

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK TESİSLERİ DEĞERLENDİRME VE
GELİŞTİRME DAİRE BAŞKANLIĞI
2025

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları Uygulama Rehberi
(ADSM/ADSH - Sürüm -1)

Yazarlar - Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
Sağlık Tesisi Değerlendirme ve Geliştirme Daire Başkanlığı

İletişim

T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü,
Sağlık Tesisi Değerlendirme ve Geliştirme Daire Başkanlığı

E-posta: khgm.degerlendirme @saglik.gov.tr

Web: <https://khgmdegerlendirmegelistirmedb.saglik.gov.tr/>

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları Uygulama Rehberi'ne bilgi ve deneyimleriyle katkı sağlayan;

Kamu Hastaneleri Genel Müdürü

Dr.Hakan USTA

Prof.Dr. Umut BEYLİK

Doç.Dr.Bayram DEMİR

Doç.Dr.Asibe ÖZKAN

Uzm.Dr. Yavuz ÇAKIROĞLU

Uzm.Dr. Dr.Evren EKİNGEN

Uzm.Dr. Hasan MOLLAHÜSEYİNOĞLU

Uzm. Dr.Dilek TARHAN

Dr. Raif Kaan BAŞ

Dr. Satı BİRBUDAK

Dr. Ali ÇINAR

Dr.Hasan GÜLER

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Dt.Serkan KURAN

Tayfun AYDOĞAN

Ahmet BABACAN

Şahin BAKAR

Kemal Tolga ÇETİN

Suat ÇOBAN

Ebru DUMAN

Serpil DURMAZ

Zeynep EKİCİ

Selma GÜVENÇ

Mustafa KİBAR

Celile ÖZTÜRK

Şefika YİĞİT

Orhan ZİYA' ya

Daire Başkanlığımız adına teşekkür ederiz.

(Akademik unvan ve soy isim sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.)

İÇİNDEKİLER

1.SAĞLIK TESİSİ DEĞERLENDİRME STANDARTLARI.....	6
1.1. Temel Dayanak ve Kapsam	6
1.2. Standart Rehberinin Hazırlanma Gerekçesi	6
2.STANDARTLAR.....	6
2.1.Standartların Önemi	6
2.2.Standartların Genel Amacı.....	6
2.3.Standartların Hedefi	7
2.4.Standartların Kapsamı	7
2.5.Standartların Mevzuatla İlişkisi	7
2.6.Standartların Birbiriyle İlişkisi.....	7
2.7.Standartların Kategorizasyonu	7
2.8. Standartların Puanlandırılması	8
2.8.1.Standart Karşılama Düzeyi Kararı	9
2.8.2.Karşılama Düzeyine Göre Standartlardan Alınan Puan.....	9
2.8.3.Değerlendirme Dışı	9
2.8.4.Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanının Belirlenmesi	10
2.8.5.Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanını Etkileyen Unsurlar	10
3.DEĞERLENDİRME SÜRECİNDE GÖREVLİ YAPILAR VE ROLLER.....	10
3.1. Merkez Teşkilatı (Sağlık Bakanlığı/Genel Müdürlük).....	10
3.2. İl Değerlendirme Komisyonu	10
3.3. Sağlık Tesisi Değerlendirme Komitesi.....	11
4. DEĞERLENDİRME SÜRECİ VE SIKLIĞI	11
4.1. Sağlık Tesisi Değerlendirme Komitesi (Öz Değerlendirme).....	11
4.2. İl Değerlendirme Komisyonu	11
4.3.Bakanlık Değerlendirme Ekipleri (Merkezi Değerlendirme).....	12
5. STANDARTLARIN YAPISI.....	12
5.1. Standartların Kullanımı	12
5.2. Standartların Uygulanmasına Yönelik Yol Haritası	12
5.3. Mevcut Durum Analizinin Gerçekleştirilmesi	13
6. STANDART UYGULANMASI	17
STANDART 1: Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	17
STANDART 2 : Poliklinik hizmetleri muayene ve tedavi hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir. (ç) 21	
STANDART 3 : Dental görüntüleme hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.....	26
STANDART 4 : Protez laboratuvar süreçleri etkinliği analiz edilmelidir.....	28

STANDART 5 : Nöbet, mesai dışı çalışma ve mesai kaydırma hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir. 33

STANDART 6 : Sterilizasyon hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir. 35

STANDART 7 : Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır. 37

STANDART 8 : Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır..... 39

STANDART 9 : Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır. . 40

STANDART 10: Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır. 42

STANDART 11: Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir. 45

STANDART 12: Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir. 50

STANDART 13: Sağlık tesisinde medikal depoların yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir 56

STANDART 14 : Sağlık tesisi gelirlerinin analizi yapılmalıdır. 61

STANDART 15 : Sağlık tesisi giderlerinin analizi yapılmalıdır. 63

STANDART 16 : Hasta memnuniyeti ve güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır..... 66

STANDART 17 : Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir..... 70

STANDART 18: Kurum hedef göstergeleri analiz edilmelidir. 72

STANDART 19: Klinik rehber ve protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir (o). 74

STANDART 20: Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır (o). 75

STANDART 21 : Bakanlık merkez ekibi tarafından sağlık tesisinde yerinde gözlem yapılır (p). 77

SUNUŞ

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları Uygulama Rehberi, Sağlık Tesisi Değerlendirme ve Geliştirme Rehberi kapsamında hazırlanmış olup, sağlık hizmet sunumunun niteliğini artırmak ve hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirmeyi teşvik etmek amacıyla oluşturulmuştur.

