ve araştırmayı amaç edinen kadrosuyla hizmet vermektedir. Ayrıca Tıp Fakültesi Hastanesi öğrencileri yanında uzmanlık ve üst ihtisas eğitimleri de veren ulusal ve uluslararası alanda kendini kanıtlamış öğretim üyesi kadrosu ile Türkiye'nin tıp alanındaki köklü kuruluşları arasındadır.

1.2. AMAÇ/KAPSAM

Bu El Kitabı N.E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi **TS ISO 10002:2018** Müşteri Memnuniyeti Sistemi uygulamasında “müşteri memnuniyeti” terimi, Acil Tıp, Adli Tıp, Aile Hekimliği, Ameliyathane, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Çocuk Cerrahisi, Çocuk Hastalıkları, Dermatoloji, Diş Polikliniği, Enfeksiyon Hastalıkları, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları, Göz Hastalıkları, İç Hastalıkları, Romatoloji, Endokrinoloji, Gastroenteroloji, Hematoloji, Hemodiyaliz, Nefroloji, Kadın Doğum, Tüp Bebek, Kalp Damar Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz, Nöroloji, Nöroşiruji, Nükleer Tıp, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik Cerrahi, Psikiyatri, Radyoloji, Tıbbi Biyoloji, Üroloji, Kardiyoloji, Onkoloji, Kan Merkezi, Merkez Laboratuvarı, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Patoloji Laboratuvarı muayene ve tedavileri ile idari hizmetleri kapsar. Ayakta ve yatarak teşhis tedavi hizmetlerini kapsar.



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14

2 ATIF YAPILAN STANDART VE/VEYA DOKÜMANLAR

Bu El Kitabında, **TS ISO 10002:2018 MMYs** Standardı referans alınarak kurulmuş ve uygulanmaktadır.. Yapılan atıf ortam kağıt, manyetik, elektronik veya optik bilgisayar disk, fotoğraf veya orijinal örnek veya bunların birleşimini kapsamaktadır.

3 TERİMLER VE TARİFLER

- ❖ **ŞİKAYETÇİ:** Şikayeti yapan kişi, kuruluş veya temsilcisi
- ❖ **ŞİKAYET:** Organizasyonun vermiş olduğu sağlık hizmeti veya şikayetleri ele alma prosesleri ile ilgili yapılan memnuniyetsizlik ifadesi.
- ❖ **MÜŞTERİ:** Sağlık hizmeti alan kuruluş veya kişi.
- ❖ **MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ:** Gerçekleştirilen müşteri şartlarının müşteri tarafından algılanma derecesi.
- ❖ **MÜŞTERİ HİZMETİ:** Bir ürünün ömür döngüsü boyunca müşteri ile kuruluşun etkileşimi.
- ❖ **GERİ BİLDİRİM:** Sağlık hizmeti ile ilgili şikayetleri ele alma prosesleriyle ilgili olarak görüşler, yorumlar ve ilgi beyanları.
- ❖ **İLGİLİ TARAF:** Bir kuruluşun performansından veya başarısından fayda sağlayan kişi veya grup.
- ❖ **HEDEF:** Şikayetleri ele alma konusundaki ilgili aranan veya amaçlanan şey.
- ❖ **POLİTİKA:** Üst yönetim tarafından resmi olarak ifade edilen kuruluşun şikayetleri ele almayla ilgili genel amaç veya istikameti.
- ❖ **PROSES:** Girdileri çıktılara dönüştüren birbirleri ile ilgili olan veya etkileşimde bulunan bir faaliyetler dizisi.

4. KILAVUZLUK PRENSİPLERİ

4.1 GENEL

N.E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi olarak şikayetlerin etkili olarak ele alınması için şeffaflık ve sürekli iyileştirme kılavuzluk prensiplerine bağlı kalınır.

4.2 ŞEFFAFLIK

Hastanemizde müşterilere, personele ve diğer ilgili taraflara şikayetin nasıl ve nerede ele alınacağına dair bilgi, yeterli şekilde ilgili birimimiz tarafından ilan edilmektedir.

