

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Kalite Yönetim Direktörü	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1.Görev Unvanı : Kalite Yönetim Direktörü

2.Çalıştığı Bölüm : Kalite Yönetim

2.1. Bağlı Olduğu Bölüm Yöneticisi : Yönetim Kurulu Başkanı

2.2. Kendisine Bağlı Birimler : Birim Kalite Sorumluları

2.3. Yerine Vekalet Edecek Kişi : Yetkilendirdiği Birim Kalite Sorumlusu

2.4. Çalışma Saatleri : Mevzuatta Belirtildiği Gibi

3.Yetkinlik Bilgileri

3.1. Öğrenim :En az Ön Lisans / Lisans mezunu olmak

3.2.Deneyim : 3 yıl

3.3.Uzmanlık / Sertifika : Kalite Yönetimi, Dokümantasyon Yönetimi, Hasta Güvenliği Eğitimleri

3.4. Kullanması Gereken Cihaz ve Ekipmanlar : Bilgisayar ve ofis cihazları

3.5. İşinde Gizlilik Gerektiren Durumlar : Hastane ve birimi ile ilgili tüm bilgiler.

4.Görev Tanımı :

Özel Mecidiyeköy Çevre Hastanesindeki Kalite Yönetim Sistemlerinin planlanmasını, kurulmasını, uygulanmasını, sürekliliğini sağlamak, sürekli iyileştirmek ve bu sistemin öngördüğü faaliyetlerin yürütülmesi için gerekli organizasyonları sağlamaktan sorumlu kişidir.

5.Görev, Yetki ve Sorumluluklar

5.1. Özel Mecidiyeköy Çevre Hastanesi'nde "Kalite Yönetim Birimi"nde çalışacak personel sayısı ve yetkinliğini belirler.

5.2. Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde yürütülen çalışmaların ve ISO Kalite Standartları çalışmalarının koordinasyonunu sağlar.

5.3. Özel Mecidiyeköy Çevre Hastanesi'nde kalite amaçlarının, hedeflerinin ve politikalarının belirlenmesinde üst yönetime öncülük eder.

5.4. Belirlenen hedef ve politikaları Kalite Yönetim Sistemlerine uygun olarak kalite sisteminde tanımlar, uygular, denetler ve korunmasını sağlar.

5.5. Öz değerlendirmeleri yönetir.

5.5.1. Öz değerlendirme öncesi süreçleri planlar.

5.5.2. Öz değerlendirme ile ilgili ekipleri belirler.

5.5.3. Öz değerlendirme takvimini hazırlar.

5.5.4. Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümleri önceden haberdar etmek için öz değerlendirme duyurularını yapar,

5.5.5.Tüm bölümlerin planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirmesini bölüm kalite sorumluları ile yapar.

5.5.6. Öz değerlendirme sonucunda belirlenen uygunsuzlukları raporlar ve üst yönetime sunar.

5.6.Güvenlik raporlama sistemine ilişkin süreçleri yönetir. Güvenlik raporlama sistemini kurar, yapılan raporlamaları ilgili yönetici ve komitelerde kök neden analizi yapılmasını sağlar ve gerekli iyileştirmeleri organize eder. Bakanlık sistemine hata bildirimlerin girişlerini yapar.

5.7.Hastane risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetir. İş Güvenliği Uzmanı ile beraber bölüm bazlı risklerin belirlenerek risk analizinin yapılması, belirlenen risklere yönelik iyileştirmelerin planlanması ve uygulanmasını sağlar.

5.8.Hasta ve Çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları yönetir.

5.8.1.Uygulanacak anketleri Sağlık Bakanlığı Anket Uygulama Rehberi doğrultusunda hazırlar, anket uygulamaları yaptırır, sonuçları raporlar, üst yönetime sunar, gerekli iyileştirmeleri planlar

5.8.2.Hasta ve çalışanlardan gelen öneri ve şikayetleri değerlendirir, üst yönetime raporlar, gerekli iyileştirmelerin yapılmasını sağlar.