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda yürütülen sağlıkta kalite çalışmaları; kamu, özel ve üniversite hastanelerinin yanı sıra diğer tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsayacak şekilde geniş bir çerçevede sürdürülmektedir. Ancak bu rehber, genel uygulamalardan farklı olarak, saha uygulamalarında daha sık sorun yaşandığı tespit edilen alanlara odaklanmakta ve yalnızca Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini kapsamaktadır.

Bu kapsam sınırlılığı nedeniyle, rehberde yer alan standartlar tüm hizmet alanlarını değil, belirli ve öncelikli hizmet alanlarını hedef alacak şekilde geliştirilmiştir. Bu yönüyle rehber, sağlık hizmetlerinin genel değerlendirme sistematığından ziyade, uygulamada öncelikli müdahale gerektiren alanlara yönelik kalite iyileştirme sürecini desteklemeyi amaçlayan, sınırlı kapsamlı ve hedef odaklı bir içerik sunmaktadır.

Rehber, değerlendirme süreçlerinin etkinliğini artırmak ve sağlık tesislerinde kalite iyileştirme kültürünü desteklemek amacıyla sade ve sistematik bir yapıda hazırlanmıştır. Her değerlendirme başlığında; amaç, ölçütler, rehberlik açıklamaları ve dikkat edilmesi gereken noktalar açık bir şekilde sunularak, değerlendiricilerin odaklanmasını kolaylaştırmakta ve olası sorunların önceden öngörülmesine katkı sağlamaktadır. Sağlık Tesisi Değerlendirme Komitesi ve İl Değerlendirme Komisyonu üyelerinin değerlendirme süreçlerinde kullanabilecekleri bu kaynak, uygulayıcılara standartlara dayalı, sistematik bir bakış açısı kazandırmayı ve değerlendirme faaliyetlerinde birlik, tutarlılık ve standardizasyon sağlamayı hedeflemektedir.

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları Rehberi, sağlık hizmet sunum süreçlerinin sistematik şekilde değerlendirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Rehberde toplam 21 standart yer almakta olup, bunlar 2 çekirdek, 2 opsiyonel, 1 puansız ve 16 normal standart olarak sınıflandırılmıştır. Standartlar aracılığıyla sağlık tesislerinde hizmet kalitesinin artırılması, kurumların kendi hizmet süreçlerini analiz edebilmesi, gelişmeye açık alanların belirlenmesi ve mevcut kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması hedeflenmektedir. Ayrıca rehber; değerlendirme sürecine katılan ekipler için uygulama esaslarını netleştirmekte, dikkat edilmesi gereken temel noktaları açıklamakta ve kalite iyileştirme çalışmalarına yön vermektedir. Böylece kurumlarda standartlara dayalı bir kalite kültürü oluşturulması ve kurumsal öğrenmenin desteklenmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışmanın, sağlık tesislerinin öz değerlendirme süreçlerine katkı sunmasını ve değerlendirici ekipler için faydalı bir kaynak olmasını temenni eder; sağlık hizmetlerinin niteliğini artırmaya yönelik yapılacak çalışmalarda başarılar dileriz.

1.SAĞLIK TESİSİ DEĞERLENDİRME STANDARTLARI

1.1. Temel Dayanak ve Kapsam

Sağlık tesislerinin değerlendirilmesinde kullanılan standartlar, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenir. Bu kapsamda:

- Sağlık tesisi değerlendirme standart setleri,
- Rehber dokümanlar,
- Gösterge setleri,
- Kontrol listeleri,

ilgili Genel Müdürlük birimleri tarafından hazırlanır ve Bakanlık/Genel Müdürlük web sayfasında yayımlanır.

Dayanak

25.05.2025 tarihli E-11045126-010.04-277164390 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri Değerlendirme ve Geliştirilmesine Dair Yönetmelik

Madde 5- (3) Sağlık tesisi değerlendirme standart setlerinin hazırlanması, değerlendirme süreci ve sağlık tesisi değerlendiricilerinin belirlenmesine ilişkin tüm iş ve işlemler Genel Müdürlükçe belirlenir.

1.2. Standart Rehberinin Hazırlanma Gerekçesi

Bu rehber, sağlık tesislerinde verilen hizmetlerin kalitesini artırmak, hasta güvenliğini sağlamak, kaynakların etkin ve verimli kullanımını desteklemek amacıyla hazırlanmıştır. Poliklinik, protez laboratuvarı, ameliyathane gibi hizmet alanlarında yürütülen süreçlerin sistematik şekilde değerlendirilmesini, izlenmesini ve sürekli iyileştirilmesini amaçlar. Standartlar; hizmet sunumundaki farklılıkları azaltmak, ortak bir kalite dili oluşturmak ve kurumların kendi performanslarını izleyebileceği ölçütler sunmak için geliştirilmiştir. Her bir standart, ilgili birimin etkinliğini artıracak değerlendirme ölçütleri, rehberlik açıklamaları ve uygulamada dikkat edilmesi gereken noktaları içermektedir. Bu yönüyle rehber, sağlık tesisi değerlendirme standartları uygulama süreçlerinde yol gösterici bir kaynak niteliği taşımaktadır.

2.STANDARTLAR

2.1.Standartların Önemi

Kaliteli sağlık hizmeti herkesin en temel hakkıdır. Sağlık Hizmetlerin güvenli, etkili ve hasta odaklı sunulması Bakanlığımız tarafından belirlenen temel hedefler arasında yer alır. Bu kapsamda belirlenen ölçütler; sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmeye, süreçleri iyileştirmeye ve hasta ile çalışan memnuniyetini artırmaya rehberlik eder. Aynı zamanda hataları azaltır, kaynakların verimli kullanımına katkı sunar ve bakımın tutarlı, güvenilir bir şekilde yürütülmesini temin eder.