4.3. ERIŞEBİLİRLİK

Hastanemizde şikayetleri ele alma prosesi bütün şikayetçiler için kolayca erişilebilir durumdadır. İlgili birimimiz tarafından şikayetlerin yapılması, çözüme ulaştırılması ayrıntıları hakkında kolay anlaşılabilir, açık ve net bilgiler verilmektedir. Şikayet yapmaya yönelik bilgi ve yardım yine ilgili birimimiz tarafından şikayet formları doldurularak değerlendirmeye alınır.



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14

4.4 CEVAP VEREBİLİRLİK

Hastanemizde ilgili birimimiz tarafından şikayetin alınmış olduğu şikayetçiye bildirilir ve aciliyetlerine göre kısa sürede cevap verilir ve bu şikayetleri değerlendirme süreci hakkında bilgi verilir.

4.5. OBJEKTİFLİK

Hastanemizde şikayetlerin ele alınması sürecinde, şikayetler adil, objektif ve tarafsız bir şekilde değerlendirilir.

4.6. ÜCRETLER

Kurumumuzda şikayetlerin değerlendirilmesi ücretsiz yapılmaktadır.

4.7. GİZLİLİK

Şikayetçi ile ilgili bilgiler kurumumuzda ilgili birim tarafından muhafaza edilir. Şikayetin değerlendirilmesi esnasında bu bilgilere başvurulmaktadır. Rızaları olmadığı müddetçe de müşteri veya şikayetçi hakkında da bilgi verilmemektedir.

4.8. MÜŞTERİ ODAKLI YAKLAŞIM

Kurumumuzda hak sahiplerinin beklentilerine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Necmettin Erbakan Üniversitesi Rektörlüğü ve hak sahiplerinin beklentilerinin yerine getirilmesi ve bu beklentilere yönelik sunulan hizmetin Necmettin Erbakan Üniversitesi Rektörlüğü ve hak sahipleri tarafından geri bildirimleri, anketler, öneriler, şikayetler, tenkitler ile ölçülerek sağlanır. Bu öneri ve şikayetler Hasta Hakları Birimi Çalışma Talimatı' ndaki gibi işlem görür. Kalite Yönetim sistemini olumlu yönde etkileyecek ve sürekliliğini sağlayabilecek şartlar değerlendirilir, sürekli kaynaklar saptanır ve çalışanların kendi yeteneklerini kuruluşun yararına kullanımları gerçekleştirerek, sistem sürekli dinamik tutulur ve iyileştirilmesi sağlanır.

4.9. HESAP VEREBİLİRLİK

Hastanemizde ilgili birim tarafından şikayetlerle ilgili faaliyetler ve kararlar rapor edilerek hesap verilebilirlik durumunu sağlamaktadır.

4.10. SÜREKLİ İYİLEŞTİRME

Hastanemizde şikayetlerin ele alınma süreci ve sağlık hizmeti kalitesinin sürekli iyileştirilmesi birinci görevimizdir.

5. YÖNETİM SORUMLULUĞU

5.1 KURULUŞUN BAĞLAMİ

N.E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi şikayetlerin etkili ve verimli bir şekilde ele alınmasını ve bu şikayetlerin cevaplandırılmasına yönelik taahhütlerin delilini sağlar.

Hastanemizden hizmet bekleyenlerinde beklentilerini göz önüne alarak oluşturulan politika ve hasta ihtiyaçlarının planlanan sürede karşılanması için dökümante edilmiş



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14

prosedürleri hazırlayarak, eğitimler için yeterli kaynakların temini ile ve toplantılarla üst yönetim bu taahhüdü sağlamaktadır.

İLGİLİ DÖKÜMANLAR:

KU.YD.168 Stratejik Yönüne Ve Amacına Etki Eden İç Ve Dış Konular (Faktörler) Planı
KU.FR.01 Paydaş Analizi Ve Paydaş Beklentisi Formu

5.2 LİDERLİK VE TAAHHÜT:

Üst yönetimimiz, tanımlanan kalite yönetim sisteminin uygulanması, geliştirilmesi, etkinliğinin ve sürekliliğinin sağlanması konusunda taahhütlerini ve sorumluluğunun gereklerini yerine getirmek için aşağıdaki uygulamaları yapmış olduğu faaliyetler ve bunların kayıtlarını tutarak yerine getirmektedir.

