
 <small>Tıp Laboratuvarları ve Tıbbi Görüntüleme Merkezi</small>	Doküman No	Yürürlük Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
	DNG.PR.05	01.07.2021	01	01.10.2024	1 / 5
	ŞİKAYETLERİN ÇÖZÜMLENMESİ PROSEDÜRÜ				

REVİZYON TAKİP		
Revizyon Tarihi	Revizyon Açıklama	Revizyon No
01.10.2024	EN ISO 15189 : 2022 Standardı kapsamında gözden geçirildi. Metin içerisine dokümantasyon numaraları eklendi	01

Hazırlayan	Onaylayan
KALİTE YÖNETİCİSİ	GENEL MÜDÜR

 <small>Tıp Laboratuvarları ve Tıbbi Görüntüleme Merkezi</small>	Doküman No	Yürürlük Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
	DNG.PR.05	01.07.2021	01	01.10.2024	2 / 5
	ŞİKAYETLERİN ÇÖZÜMLENMESİ PROSEDÜRÜ				

1. AMAÇ

Laboratuvarımıza hizmet alan kurum veya kişilerden iletilen şikâyet ve önerilerin kayıt altına alınarak bildirim yapılan memnuniyetsizliklerin giderilmesini standart bir süreç haline getirilmesidir.

2. KAPSAM

Bu prosedür Laboratuvar hizmet alan müşterilerin şikâyet, memnuniyet seviyesinin algılanması ve yapılan geri bildirimlerin kayıt altına alınması ve değerlendirilmesini kapsar.

3. KISALTMALAR

4. TANIMLAR

5. SORUMLULAR

Şikâyet ve önerilerin alınmasından tüm çalışanlar, değerlendirilmesi ve gerçekleştirilecek iyileştirme çalışmalarının planlanmasından Kalite Yöneticisi ve Genel Müdür sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI


6.1. Laboratuvar hizmetlerinden yararlananların ihtiyaçlarının ve şartlarının laboratuvar genelinde farkındalığının artması için aşağıdaki uygulamalar Kalite Yöneticisi ve Genel Müdür sorumluluğunda yapılır.

6.2. Müşteri Memnuniyet Anketi Uygulaması

6.2.1. Laboratuvarımızda müşteri memnuniyetinin algılanması adına **DNG.FR.17 Müşteri Memnuniyeti Anket Formu** hazırlanmıştır. Hazırlanan anketler Kalite Yöneticisi tarafından yılda bir kez olmak üzere kurum sorumlularına Google Forms, kurye, faks veya kargo ile iletilir veya telefon aracılığıyla soruların cevaplanması sağlanır. Geri dönen anketler Kalite Yöneticisi tarafından toplanır. Toplanan anketler için her döneme ait olacak şekilde istatistiksel çalışmalar Kalite Yöneticisi tarafından gerçekleştirilir. Elde edilen veriler Laboratuvar Kalite Yöneticisi ve Genel Müdür tarafından değerlendirilir.

6.2.2. Değerlendirme; **DNG.FR.17 Müşteri Memnuniyeti Anket Formu'** nda yer alan 10 soruya verilen cevaplar değerlendirilerek genel memnuniyet puanı 100 üzerinden hesaplanır ve form üzerine kaydedilir. Anket değerlendirmesinde "Çok Kötü (1), Kötü (2) veya Orta (3)," seviyesinde verilen tüm notlar veya açıklama bölümünde yazan öneri veya şikâyet hususları belirtilmiş ise anketi dolduran müşteri ile irtibata geçilerek sorun hakkında ayrıntılı bilgi alınarak gerekirse düzeltici faaliyet başlatılır.