2.2.Standartların Genel Amacı

Sağlık tesislerinde sunulan hizmetlerin etkinliğini, verimliliğini ve hasta odaklılığını artırmak amacıyla oluşturulan yapı; sağlık hizmetlerinin güvenli, erişilebilir, sürdürülebilir ve ölçülebilir şekilde yürütülmesini hedefler. Bu yaklaşım, sağlık sistemine duyulan güveni pekiştirirken hizmetlerde sürekli iyileşme kültürünün benimsenmesine de katkı sağlar.

2.3.Standartların Hedefi

Standartların temel hedefleri şunlardır:

- Sağlık tesislerinin kendi hizmet süreçlerini ölçebilmesini sağlamak,
- Riskleri önceden tespit ederek hasta güvenliğini sağlamak,
- Kaynakları verimli kullanmak,
- Hasta ve çalışan memnuniyetini yükseltmek,
- Klinik ve idari hizmetlerde tutarlılığı ve kaliteyi artırmak,
- Kurum içi karar alma ve yönetim süreçlerine kanıta dayalı destek sağlamak,
- Mevcut hizmetlerin sürekli izlenmesini ve iyileştirilmesini sağlamak.

2.4.Standartların Kapsamı

Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık tesislerinde sunulan hizmetlerin kalite odaklı olarak değerlendirilmesini sağlayan bu standartlar hem klinik hem de idari hizmet alanlarını kapsayan geniş bir perspektife sahiptir. Poliklinik, laboratuvar, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, görüntüleme, palyatif bakım ve evde sağlık gibi doğrudan hasta bakımına yönelik birimlerin yanı sıra; ilaç, tıbbi sarf malzeme, cihaz, depo yönetimi, otelcilik ve mali işler gibi destek hizmetlerini de kapsamına alır. Aynı zamanda hasta ve çalışan memnuniyeti, etkili iletişim, fiziksel güvenlik ve dijital sağlık uygulamaları gibi çağdaş sağlık yönetimi unsurlarını da değerlendirme sürecine dahil eder.

2.5.Standartların Mevzuatla İlişkisi

Hazırlanan bu standartlar; Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), Sağlık Bakanlığı yönetmelikleri, ulusal klinik rehber ve kılavuzlar, hizmet sunumuna ilişkin genelgeler ve diğer ilgili mevzuat hükümleriyle tam uyumlu olarak geliştirilmiştir. Bu uygulama, sağlık tesislerinin yasal yükümlülüklerini yerine getirmelerine destek olmakta ve aynı zamanda kurumsal performans değerlendirme süreçleriyle entegre bir şekilde yürütülmektedir.

2.6.Standartların Birbiriyle İlişkisi

Standartlar birbirinden bağımsız değil, birbirini tamamlayan ve bütüncül kalite yönetimi anlayışını destekleyen bir yapıdadır. Örneğin:

- **Poliklinik hizmetleri (St.1-2), görüntüleme (St.3) ve protez laboratuvar hizmetleri (St.4)** ile klinik karar süreçleri arasında güçlü bir bağ vardır.
- **Hasta memnuniyeti ve güvenliği (St.16)** ile **çalışan memnuniyeti (St.7), hasta güvenliği** açısından birbirini destekler.
- **Uzaktan sağlık (St.20), klinik protokoller (St.19) ve hedef göstergeler (St.18),** dijitalleşme ve klinik yönetim bağlamında birbirine entegredir.

Bu bütünsel yapı, sağlık tesisinin her alanında sistematik bir kalite yaklaşımını teşvik eder.

2.7.Standartların Kategorizasyonu

STANDARTLAR	Standartlar ın Kategoriza syonu	Değerlendi rme ölçütü
Standart 1 : Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir (Ç).	Çekirdek	12
Standart 2 :Poliklinik hizmetleri muayene ve tedavi süreleri etkinliği analiz edilmelidir (Ç).	Çekirdek	9
Standart 3 :Dental görüntüleme hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	3
Standart 4 : Protez laboratuvar süreçleri etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	9
Standart 5: Nöbet, mesai dışı çalışma ve mesai kaydırma hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	4
Standart 6 : Sterilizasyon hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	2
Standart 7 : Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.	Normal	6
Standart 8 : Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.	Normal	3
Standart 9 : Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.	Normal	9
Standart 10 :Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.	Normal	11
Standart 11 : Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	3
Standart 12 : Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	9
Standart 13 : Sağlık tesisinde medikal depoların yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir	Normal	10
Standart 14 : Sağlık tesisi gelirlerinin analizi yapılmalıdır.	Normal	7
Standart 15 : Sağlık tesisi giderlerinin analizi yapılmalıdır.	Normal	9
Standart 16 : Hasta memnuniyeti ve güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Normal	8
Standart 17 : Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir	Normal	11
Standart 18 : Kurum Hedef Göstergeleri analiz edilmelidir.	Normal	3
Standart 19: Klinik rehber ve protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir.	Opsiyonel	3
Standart 20. Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır.	Opsiyonel	3
Standart 21: Bakanlık merkez ekibi tarafından sağlık tesisinde yerinde gözlem yapılır.	Puansız	3