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üst Yönetimi,

MMYS 'nin etkinliğini, proses ve faaliyetlerin sonuçlarını YGG toplantılarında değerlendirmektedir,

MMYS politikası ve kalite hedeflerini oluşturmuş ve bunların kuruluşun şartları ve kapsamı ile uyumluluğunu güvence altına almıştır,

MMYS 'nin şartlarının, hazırlamış olduğumuz iş odaklı proseslerimiz ile entegre olduğunu güvence altına almıştır,

Etkin kalite yönetimi ve MMYs'nin şartlarına uygunluğun öneminin paylaşılmasını eğitimler, proses izleme faaliyetleri ve iç tetkikler ile sağlamaktadır.

5.3 POLİTİKA

Hastanemiz üst yönetimi, hastanemizin amacını, çalışanların kültürünü, hak sahiplerinin ve Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi beklentileri göz önüne alarak Kalite politikası oluşturmuş ve Başhekim onayı ile yayınlamıştır. Kalite Politikamızda Müşteri memnuniyeti ile ilgili şartlara uyma ve etkinliğinin sürekli iyileşmesi taahhütlerini içermektedir. Ayrıca kalite hedeflerini belirlerken ve bu amaca uygunluk adına gözden geçirirken kalite politikamız genel anlamda göz önüne alınır.

Oluşturulan hastanemiz kalite politikası, hastane personeline görülebilecek yerlere asılarak ve eğitimler ile duyurulur. Politikanın personel tarafından anlaşıldığından emin olunması için eğitimlerde birebir sorular, yöneticiler tarafından hastanede her hangi bir anda sorulan sorular ve yapılan iç tetkikler esnasında sorularla ortaya konur. Kalite politikamız; hastanemiz hizmetinden beklentisi olanların ve hastane çalışanlarımızın eğitim, bilgi, beceri durumları ve beklentileri doğrultusunda mesajların tam ve eksiksiz verildiği ve sürekliliğinin sağlanması açısından uygunluğu yılda bir kez yapılması planlanan Yönetimin gözden geçirme toplantısında değerlendirilir.

KALİTE POLİTİKAMIZ

Ulusal ve Uluslararası Standartları esas alarak; hasta, hasta yakınları ve çalışan memnuniyeti odaklı, çevreye ve topluma duyarlı, kalite sistem şartlarına ve yasal şartlara uygun, yüksek kaliteli hizmet ve sürekli iyileştirme felsefesiyle, sağlık sektörünün önde gelenleri arasında yer almak kalite politikamızdır.



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14

MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ POLİTİKASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin hasta memnuniyeti politikasının temelini “Hasta Odaklılık” oluşturur. Bu amaçla; kalite politikası ve yasal şartlar çerçevesinde hastalarımızdan gelen talep ve memnuniyetsizlikleri tarafsızlık, objektiflik, gizlilik ve cevap verebilirlik ilkelerinden ödün vermeden inceleyip, çözüm sunan, memnuniyetsizliklerin tekrarının önlenmesi için gerekli iyileştirme çalışmalarını; planlama, uygulama, kontrol etme ve sürekli iyileştirme döngüsü içerisinde gerçekleştirmeyi taahhüt eder.

VİZYONUMUZ

Eğitim, araştırma ve uygulamada çağdaş yönelimli, ulusal ve uluslararası düzlemde bilimin gelişimine katkıda bulunan, insanlığın ortak geleceği olan tıbbıya yönelik çalışmalarla ülkemizdeki önderlik konumunu geliştiren, tıbbın diğer bilimlerle işbirliğini ön planda tutan, toplum sağlığını korumaya ve iyileştirmeye çalışan, öğrenci merkezli eğitim ile öğrencilerine ve hekimlerine bilim insanı ve entelektüel özellik kazandıran, Türkiye ve Dünya’da referans noktası olmayı hedefleyen bir fakülte olmaktır.

