



1. AMAÇ

Bu Talimatın amacı, Hatay İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde meydana gelen veya gelmesi muhtemel uygunsuzluklara ilişkin, nedenlerin giderilmesi, tekrarının önlenmesi ve sürekli iyileştirmenin, etkinliğinin sağlanması için yetki, sorumluluk ve yöntemleri tanımlamaktır.

2. KAPSAM

Bu talimat Hatay İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde yürütülen tüm faaliyetlerle ilgili uygunsuzlukların düzeltilmesini, risklerin önlenmesini, Kurumsal Kalite Standartlarının karşılanması ve hizmet kalitesinin geliştirilmesini kapsar.

3. KISALTMALAR

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet

4. TANIMLAR

Düzeltici Faaliyet: Saptanan arızaların, uygunsuzlukların sebeplerini ortadan kaldırmak ve uygunsuzluğun neden olduğu olumsuz sonuçları gidermek için yürütülen planlı ve sistematik faaliyetlerdir.

Önleyici Faaliyet: Bir sapma veya uygunsuzluk meydana gelmeden, olası sapma ve uygunsuzlukların tespit edilmesi, meydana gelmelerini engellemek için yapılan planlı ve sistematik faaliyetlerdir.

İyileştirici Faaliyet: Hatay İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde sunulan hizmetleri, olumsuz etkileyen herhangi bir durumun iyileştirilmesi amacıyla yapılan planlı ve sistematik faaliyetlerdir.

Uygunsuzluk: Kaliteli hizmet sunumu için gereken şartların yerine getirilmemesidir.

5. SORUMLULAR

Sağlık Müdürü, Sağlık Müdür Yardımcıları Şube Müdürleri, Birim Sorumluları ve çalışanlardır.

6. FAALİYETLER

Düzeltici ve önleyici faaliyetlerde,(DÖF) mevcut ve potansiyel uygunsuzlukların temeldeki nedenlerini tespit etmek, bu uygunsuzlukları ortadan kaldırmak için çözüm önerileri geliştirmektir. Düşünülen çözüm önerilerinde, karşılaşılan problemin büyüklüğüne ve taşıdığı riske uygun boyutta olmasını sağlamak için düzenlemeler yapmaktır. DÖF sonucunda alınması öngörülen tedbirler uygulanırken, bunların dokümantasyon sistemine etkileri dikkate alınır ve gerekli güncellemeler yapılır. DÖF iyileştirme fırsatları olarak kabul edilir.

6.1. Düzeltici Önleyici Faaliyetin (DÖF) Tespiti

Bina Turlarında tespit edilen olay bildirimleri, Tesis Güvenliği sisteminden elde edilen veriler, Şube ve Birimlerde meydana gelen işleyiş aksaklıkları, DÖF tespit kaynaklarıdır. DÖF, tespit edilecek faaliyetin, Kurumsal Kaliteyi iyileştirme ve geliştirmeye katkısı dikkate alınarak belirlenir.

6.2. DÖF' ün Açılması

6.2.1. Hatay İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde düzenlenen, Günlük ve Aylık Bina Turları ile faaliyet alanları içerisinde tespit edilen uygunsuzluklar neticesinde açılır.

6.2.2. Uygunsuzluk ve iyileştirme olarak tanımlanabilecek tespitler ve bu tespitlerin ortaya çıkmasına neden olan unsurlar ile hangi bölümde olduğu DÖF formunda tanımlanır.

6.2.3. DÖF, Performans ve Kalite Birimine getirilir veya gönderilir.

6.2.4. Faaliyetin başlatılması, faaliyetin bitiş tarihi, faaliyeti yapacak ilgili Şube, Birim ve Bireye ilişkin kararlar, Performans ve Kalite Birimi tarafından Şube, Birim ve Birey ile yapılacak değerlendirme toplantısında alınır, DÖF inceledikten sonra uygun görülür ise onaylanır.





6.2.5. Onaylanan DÖF Performans ve Kalite Birimince DÖF Takip Çizelgesine istatistiki bilgiler ve takip açısından kaydedilerek sıra numarası verilir.

6.3. DÖF' ün Uygulanması

6.3.1. Sıra numarası verilen DÖF, Performans ve Kalite Birimi tarafından faaliyeti yapacak ilgili Şube, Birim ve Birey verilir veya görevlendirilir.

6.3.2. Faaliyeti yapacak ilgili Şube, Birim ve Birey, Teknik, mali, iş gücü vb. konuları göz önünde tutarak faaliyet planını uygulamaya başlar.

6.3.3. Faaliyeti yapacak ilgili Şube, Birim ve Birey, uygulanacak faaliyet planı süresi içerisinde işi bitirmelidir, işi bitiremedi ise gerekçesini ve nedenlerini, belirterek ek süreyi Performans ve Kalite Biriminden talep edebilir.

6.4. DÖF' ün Doğrulanması (Takibi)

6.4.1. DÖF'ün işleyişinin takibi, görevi alan Şube, Birim ve Bireyin sorumluluğundadır

6.4.2. DÖF, Performans ve Kalite Birimi tarafından, doğrulama amacı ile takip edilebilir ve etkinliği değerlendirilebilir.

6.4.3. Planlanan bitiş tarihi süresi içinde yapılan faaliyetler yetersiz ve tamamlanmamış ise uygulamayı yapan Şube, Birim ve Bireyin talebi üzerine gerek görüldüğünde, Performans ve Kalite birimi tarafından ek süre onayı verilir. HİSM DÖFTKÇ-1'de sonuç açıklama bölümüne açıklama belirtilerek, ek süre kayıt altına alınır.

6.4.4. Faaliyet olumlu bir şekilde bitmiş ise veya faaliyetin tamamlanmasına engel durumlar var ise veya yeniden değerlendirilmesini isteyecekse, bu durum DÖF'te belirtilerek bitiş tarihi yazılır ve Performans ve Kalite Birimine ulaştırılması sağlanır.

6.4.5. Ek süre verilmiş bir uygulamaya tekrardan ek süre tanınmaz, DÖF kapatılıp tekrardan açılır.

6.4.6. DÖF'ün kapatılması Performans ve Kalite Birim sorumlusu tarafından yapılır.

6.6. DÖF' lerin Kaydedilmesi ve Dosyalanması:

6.6.1. Bu formların asılları Performans ve Kalite Biriminde saklanır. HİSM DÖF Formu Kontrolsüz kopya olarak Hatay İl Sağlık Müdürlüğü web Sayfasındaki Uygulamalar linkinde ki Performans ve Kalite Birimi Dokümanlar bölümünden indirilerek kullanılabılır.

6.6.2. Uygunsuzluğun / iyileştirmenin çözümlenip çözümlenmediği Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Takip Listesinden her ay sonunda Performans ve Kalite Birimi tarafından takip edilir.

7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

7.1. HİSM DÖF

7.2. HİSM DÖFTKÇ-1