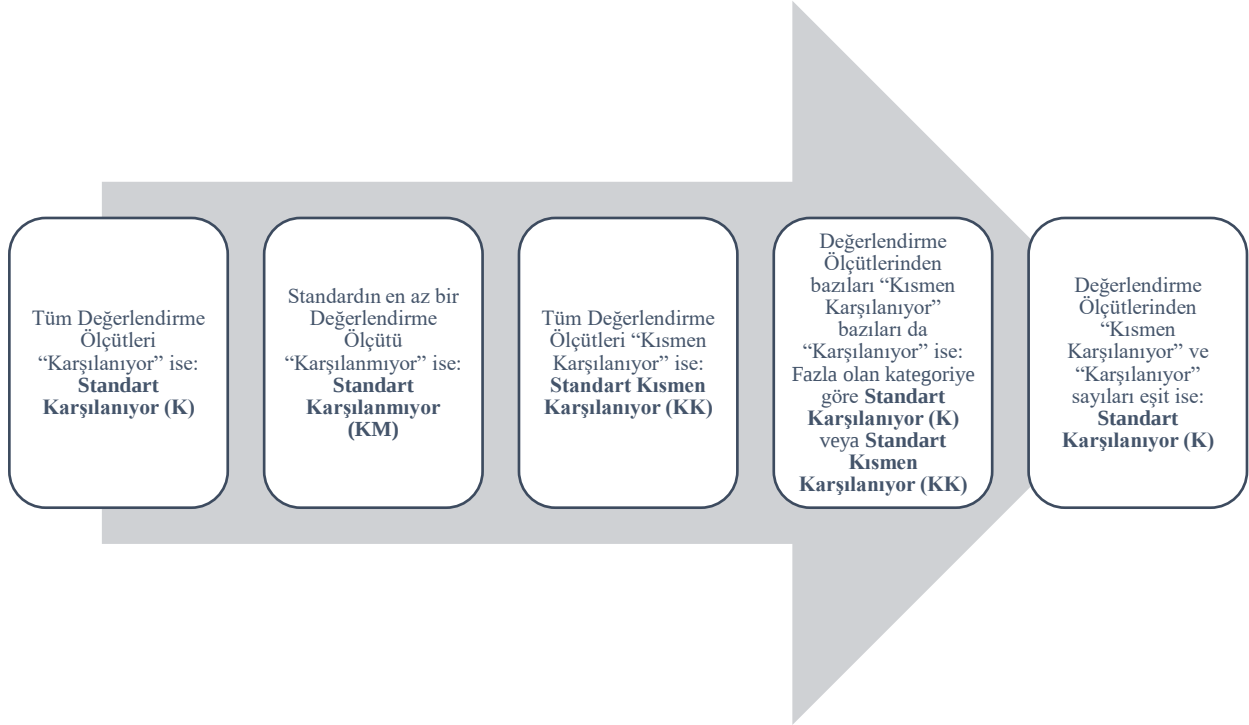
Standartlar Bakanlığın politika ve önceliklerine göre Çekirdek, Normal, Opsiyonel ve Puansız olmak üzere 4 kategoriye ayrılır. Standartların kategorileri dönemsel olarak değişebilir. Çekirdek standartlar “Ç”, Opsiyonel standartlar “O” ve Puansız standartlar ise “P” harfi ile ifade edilir.

2.8. Standartların Puanlandırılması

Standartların puanlandırılmasında 10'luk puanlama sistemi kullanılmıştır. Her bir standart 10 puan üzerinden puanlandırılmıştır.

2.8.1.Standart Karşılanma Düzeyi Kararı

Her bir değerlendirme ölçütünün karşılanma düzeyi; karşılanma düzeyi algoritması esas alınarak belirlenir. Değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyi belirlendikten sonra standarda ilişkin karşılanma düzeyi kararı aşağıdaki kurallara göre verilir.



- Tüm Değerlendirme Ölçütleri “Karşılanıyor” ise: **Standart Karşılanıyor (K)**
- Standardın en az bir Değerlendirme Ölçütü “Karşılanmıyor” ise: **Standart Karşılanmıyor (KM)**
- Tüm Değerlendirme Ölçütleri “Kısmen Karşılanıyor” ise: **Standart Kısmen Karşılanıyor (KK)**
- Değerlendirme Ölçütlerinden bazıları “Kısmen Karşılanıyor” bazıları da “Karşılanıyor” ise: Fazla olan kategoriye göre **Standart Karşılanıyor (K)** veya **Standart Kısmen Karşılanıyor (KK)**
- Değerlendirme Ölçütlerinden “Kısmen Karşılanıyor” ve “Karşılanıyor” sayıları eşit ise: **Standart Karşılanıyor (K)**

2.8.2.Karşılanma Düzeyine Göre Standartlardan Alınan Puan

- Standart Karşılanıyor (K): **10 puan**
- Standart Kısmen Karşılanıyor (KK): **5 puan**
- Standart Karşılanmıyor (KM): **0 puan**

2.8.3.Değerlendirme Dışı

Standart ve/veya değerlendirme ölçütlerinde yer alan gerekliliklerin kurumun hizmet alanı kapsamına gir(e)memesi durumunda ilgili standart ve/veya değerlendirme ölçütü değerlendirmeye alınmaz. Bu karar değerlendirmeyi yapan ilgili değerlendirme ekipleri tarafından verilir.

2.8.4.Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanının Belirlenmesi

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları-Hastane seti esas alınarak yapılan değerlendirme neticesinde sıfır (0) ile yüz (100) arasında tespit edilen değerdir.

Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı (SDP): $[\text{Değerlendirilen standartlardan elde edilen puan toplamı}/(\text{Değerlendirilen standartların puan toplamı} - \text{Standartlardan değerlendirme dışı bırakılanların puan toplamı})] \times 100 \pm \text{SDP'yi etkileyen unsurlar}$

2.8.5.Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanını Etkileyen Unsurlar