MİSYONUMUZ

Hekimlik sanatında üst düzeyde bilgi birikimine ve beceriye sahip, etik ve ahlaki değerler yönünden bilinçli, mesleki platformda yetkin ve başarılı, bilgiye ulaşma yollarını bilen ve gelişmeleri takip eden, ekip çalışmasını benimsemiş ve liderlik özelliklerini kazanmış hekimler yetiştirmek, evrensel ilkeler doğrultusunda kaliteli eğitim verebilen, rol model özelliğini koruyan, bilimsel araştırmaları ile ulusal ve uluslararası alanda kendisini kabul ettirmiş akademisyenlerin yetişmesini sağlamak, koruyucu hekimliği ve toplum sağlığını korumayı ilkesi haline getirmiş sağlık hizmeti sunmaktır.

5.4 SORUMLULUK VE YETKİ

5.4.1 Hastane üst yönetimi aşağıdaki hususlardan sorumludur.

- Hastane içerisinde şikayetleri ele alma proseslerinin ve hedeflerinin kurulmasını sağlamak.
- Şikayetleri ele alma proseslerinin kuruluşun şikayetleri ele alma politikasına uygun olarak planlanmasını, tasarımlanmasını, uygulanmasını, sürdürülmesini ve sürekli iyileştirilmesini sağlamak.
- Etkili ve verimli bir şikayetleri ele alma prosesi için ihtiyaç duyulan yönetim kaynaklarını belirlemek ve tahsis etmek.
- Şikayetleri ele alma proseslerinden ve müşteri odaklı yaklaşımdan haberdar olunmasını sağlamayı teşvik etmek.



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14

- e) Şikayetleri ele alma proseslerinin müşterilere, şikayetçilere ve uygulanabilir olduğunda, diğer doğrudan ilgili taraflara, kolayca erişilebilir bir tarzda bildirim konusunda bilgi sağlamak.
- f) Bir şikayetleri ele alma yönetim temsilcisi atamak ve yönetim temsilcisinin sorumluluklarını ve yetkisini açıkça tayin etmek.
- g) Her bir önemli şikayetin üst yönetime hızlı ve etkili şekilde bildirim için bir prosesin olmasını sağlamak.
- h) Şikayetleri ele alma proseslerini etkili bir şekilde sürdürmeyi ve sürekli iyileştirmeyi sağlamak için, periyodik olarak gözden geçirmek.

5.4.2 Şikayetleri ele alma yönetim temsilcisi aşağıdakilerden sorumludur.

- a) Performans izleme, değerlendirme ve rapor etme prosesini oluşturmak.
- b) İyileştirme için tavsiyeleri ile birlikte şikayetleri ele alma prosesi hakkında üst yönetime rapor vermek.
- c) Uygun personelin temini ve eğitimi, teknoloji şartları, dökümantasyon, hedef zaman sınırlarını belirlemek ve karşılamak ve diğer şartlar dahil olmak üzere, şikayetleri ele alma prosesinin, etkili ve verimli işletilmesini ve prosesleri gözden geçirmeyi sürdürmek.

5.4.3 Şikayetleri ele alma proseslerine dahil olan diğer yöneticiler, sorumluluk alanları içerisinde uygulanabilir olduğunda, aşağıdakilerden sorumludur.

- a) Şikayetleri ele alma proseslerinin uygulanmasını sağlamak.
- b) Şikayetleri ele alma yönetim temsilcisiyle bağlantı kurmak.
- c) Şikayetleri ele alma proseslerinden ve müşteri odaklı yaklaşımdan haberdar olunmasını sağlamayı teşvik etmek.
- d) Şikayetleri ele alma prosesleri ile ilgili bilgilere kolayca erişilmesini sağlamak.
- e) Şikayetleri ele alma ile ilgili faaliyetleri ve kararları rapor etmek.
- f) Yapılan ve kaydedilen şikayetleri ele alma proseslerinin izlenmesini sağlamak.
- g) Bir sorunu düzeltmek, gelecekte oluşmasını engellemek ve bu olayı kayıt altına almak için işlem yapılmasını sağlamak.
- h) Üst yönetimin gözden geçirmesi için şikayetleri ele alma verisinin mevcut olmasını sağlamak.