5.8.3. Hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması için gerekli aktivite planlarının ve çalışmaların hazırlanması için ilgili birimlerle işbirliği yapar.

5.9. Sağlıkta Kalite Standartları doğrultusunda dokümantasyon yönetimini sağlar.

5.9.1.Kalite Birimi dokümantasyon yapısının oluşturulmasını, güncelliğini ve sistem uygunluğunu sağlar.

5.9.2.Bölgümlere ilişkin tanımlanmış yazılı dokümantasyonu Kalite ve Hastane Yönetim Sistemlerine olan uygunluk açısından değerlendirir ve onaylar.

5.9.3.Yeni dokümantasyon tasarılarının ulusal ve uluslararası standartlara uygunluğunun tespiti ve kontrolünü sağlar.

5.9.4.Kalite Birimi tarafından hazırlanan tüm Kalite Sistem dokümantasyonunu uygulamaya geçirir, uygulamayan çalışanları gerektiğinde uyarır.

5.9.5.Kalite dokümanlarının ilgili çalışanlar tarafından ulaşılabilir yöntemi belirler ve uygular.

5.9.6. Kalite dokümanlarının orginal nüshalarının muhafazasını sağlar.

5.9.7. Geçerliliği kalmayan dokümanların revizyonunu yaptırır, kontrolünü yapar ve iptal edilecek dokümanın iptalini yapar, yeni dokümantasyonu uygulamaya koydurur.

5.10.Kalite indikatör/göstergelerine yönelik süreçleri yönetir.

5.10.1. Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği kalite indikatör/göstergelerinin takibi için gerekli dokümantasyon ve alt yapı süreçlerini hazırlar.

5.10.2.Belirlenen sürelerde indikatör/gösterge verilerini toplar, analizini yapar, üst yönetime raporlar.

5.10.3. İlgili komitelerde indikatör/gösterge veri analizlerinin görüşülmesini sağlar ve gerekli iyileştirmeleri planlar.

5.10.4. Gerekli periyotlarda Sağlık Bakanlığı'nın sistemine indikatör/gösterge verilerinin girişini yapar.

5.11.Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde belirlenen komitelerin süreçlerini yönetir

5.11.1.Kurumda bulunması gereken komite ve ekipleri oluşturur.

5.11.2. Komite ve ekiplerin görev tanımlarını hazırlar.

5.11.3. Komite ve ekiplerde bulunması gereken çalışanları belirler, atamalarını yapar.

5.11.4. Komite ve ekiplerin yıllık toplantılarını planlar, plan doğrultusunda toplantıların yapılmasını sağlar.

5.11.5. Tüm komite ve ekiplerde üye olarak katılır.

5.11.6. Komite ve ekiplerin toplantı kararlarını yazar, toplantı tutanaklarını ilgili birimlere ve üst yönetime gönderir.