- Karşılanmayan her bir Çekirdek Standart için Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı toplam puan üzerinden 5 puan düşürülür. Maksimum düşüş 20 puandan fazla olamaz. Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı 80 ve üzerinde olmak koşulu ile; karşılanan her bir opsiyonel standart için 3 puan verilir. Opsiyonel standartlardan alınacak toplam puan 6'yı geçemez. Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı 100'ü geçiyorsa Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı 100 kabul edilir.
- Sağlık tesisi değerlendirme standartları (Hastane /ADSM-ADSH) setlerinde; Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı (SDP) hesaplama formülü yer almaktadır. Hesaplama formülünde, “+/- Sağlık tesisi değerlendirme puanını etkileyen unsurlara, 01.07.25 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere “Bakanlık tarafından belirlenen tarih aralığında ek ödemeye esas tahakkukların muhasebeleştirilmesi” yükümlülüğü de eklenmiştir. Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanının hesaplandığı değerlendirme dönemlerinden (Ocak, Mayıs, Eylül) geriye dönük dört aylık periyotta, Bakanlıkça belirlenen zaman diliminde ek ödemeye esas tahakkukların bir defa muhasebeleştirilmemesi halinde;
 - 30 puan,
 - İki veya daha fazla kez muhasebeleştirilmemesi durumunda ise 40 puan, Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanından düşürülür. 2025 Eylül ayı sağlık tesisi değerlendirme puanı hesaplamasında sadece 2025 Ağustos ayı ek ödemeye esas tahakkukların muhasebeleştirilmesi durumu baz alınacaktır.

3.DEĞERLENDİRME SÜRECİNDE GÖREVLİ YAPILAR VE ROLLER

3.1. Merkez Teşkilatı (Sağlık Bakanlığı/Genel Müdürlük)

- Ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinin kalite, verimlilik ve sürdürülebilirliğini artırmak için sağlık tesisleri değerlendirme standartları ile değerlendirme süreçlerine yönelik politika ve yöntemlerini belirler.
- İl değerlendirme komisyonları ve sağlık tesislerinden gelen raporları SDS (Sağlık Değerlendirme Sistemi) üzerinden alır, izler ve analiz eder.
- Yılda iki kez çevrimiçi toplantılar düzenleyerek illerle koordinasyon sağlar, kararların uygulanmasını takip eder.
- Yeni standartların belirlenmesi, mevcut standartların güncellenmesi ve sağlık tesisleri değerlendirme standartları ile değerlendirme süreçlerine yönelik rehberlik sağlanması hususlarında yükümlüdür.

3.2. İl Değerlendirme Komisyonu

- İl genelinde sağlık tesislerinin değerlendirme süreçlerini planlar, koordine eder ve uygular.

- Değerlendirme takvimine göre her sağlık tesisinde en az 3, en fazla 5 kişilik ekipler görevlendirilerek yerinde değerlendirmeler yapar.
- İl bazında yapılan değerlendirmelerin raporlanmasını sağlar ve merkez teşkilata bildirir.
- Sağlık tesislerinden gelen öz değerlendirme raporlarını inceler ve eksiklikler için gerekli iyileştirme faaliyetlerini takip eder.
- Sağlık kurumlarına yönelik eğitim faaliyetleri düzenler ve rehberlik hizmeti vererek kurumları yönlendirir.

3.3. Sağlık Tesis Değerlendirme Komitesi

- Kurum içerisinde öz değerlendirmelerin gerçekleştirilmesinden sorumlu birimdir.
- Sağlık tesisinin iç organizasyon yapısına göre başhekimlik tarafından oluşturulur.
- Öz değerlendirme süreçlerini yürütür, eksiklikleri tespit eder ve ilgili birimlerle birlikte çözüm üretir.
- Kurum hedef göstergelerini hesaplar, sağlık tesisleri değerlendirme standartlarının uygulanmasını sağlar.
- İl değerlendirme komisyonuna düzenli raporlama yapar ve eğitim süreçlerini planlar.
- Şehir hastanelerinde her başhekimliğe ait ayrı bir komite oluşturularak kendi bünyesinde koordinasyon sağlanır.

4. DEĞERLENDİRME SÜRECİ VE SIKLIĞI

Değerlendirme süreci, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini düzenli olarak izlemek, analiz etmek ve geliştirmek amacıyla üç aşamalı bir yapıda yürütülmektedir:

4.1. Sağlık Tesis Değerlendirme Komitesi (Öz Değerlendirme)

- Sağlık tesislerinde yer alan değerlendirme komiteleri tarafından yürütülür.
- İlgili standart setleri esas alınarak yılda altı kez (Ocak, Mart, Mayıs, Temmuz, Eylül, Kasım) öz değerlendirme gerçekleştirilir.
- Öz değerlendirme sonuçları, Sağlık Tesis Değerlendirme Sistemi (SDS) üzerinden detaylı şekilde raporlanır ve puanlandırılır.

Komite Üyeleri; Başhekim /başhekim yardımcısı, İdari ve mali işler müdürü veya müdür yardımcısı, Sağlık bakım hizmetleri müdürü veya müdür yardımcısı ile dahili, cerrahi ve temel tıp branşlarından birer sorumlu hekim, eğitim hemşiresi, istatistik birimi, bilgi yönetim birimi, klinik mühendislik hizmetleri birimi, eczacılık hizmetleri birimi, biyomedikal depo birim, iş sağlığı güvenliği birimi, teknik servis atölyesi birimlerinde görevli sorumlu personel ve sağlık tesis değerlendirme sorumlusundan oluşur. Kalite destek hizmetleri müdürü ve teknik hizmetler müdürü bulunan sağlık tesislerinde ilgili müdürler komiteye dahil edilir. Gerekli durumlarda ilgili birim/alandan sorumlu personel komite toplantılarına katılım sağlar.

4.2. İl Değerlendirme Komisyonu

- İl değerlendirme komisyonu tarafından yılda üç kez (Ocak, Mayıs, Eylül) sağlık tesislerinde yerinde değerlendirme yapılır.
- Değerlendirme süreci, SDS üzerinden raporlanır ve puanlandırılır.