5.4.4 Müşteriler ve şikayetçilerle temas halinde olan bütün personel

- Şikayetleri ele alma konusunda eğitim verilir.
- Kuruluş tarafından belirlenen şikayetleri ele alma raporlama şartlarına uyulur.
- Müşterilere nazik bir tarzda davranılır ve şikayetler hızlı bir şekilde cevaplandırılır ve bunlar uygun kişilere yönlendirilir.
- İyi kişisel ilişkiler kurmalı ve iyi iletişim yeteneğine sahip olmalıdır.

5.4.5 Bütün personel :

- Şikayetlerle alakalı görevlerinden, sorumluluklarından ve yetkilerinden haberdar olmalıdır.
- Takip edilecek prosedürlerden ve şikayetçilere verilecek bilgilerden haberdar olmalıdır.



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14

-Kuruluş üzerinde önemli etkisi olan şikayetleri rapor etmelidir.

İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- ❖ KY.YD.09 Başmüdürlük Organizasyon Şeması
- ❖ KY.YD.08 Başhekimlik Organizasyon Şeması
- ❖ Görev Yetki ve Sorumluluklar

6. PLANLAMA VE TASARIM

6.1 GENEL

Hastanemiz sağlık hizmetinin gerçekleştirilmesi, müşteri sadakatini ve memnuniyetini artırmak, sağlık hizmeti kalitesini iyileştirmek için etkili ve verimli şikayetleri ele alma prosesini Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yönetmeliğini göz önüne alarak planlar ve bu mevzuatlar çerçevesinde geliştirir. Hastanemiz proses planlamasını yaparken; şikayetleri ele alma politikasına uyumu sağlamak ve hedefleri gerçekleştirmek için çeşitli personel bilgi, malzeme, mali ve altyapı kaynaklarını kullanmaktadır.

6.2 AMAÇLAR

Hastane Kalite Konseyi, hastanemizin ilgili organizasyonel fonksiyonları ve bu fonksiyonları yerine getirmek için seviyeleri göz önüne alarak ölçülebilir hedefleri yönetimi gözden geçirme toplantılarında belirler. Belirlenen bu hedefler, özelliklerine göre şikayetleri ele alma hedeflerine ulaşılması planında belirtilen süreler içinde izler, hedeften sapma olacağı fark edilirse revize eder. Hedefleri belirlerken mevcut durum tespiti yapılır ve hedefe ulaşmak için stratejiler belirlenir. Mevcut durum tespit edilemiyorsa tecrübeler ışığında ortalama hedef konur. Hedeflerin ölçülebilmesini ve politika ile tutarlı olmasını sağlar. Her birim hedefe ulaşıp ulaşmadığını Memnuniyetin Ölçülmesi ve Veri Analizi Prosedüründeki gibi istatistiki teknikleri kullanarak değerlendirir.

İlgili dokümanlar:

- ❖ Kalite Hedefleri
- ❖ HD.PR.08 Veri Analizi Prosedürü

6.3 FAALİYETLER

Hastane Üst Yönetimi, müşteri memnuniyetini sürdürmek ve artırmak için yapılan şikayetleri ele alma prosesinin planlamasını yapar. Bu planlamada hedefe ulaşılmasındaki sorumluluklar, kaynaklar, araçlar ve gerekli adımlar belirlenir. Kurumun işleyişinde gerekli olan proseslerin ihtiyaçlarını, bu proseslerin birbiri ile ilişkilerini, gerekli olan kaynakların ve bilginin sağlanmasını, proseslerin ölçüm, izleme ve analizlerini, bu proseslerin sürekli iyileştirilmesi ve planlanan sonuçlara ulaşmasını ve hedeflere varılmasını temin için gereken tüm faaliyetlerin gerçekleştirilmesini sağlayarak sonuçları inceler.