6.2.3. Kalite Yöneticisi ve Genel Müdür tarafından kontrol edilen sonuçlara göre iyileştirme yapılması gerekli olan hususlar, ilgili sorumlular ile paylaşılır. Hizmet alan kurum veya kişilerden gelen şikâyetler Hasta Kabul Kayıt Personeli

 <small>Tıp Laboratuvarları ve Tıbbi Görüntüleme Merkezi</small>	Doküman No	Yürürlük Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
	DNG.PR.05	01.07.2021	01	01.10.2024	3 / 5
	ŞİKAYETLERİN ÇÖZÜMLENMESİ PROSEDÜRÜ				

tarafından **DNG.FR.19 Görüş/Öneri Formu'** na aktarılır ve Kalite Yöneticisine iletilir. Şikâyetin çözümü ile ilişkili tüm çalışmalar yapılarak kayıt altına alınır. Anket sonuçlarına göre yapılacak olan iyileştirme çalışmaları **DNG.PR.07 Düzeltici Faaliyet Prosedürlerinde** tanımlanan akışa göre işleme alınır. Düzeltici faaliyet çalışmalarının sonucunda yapılan iyileştirme faaliyetlerinin sonuçları memnuniyetsizliği bulunan kurum sorumlusuna Kalite Yöneticisi veya ilgili uzman tarafından telefon veya yazılı (e-posta) olarak geri dönüş yapılır.

6.3. Personel Memnuniyet Anket Uygulaması

Laboratuvarımızda yılda bir kez **DNG.FR.18 Personel Memnuniyet Anketi** uygulaması yapılmaktadır. Personel öneri ve şikâyetlerini bu ankette bildirmektedir. Yapılan anket uygulaması sonuçları Genel Müdür ve Kalite Yöneticisi tarafından değerlendirilir, sonuçlara göre gerektiğinde düzeltici faaliyet başlatılır.


6.4. Kurum/kişilerden İletilen Şikâyet ve Önerilerin Çözümlemesi

6.4.1. Telefon ile Bildirilen Şikâyetler

Laboratuvarımızda genellikle aşağıdaki konularda şikâyet ve öneriler gelmektedir;

- Kurumlara gönderilen hasta sonuç asıllarının ulaşmaması veya geç ulaşması.
- İletişim konusunda yaşanan aksaklıklar,
- Numunelerin kaybolması,
- Numunelerin karışması,
- Eksik test girişi,
- Kurye personeli ile ilgili şikâyetler,
- Hasta isimlerinin yanlış veya eksik girişi,
- LBYS bağlantısında sonuç almada yaşanan aksaklıklar,
- Sarf malzeme ve çanta gönderiminde yaşanan aksaklıklar,

Laboratuvarımıza başlıca yukarıda yazılı olan ve oluşması muhtemel diğer konular hakkında şikâyetler iletilmektedir. Kurumlardan telefon yoluyla alınan şikâyet ve öneriler Hasta Kabul Kayıt Personeli ve çalışanlar tarafından **DNG.FR.19 Görüş/Öneri Formu'** na kaydedilir. Kayıt altına alınan şikâyetler şikâyeti alan personel tarafından, Kalite Yöneticisine iletilir. Kalite Yöneticisi alınan şikâyeti Genel Müdüre iletir ve çözüm için planlama yapılır. Şikâyette bulunan kurum yetkilisine Hasta Kabul Kayıt Personeli tarafından şikâyetinin kayıt altına alındığını ve bununla ilgili çalışma başlattıklarını ve çözümlendiğinde gerekirse kendisine tekrar bilgi verileceği bilgisi aynı gün içerisinde verilir.

 <small>Tıp Laboratuvarları ve Tıbbi Görüntüleme Merkezi</small>	Doküman No	Yürürlük Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
	DNG.PR.05	01.07.2021	01	01.10.2024	4 / 5
	ŞİKAYETLERİN ÇÖZÜMLENMESİ PROSEDÜRÜ				