Komisyon üyeleri, kamu hastane hizmetleri başkanı ya da bu görevin bulunmadığı illerde ilgili başkanın başkanlığında; sağlık hizmetleri başkanı, destek hizmetleri başkanı, il değerlendirme

sorumlusu ve ilgili birim sorumlularından oluşur. İlgili birimler arasında il sağlık müdürlüğü bünyesindeki bilgi sistemleri, eczacılık ve stok, tıbbi cihaz planlama ve klinik mühendislik ile mali hizmetler birimleri yer alır. Gerektiğinde, ilgili birim veya alandan sorumlu personel de komisyon toplantılarına katılır.

4.3.Bakanlık Değerlendirme Ekipleri (Merkezi Değerlendirme)

- Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilen sağlık tesisi değerlendirme ekipleri tarafından yerinde değerlendirme yapılır, raporlanır ve puanlanır.
- Değerlendirmeler, sağlık tesisi değerlendiricilerinden oluşan uzman ekipler tarafından yürütülür.
- Değerlendirme ekibi en az 3 kişiden oluşur. Ekipte farklı meslek disiplinlerinin alanlarına özgü değerlendirmeleri oldukça önemlidir.
- Bakanlık değerlendirmeleri iki gün süreyle planlanır.
- Birinci gün, habersiz yerinde gözlem gerçekleştirilir. İkinci gün ise haberli değerlendirme yapılır.
- Birinci gün yapılan gözlemlerde, poliklinik veya uygun görülen alanlarda habersiz değerlendirme gözlem formu değerlendirme unsurlarına göre yapılır.
- Gözlem sonuçları SDS üzerinden Bakanlığa iletilir. (Habersiz Değerlendirme Gözlem Formu linki)
- İkinci gün, sağlık tesisi değerlendirme standartları doğrultusunda yerinde değerlendirme yapılır ve rapor SDS sistemine kaydedilir.

5. STANDARTLARIN YAPISI

Her standart aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır:

- Standart
- Amaç
- Değerlendirme Ölçütleri
- Rehberlik (Uygulama Kılavuzu)

5.1. Standartların Kullanımı

Standart, değerlendirme ölçütleri ve ilgili rehberlikleri ile birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.

5.2. Standartların Uygulanmasına Yönelik Yol Haritası

Sağlık tesislerinde sürekli iyileştirme yaklaşımı doğrultusunda, standartların etkili biçimde uygulanabilmesi için yapılandırılmış ve katılımcı bir süreç yürütülmelidir. Bu süreçte aşağıdaki adımlar yol gösterici olacaktır.

Standartların uygulanması, yalnızca değerlendirme birimlerinin ya da belli kişilerin sorumluluğu değildir; bu süreç, tüm yöneticilerin ve çalışanların ortak sorumluluğu olup, etkin bir sahiplenme ve güçlü bir ekip çalışması gerektirir.

5.3. Mevcut Durum Analizinin Gerçekleştirilmesi

Analiz etmek; bir konu, olay, süreç, durum ya da veri setini sistemli ve ayrıntılı bir şekilde inceleyerek, anlamak, neden-sonuç ilişkilerini ortaya koymak, mevcut durumu değerlendirmek ve geliştirmeye yönelik çıkarımlar yapmak anlamına gelir.

Sağlık tesisinde verilen hizmet süreçlerinden elde edilen çıktılar, örneğin hasta memnuniyet oranı, randevuya uyum oranı gibi verilerdir. Bu verilerin analiz edilmesi, sağlık tesisi yönetimi açısından kaliteyi izleme, sorunları tespit etme ve sürekli iyileştirme sağlama sürecinin temel parçasıdır.

Verileri Analiz Etmek Ne Demek? Adsm ye uygun bir örnek koymak gerekir.

Hizmet sürecinden elde edilen verilerin istatistiksel ya da grafiksel yöntemlerle değerlendirilmesidir. Amaç:

- Eğilimleri görmek (ör. hasta memnuniyetinin ay ay artması veya azalması)
- Hedefle karşılaştırmak (%90 hedefi bulunan memnuniyet oranının %82 çıkmasının nedenleri sorgulanmalıdır.)
- Anormal değerleri tespit etmek (ör. birimde tekrar eden protezlerin beklenenden 3 kat fazla olması)

Örnek analizler:

- Aylık poliklinik hasta memnuniyet skorlarının ortalaması ve değişim grafiği
- Kabul edilmeyen ölçülerin nedenlerinin araştırılması

Analizleri İncelemek Ne Demek?

Analiz sonuçlarını dikkatle değerlendirmek;

- Analiz sonucunda sapmaların veya düşüşlerin nedenini araştırmak
- Hangi birim veya hangi personel kaynaklı olduğunu belirlemek
- Hangi tarihte uygunsuzluğun başladığını tespit etmek.

Örneğin:

- Hasta bekleme süresi ortalama bekleme süresinden fazla ise, hangi günler bu artış yaşanmış? Hangi poliklinik, hangi hekim olduğu sorgulanmalıdır.

Uygunsuzluklar için Düzeltici İyileştirici Faaliyet Başlatmak Ne Demek?

- Elde edilen analiz sonuçlarında hedefin altında kalan veya risk içeren durumlar varsa, konuyla ilgili bir iyileştirme süreci başlatmaktır.

Düzenleyici İyileştirici faaliyet örnekleri:

- Hasta memnuniyetinde düşüş varsa → Personel iletişim eğitimi başlatmak
- Ağırlıklı olarak aynı hekimin ölçüleri kabul edilmiyorsa hekimin çalışma şartları uygun değil ise uygun hale getirmek; yardımcı personel yetersizliği nedeniyle uygunsuz ölçüler oluşuyorsa personel planlamasını gözden geçirmek. göz önünde bulundurmak.

Başlatılan Faaliyetleri Takip Etmek Ne Demek?