Hastanemiz, MMKYS' ne yönelik her hangi bir değişiklik olduğunda (versiyon, kapsam değişikliği) bu değişikliğin planlaması ve uygulamaya geçilmesi aşamasında KYS'nin bütünlüğünün bozulmamasına karşı aynı şartlarında yeni değişiklik olarak tanımlanıp yazılı düzenlemeler Prosedürüne göre işlem yapılmaktadır.

	MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ	DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
		YAYIN TARİHİ	01.11.2009
		REVİZYON NO	06
		REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
		SAYFA NO	1 / 14

İlgili dokümanlar:

❖ DY.PR.01 Döküman Yönetim Prosedürü

6.4 KAYNAKLAR

Hastane üst yönetimi şikayetleri ele alma prosesinin etkili ve verimli bir şekilde uygulanması, sürdürülmesi ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi, müşteri memnuniyetlerinin artırılması için kaynaklar belirler ve sağlar.

Bunlar personel, eğitim, prosedürler, dökümantasyon, uzman desteği, malzemeler ve teçhizat, bilgisayar yazılımı ve donanımı ve mali kaynaklar gibi kaynakları kapsar.

Şikayetleri ele alma prosesine dahil olan personel desteklenerek kurum içi eğitim verilir.

7. ŞİKAYETLERİ ELE ALMA SÜRECİNİN İŞLETİLMESİ

7.1. İLETİŞİM

Hastanemizde şikayetleri ele alma prosesiyle ilgili bilgiler, broşürler, kitapçık veya elektronik ortamda olabilecek şekilde şikayetçiler veya ilgili taraflar için bu tip bilgiler, anlaşılır bir dilde ve erişilebilir durumdadır.

7.2. ŞİKAYETİN ALINMASI

-Kurumumuzda verilen hizmetle ilgili memnuniyetsizliği olan şahıs direk Hasta Hakları Birimine müracaat ederek, Hasta hakları Başvuru formunu doldurarak şikayetini yazılı olarak iletir.

-Şikayet sahibi şahıs, Hastanemiz telefon, e-posta adresi, CİMER(Cumhurbaşkanlığı iletişim Merkezi),SABİM(Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) HBBS(Hasta Başvuru Bildirim Sistemi) aracılığı ile de müracaat etmektedirler. İlgili Birime ulaşan şikayetlerin her birine bir numara verilerek kayıt yapılır.

7.3. ŞİKAYETİN TAKİP EDİLMESİ

Hastanemizde proses süresince şikayetler takip edilmektedir. Şikayetçiye kendi isteği veya belirli zaman aralıklarıyla bilgi verilmektedir.

İlgili Dökümanlar:

HD.PR.03 Hasta hakları şikayetleri ele alma prosedürü

7.4. ŞİKAYETİN ALINDIĞININ BİLDİRİLMESİ

Hastanemizde şikayetin alındığına dair bilgi ilgili birimimiz tarafından şikayetçiye iletişim kanalları aracılığıyla bildirilir.

7.5. ŞİKAYETİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastanede şikâyetler kabul edildikten sonra değerlendirilmesi açısından ilk önce ciddiyeti, güvenliğe etkisi, karmaşıklığı, etkisi ve derhal işlem yapılması ihtiyacı gibi kriterlerle alınır.



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14

7.6. ŞİKÂyetLERİN ARAŞTIRILMASI

Hastanede ilgili birim tarafından şikayetçiden şikayetle ilgili konu hakkında, şikayet edilen birim veya kişi ile de irtibata geçilerek bilgi alınır.

7.7. ŞİKÂyetLERE CEVAP VERME

Şikâyet sonrasında ilgili birim çalışanları tarafından şikayetle ilgili çözümler önerilir. Şayet sorun çözümlenemiyorsa çözüme ulaştırmasını amaçlayan etkili bir konu ele alınarak sorun çözümlenir.