6.4.2. Şikâyete konu olan durum bir uygunsuzluk ise gerekli değerlendirmeler sonrası uygunsuzluğun giderilmesi için **DNG.PR.07 Düzeltici Faaliyet Prosedürü'** ne göre işlem başlatılır. Şikâyet veya önerinin durumu Genel Müdüre aktarılır. İyileştirme çalışmaları tamamlanan şikâyet ve öneriler hakkında müşterilere Hasta Kabul Kayıt Personeli veya ilgili sorumlu tarafından telefon veya yazılı (e-mail) olarak bilgi aktarılır. Yapılan çalışmaların kayıtları Kalite Yöneticisi tarafından muhafaza edilir. Şikâyetlerin soruşturulması ve çözülmesi herhangi bir ayrımcı faaliyetler yapılmamaktadır. Şikâyetlerin çözümü, söz konusu şikâyetin konusuna dahil olmayan kişiler tarafından yapılmakta veya gözden geçirilmekte ve onaylanmaktadır. Kaynakların buna izin vermediği durumlarda, herhangi bir alternatif yaklaşım tarafsızlıktan ödün vermemektedir.

6.4.3. Müşteri Ziyaretleri Sırasında Alınan Öneri ve Şikâyetler

Laboratuvar personeli tarafından yapılan kurum ziyaretleri sırasında kurum yetkililerinden alınan öneri ve şikâyetler **DNG.FR.19 Görüş/Öneri Formu'** na aktarılarak Kalite Yöneticisine iletilmektedir. Alınan şikâyet ve öneriler için yapılacak iyileştirme faaliyetleri **DNG.PR.07 Düzeltici Faaliyet Prosedürü'** ne göre yapılmakta ve sonuçları Genel Müdür, ilgili personel ve Hasta Kabul Kayıt Personeli tarafından takip edilerek sonuçları şikâyetin veya önerinin geldiği kurum veya kişiye telefon veya yazılı (e-mail) olarak iletilmektedir.

6.4.4. İnternet Yolu ile Alınan Şikâyetler

Müşteri şikâyet ve önerilerinin alınmasının bir diğer yöntemi ise <https://www.dengetip.com/> adresinde yer alan **DNG.FR.19 Görüş/Öneri Formu'** dur. Web sitesinde bulunan bu form müşteriler tarafından doldurulup laboratuvara iletilir. Laboratuvara gelen şikâyet veya öneriler Kalite Yöneticisine yönlendirilir. Kalite Yöneticisi tarafından alınan şikâyet veya öneri sonucunda yapılacak işlemler 6.4.2. maddesinde belirtilen şekilde yapılır.


6.4.5. Telefon ile Alınan Müşteri Şikâyetleri

Laboratuvarımıza bireysel başvuru yapan hastalardan alınan şikâyetler, **DNG.FR.19 Görüş/Öneri Formu** ile kayıt altına alınır ve ilgili birim sorumlusunun değerlendirmesinden sonra Kalite Yöneticisi' ne iletilir. Kalite Yöneticisi tarafından alınan şikâyet veya öneri sonucunda yapılacak işlemler 6.4.2. maddesinde belirtilen şekilde yapılır.

6.5. Müşteri Şikâyetlerinin Analizi

Laboratuvarımızda **DNG.FR.20 Görüş/Öneri Takip Formu** ile kayıt altına alınan şikâyet ve öneriler yılda bir kez Kalite Yöneticisi tarafından analiz edilmektedir.

Yapılan analizler rutin gözden geçirme toplantılarında ve YGG toplantılarında değerlendirilir ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır.

 <small>Tıp Laboratuvarları ve Tıbbi Görüntüleme Merkezi</small>	Doküman No	Yürürlük Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
	DNG.PR.05	01.07.2021	01	01.10.2024	5 / 5
	ŞİKAYETLERİN ÇÖZÜMLENMESİ PROSEDÜRÜ				

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

DNG.FR.17 Müşteri Memnuniyet Anket Formu

DNG.FR.19 Görüş/Öneri Formu

DNG.FR.20 Görüş/Öneri Takip Formu

DNG.PR.07 Düzeltici Faaliyet Prosedürü

DNG.FR.18 Personel Memnuniyet Anketi Formu