- Alınan aksiyonun işe yarayıp yaramadığını izlemek, yapılan işlemlerin gerçekleşip gerçekleşmediğini kontrol etmektir.

Takip süreci:

- Faaliyet sorumlusu ve süresi belirlenmeli
- Faaliyetin gerçekleştirilmesi sonrası tekrar analiz yapılmalı
- Hedefe ulaşılmış mı, kontrol edilmeli

Örnek Ölçüt Değerlendirme:

4.2. Protez laboratuvarına kabul edilmeyen ölçüler, sağlık tesisi tarafından hekim bazlı analiz edilmelidir.

Ölçütün analizi için toplanması gereken veriler:

- Protez yapılan kliniklerin ve protez yapan hekimlerin belirlenmesi
- Alınan ölçü sayısının ve kabul edilmeyen ölçü sayısının hekim ve klinik bazlı belirlenmesi
- Ölçünün uygun olmadığı sebebiyle kabul etmeyen personelin belirlenmesi
- Ölçünün kabul edilmeme nedenlerinin belirlenmesi

Tüm gerekli veriler HBYS de kayıt altına alınmış olmalıdır.

Veri Toplama Dönemi:

Aylık ya da haftalık olarak düzenli aralıklarla toplanmalıdır.

Veri Analizi:

Analizin Amacı:

Sağlık tesisinde alınan ölçülerin protez laboratuvarına kabul edilmeme nedenlerinin tespit edilmesi, hatalı ölçü sebeplerinin personel ya da malzeme kaynaklı olup olmadığının değerlendirilerek gerekirse iyileştirme çalışmalarının başlatılmasıdır.

Analiz İncelemesi

İncelemeyi Gerçekleştiren Kişiler/Birimler:

- Kalite yönetim birimi
- Sağlık tesisi değerlendirme sorumlusu
- Gösterge sorumlusu
- Protez laboratuvarı sorumlusu

İnceleme Soruları:

- Kabul edilmeyen ölçüler ağırlıklı olarak aynı klinikten alınan ölçülerde ise, ölçü malzemesi uygun koşullarda saklanıyor mu, son kullanma tarihi geçmiş mi klinikten laboratuvara ölçü taşınmasında gecikme yaşanabilecek fiziki koşullar (laboratuvara uzaklığı gibi) var mı?

- Ağırlıklı olarak aynı hekimin ölçüleri kabul edilmiyorsa hekimin çalışma şartları uygun mu, hasta yoğunluğu sebebiyle hasta ağzının ölçü almaya uygun hale gelmesini beklemeden mi ölçü alınıyor ya da yardımcı personel yeterli mi?
- Kabul etmeyen personel ölçüyü uygun şartlarda taşıyor mu?
- Ölçü alındıktan sonra klinikte ya da taşıma sırasında gecikme yaşanıyor mu?

Tespit edilen kök neden:

Ağırlıklı olarak aynı klinikte alınan ölçülerin uygun olmadığı, laboratuvara taşınmasında gecikme yaşandığı ve alginat ölçünün alçı dökülme süresini aştığı sebebiyle büzüşmeye uğradığı tespit edilmiştir.

Düzeltilici İyileştirici Faaliyet

Hedef: Kabul edilmeyen ölçülerin ağırlıklı olduğu klinikten laboratuvara ölçü taşınmasında yaşanan gecikmelerin ortadan kaldırılması.

Faaliyetler:

- Söz konusu klinikte protez işlemlerinin az olması sebebiyle hem klinikte yardımcı personelin zamanında laboratuvara ölçü bildirimini yapması konusunda geciktiği hem de ölçü taşıyan personelin alışkanlık olarak az ölçü alınan klinikten ölçü almasında geciktiği görüldüğünden her iki personelin de daha dikkatli olmaları konusunda uyarılması ve ölçü bekleme süreleri hakkında eğitim verilmesi

Faaliyet Takibi:

Belirlenen iyileştirme faaliyetlerinin etkisini değerlendirmek amacıyla 1 ay sonra aynı analiz tekrar edilir.

Örnek Sonuç:

Ölçü tekrar edilen klinikte alınan ölçülerde ölçülerin zamanında laboratuvara taşındığı ve kabul edilmeyen ölçülerin olmadığı görülmüştür.

Yorum:

Personelin konu hakkında uyarılması ve eğitim verilmesi sonucunda yaşanan gecikmeler ortadan kalkmış ve ölçülerin laboratuvara kabulünde sorun olmadığı, yaşanan sorunun giderildiği görülmüştür.