7.8. KARARIN BİLDİRİLMESİ

Hastanede şikayetçiye ve şikayete dahil olan personele şikayet hakkında alınan karar ve yapılacak olan faaliyet bildirilir.

7.9. ŞİKAYETİN KAPATILMASI

Şikayetçi alınan kararı veya faaliyeti kabul ederse, karar ve faaliyet gerçekleştirilir ve kayıt altına alınır.

Şikayetçi alınan kararı veya faaliyeti kabul etmezse, şikayet açık tutularak kayıt altına alınır ve çözüm yollar konusunda bilgilendirilir.

İkinci kez araştırılan şikayet kararı şikayetçi tarafından yine kabul edilmezse dış çözüm yolları önerilir.

8. SÜRDÜRME VE İYİLEŞTİRME

8.1 BİLGİNİN TOPLANMASI

N.E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi olarak şikayetleri ve cevapları kaydetme, bu kayıtları kullanma ve bunları yönetmek için şikayetleri ele alma prosedürü oluşturmuştur ve uygulamaktadır. Şikayetçilerle ilgili gizlilik sağlanır.

İlgili Dökümanlar

- ❖ HD.PR.02 Müşteri Memnuniyeti Prosedürü

8.2 ŞİKAYETLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastanemizde şikayetleri ele alma prosesi dahilinde şikayetler sınıflandırılır. Ölçümleri konularında izleme ve ölçme metotları oluşturulur. Bu ölçüm sonuçları istatistiksel teknikler kullanarak analiz edilir.

İlgili Dökümanlar

- ❖ HD.PR.08 Veri Analizi Prosedürü



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14

8.3 ŞİKAYETLERİ ELE ALMA SÜRECİ MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastanemizde şikayetleri ele alma prosesi ile ilgili memnuniyet seviyelerini belirlemek için iç ve dış müşterilerimize anketler, öneriler, şikayet kutuları gibi faaliyetler uygulanır. Her yapılan araştırma sonuçları bir önceki dönemle karşılaştırılarak yıl içerisinde oluşan değişimler dökümanite edilir. Sonuçlar üst yönetime duyurulur. Öneri-şikayet kutusu her hafta açılarak hastane müdürlüğüne iletilir. Sonuçlara göre yapılacak faaliyetler hastanemiz tarafından yapılır.

8.4 ŞİKAYETLERİ ELE ALMA SÜRECİNİN İZLENMESİ

Hastanemizde şikayetleri ele alma prosesinin izlenmesi için proseslerin izlenmesi ve ölçülmesi planında belirtilen şekilde prosesin özelliğine göre belirlenen zamanlarda o proses için hedeflenmiş sonuca ulaşip ulaşmadığını anlamak için ölçümler yapar. Bu ölçümler KYT tarafından yapılır. Yapılan bu ölçümlerle birlikte veriler ve kaynaklar belirlenir.

İlgili Dökümanlar

- ❖ HD.PR.08 Veri Analizi Prosedürü

8.5 ŞİKAYETLERİ ELE ALMA SÜRECİNİN TETKİKİ

Hastanemiz Yönetim Temsilcisi şikayetleri ele alma prosesini TS-ISO 10002:2018 standart şartlarına, bu şartlar doğrultusunda oluşturulmuş planlanmış düzenlemelere müşteri memnuniyeti sisteminin uygulanıp uygulanmadığına veya sürdürülüp sürdürülmediğine bakmak için iç tetkik yaptırır. Bu tetkikin prosedürlere uygunluğu ve hedefleri gerçekleştirmeye uygunluğuna bakılır. Sorunları tanımlama ve şikayetleri ele alma prosesindeki iyileştirmeleri ortaya çıkarmak için yapılan yönetimin gözden geçirmesinde tetkik sonuçları dikkate alınır. Tetkikler iç tetkik sertifikasına sahip ehliyetli kişiler tarafından yapılır.