- 5.12.** Bölüm kalite sorumlularını belirler ve bölüm kalite sorumluları ile koordineli çalışır. Bölümlerde planlanan düzeltici önleyici faaliyetlerin bölüm kalite sorumluları tarafından takibini yaptırır.
- 5.13.**Hastane yönetimi ile bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile hizmet sunumuna yönelik değerlendirme toplantılarının yapılmasını sağlar.
- 5.13.1.** Kalite Birimi Toplantılarını organize eder.
- 5.13.2.**Kurumsal amaç ve hedefler, öz değerlendirmelere ilişkin sonuçlar, hasta ve çalışan geri bildirimleri kalite değerlendirme toplantılarında görüşülmesini sağlamalıdır.
- 5.14.**Tasarlanan bölüm süreçlerinin Kalite Yönetim Sistemlerinin gereklerine ve Özel Mecidiyeköy Çevre Hastanesi işleyiş yapısına uygunluğunu denetler ve onaylar.
- 5.15.**Kurumun Kalite Politikası ve ilkeleri doğrultusunda yaratılan, yeniliklere açık, çağdaş ve yardımsever bir çalışma ortamını sürekli kalite iyileştirme çalışmaları ile daha da geliştirmeyi amaç edinir.
- 5.16.**Kalite sorunlarının belirlenmesi, iyileştirme önerilerinin geliştirilmesi ve seçim mekanizmalarının yürütülmesinin sağlar.
- 5.17.**Bölüm Sorumlularından gelen yeni kalite yaklaşımları ve uygulama önerileri konusunda üst yönetime öneri ve teklif götürür.
- 5.18.**Kalite iyileştirme planlarının hazırlanması, koordinasyonu ve uygulanmasını sağlar.
- 5.19.**Kalite sorunlarının çözümü için üst yönetime danışmanlık yapar.
- 5.20.**Hastane Kalite İyileştirme ve Hasta ve Çalışan Güvenlik Programlarının oluşturulması, uygulanması ve denetlenmesini sağlar.
- 5.21.**Kurumun hasta güvenliği hedef ve politikalarına yönelik çalışmaları destekler ve bu konuda kendine verilen görevleri yerine getirir.
- 5.22.**Kurumun eğitim süreçlerini yönetir.
- 5.22.1.**Kalite Yönetim Sistemlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için yıllık Eğitim Planlarını hazırlar ve onaylar.
- 5.22.2.** Yıllık eğitim planı doğrultusunda bölümlerin yapması gereken eğitimleri bölümlere bildirir ve yapılmasını sağlar.
- 5.22.3.** Yeni işe başlayan çalışanların kalite süreçlerine yönelik oryantasyonunu planlar ve yapar.
- 5.22.4.**Yıllık eğitim planı doğrultusunda verilecek eğitimlerin eğiticileri belirler ve ilgili kişilere bildirir.
- 5.22.5.** Aylık eğitim planlarının yapılmasını organize eder ve eğitimlerin gerçekleşmesini sağlar.
- 5.22.6.** Eğitimlerin kalite indikatör/göstergelerinin analizini yapar.
- 5.22.6.**Eğitim analizlerine, performans geliştirme sonuçlarına ve taleplere göre yeni eğitimlerin planlanmasını sağlar.
- 5.23.**Kalite Performans Raporu'nu dönemsel olarak hazırlar ve üst yönetime sunar.
- 5.24.**Kalite bilincinin tüm çalışanlarca anlaşılması için çalışmalarda bulunur.
- 5.25.**Sorumlu oldukları tüm cihazların zamanında ve eksiksiz bir şekilde bakımlarının ve/veya kalibrasyonlarının yapılması / yaptırılması konusunda hassas olmak için ve ilgilileri uyarır.
- 5.26.**Kalite Yönetim Sisteminin korunması ve belgelendirilmesi için danışman ve denetim firmaları ile işbirliğinin yürütülmesini sağlar.
- 5.27.**Tespit edilen uygunsuzlukların ortadan kaldırılması hususunda bölüm sorumlularına liderlik eder.
- 5.28.**Kurumun yayınlamış olduğu hasta güvenliği ile ilgili politika ve prosedürlere uyar, kendisine bağlı kadrolara benimsetir ve bu konudaki olayları raporlar.

5.29.Kalite Yönetim Sistemlerinin denetim planlarını onaylar ve denetim sonuçlarını üst yönetime raporlar.

5.30.Sistem altyapı denetimlerini planlar, denetler ve sonuç raporlarını üst yönetime sunar.

5.31.Hasta güvenliği programları ile ilgili olarak yeni araştırmalar ve çalışmalar yapar, kuruma ve bölümlere uygun olarak planlar, uygular ve değerlendirir. Sonuç raporlarını üst yönetime sunar.

5.32.Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu tebliğ ve Hizmet Kalite Standartlarını takip eder, gerekli düzenlemelerin yapılması için üst yönetim ile irtibata geçer. Onaylanan değişikliklerinin takibini sağlar.