8.6 ŞİKAYETLERİ ELE ALMA SÜRECİNİN YÖNETİM TARAFINDAN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

8.6.1. Hastane üst yönetimi şikayetleri ele alma prosesini aşağıdakileri sağlamak için düzenli olarak gözden geçirmelidir:

- ❖ Prosesin uygunluğunun, yeterliliğinin, etkinliğinin ve verimliliğinin devamını sağlamak.
- ❖ Sağlık, güvenlik, çevre, müşteri, mevzuat ve diğer yasal şartlara olan uygunsuzluk örneklerini tanımlamak ve bunları ele almak,
- ❖ Hizmet eksikliklerini tanımlamak ve düzeltmek
- ❖ Proses eksikliklerini tanımlamak ve düzeltmek
- ❖ İyileştirme için fırsatları ve şikayetleri ele alma prosesi ve sunulan ürünler için değişiklik ihtiyaçlarını değerlendirmek.
- ❖ Şikayetleri ele alma politikası ve hedeflerine yönelik potansiyel değişiklikleri değerlendirmek.

8.6.2. Yönetimin gözden geçirmesine girdiler aşağıdaki bilgileri içermelidir:

- ❖ Politikadaki, hedeflerdeki, organizasyon yapısındaki, kaynakların erişebilirliğindeki ve sunulan veya sağlanan ürünlerdeki değişiklikler gibi iç faktörler.



MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ REHBERİ

DÖKÜMAN KODU	HD.RH.01
YAYIN TARİHİ	01.11.2009
REVİZYON NO	06
REVİZYON TARİHİ	30.01.2025
SAYFA NO	1 / 14

- ❖ Mevzuattaki, rekabet uygulamalarındaki veya teknolojik yeniliklerdeki değişiklikler gibi dış faktörler
- ❖ Müşteri memnuniyeti araştırmalarını ve prosesleri sürekli izleme sonuçlarını içeren şikayetleri ele alma prosesinin genel performansı
- ❖ Tetkiklerin sonuçları,
- ❖ Düzeltici ve önleyici faaliyetlerin statüleri,
- ❖ Önceki yönetim gözden geçirmesinden kaynaklanan faaliyetlerin takibi
- ❖ İyileştirme için tavsiyeler.

8.6.3. Yönetimin gözden geçirmesinin çıktıları aşağıdaki bilgileri içermelidir:

- ❖ Şikayetleri ele alma prosesinin etkinliği ve verimliliğini iyileştirmesi ile ilgili kararlar ve faaliyetler
- ❖ Ürün iyileştirmesiyle ilgili öneriler
- ❖ Belirlenen kaynak ihtiyaçlarıyla (eğitim programları gibi) ilgili kararlar ve faaliyetler.

8.7. SÜREKLİ İYİLEŞTİRME

Hastanemiz müşteri memnuniyeti politikamızı hedeflerin sonuçlarını hastane ile ilgili iç ve dış tetkik sonuçlarını, ilgili kaynaklardan elde edilen verilerin analiz sonuçlarını, DÖF ile ilgili sonuçlar ve Yönetimi Gözden Geçirmenin sonuçlarını kullanarak uygulamış olduğumuz MMYS' nin etkinliğini sürekli iyileştirmektedir. Hastane Yönetimi en iyi şikayetleri ele alma uygulamalarını araştırmalı, belirlemeli ve uygulamalıdır. Kuruluş içerisinde müşteri odaklı bir yaklaşımı benimsemelidir. Şikayeti ele alma geliştirmelerindeki yenilikleri teşvik etmelidir. Örnek niteliğindeki şikayetleri ele alma davranışlarını takdir etmelidir.

9.YAYIN HAKKI

Kalite el kitabı yayım hakkı Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliğine aittir. Yazılı izin verilmediği sürece, çoğaltılamaz. Bu kurala uymayanlara yasal yaptırımlar uygulanır.

10.DAĞITIM

Bu kitap ve tüm dokümanlar Microsoft Word paket programı kullanılarak hazırlanır orijinal dokümanlar yetkililerce imzalandıktan sonra akreditasyon dokümanları klasöründe saklanır. Elektronik ortamda PDF formatına çevrilir ve hastane otomasyonu ile elektronik ortamda yayınlanır.