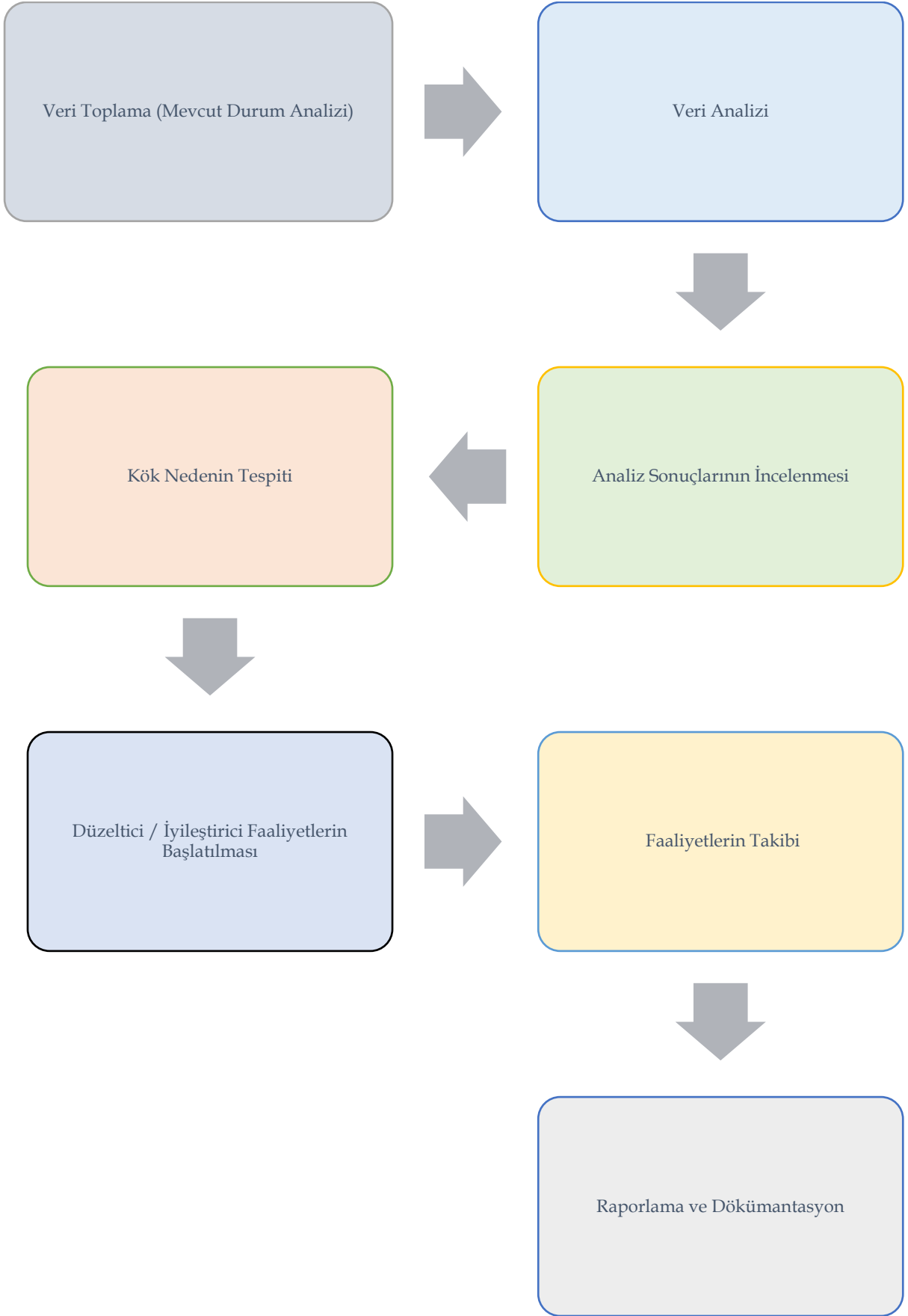
Dokümantasyon ve Raporlama:

- Tüm analizler, faaliyetler ve takip sonuçları raporlanır.
- Faaliyet Formu, Kök Neden Analizi Formu ve Gözlem Formları düzenlendi.
- HBYS sistemine iyileştirme kayıtları eklendi.

Uygulama Algoritması

Aşağıdaki algoritma, sağlık hizmetleri kalite yönetim birimi ya da klinik yöneticileri için sade ve sistematik bir çerçeve sunar:

Hizmet Verisi Analiz Ve İyileştirme Algoritması



6. STANDART UYGULANMASI

STANDART 1: Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

1.1. MHRS muayene ve devam eden MHRS muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

Ağız ve diş sağlığı polikliniklerinde ilk muayenesi yapılan hastanın, devam eden tedavi ve kontrol muayene randevuları hekim tarafından MHRS'nin “Devam Eden Muayene” cetvelleri üzerinden verilmelidir ve defter randevusu kullanılmamalıdır. MHRS’ de kullanılan “İlk Muayene Cetveli” ve “Devam Eden Muayene Cetveli” nin özellikleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

“İlk Muayene Cetveli” ve “Devam Eden Muayene Cetveli”nin Özellikleri	
İlk Muayene Cetveli	Devam Eden Muayene Cetveli
İlk muayene randevuları için tanımlanır.	Devam eden muayene ve kontrol randevuları için tanımlanır.
Randevu kanallarından randevu alınabilir (ALO 182, MHRS Web, MHRS Mobil ...vb.)	Sadece hekim tarafından randevu verilir.
Sistemde 30 güne kadar cetvel tanımlanabilir ve en geç 15 gün sonrasına randevu verilebilir.	1 (bir) yıla kadar cetvel tanımlanabilir ve 1 (bir) yıla kadar randevu verilebilir.
Tüm ağız diş sağlığı polikliniklerinde asgari cetvel açma Oranı %70, Diş Hekimliği Uzmanlık Polikliniklerinde %30'dur.	Tüm ağız diş sağlığı polikliniklerinde azami cetvel açma oranı %30'dur. Diş Hekimliği Uzmanlık Polikliniklerinde %70'dur.
%30 üzerinde devam eden kapasite açılabilmesi Bakanlık iznine tabidir. İlgili poliklinik şartları değerlendirilerek Bakanlık tarafından istisnai oranlar belirlenebilir.	

T.C. Sağlık Bakanlığı MHRS Kurum Yönetimi sayfasından “Randevu Gerçekleşme Durum Bilgisi” açılır, değerlendirme tarihinden önceki herhangi bir zaman aralığı seçilerek, “Randevu Gerçekleşme Durumu” sekmesinden belirsiz randevular değerlendirilir.

1.2. MHRS dışı hasta muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

1.3. Mesai dışı ve mesai kaydırma hizmetlerindeki muayene sayısı branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

HEKİM MUAYENE SAYILARI						
Klinik Adı	Hekim Adı	İLGİLİ AY:				
		MHRS randevulu muayene sayıları	MHRS dışı hasta muayene sayıları	Mesai dışı muayene sayıları	Toplam muayene sayısı	Randevu Sadakat Oranları
A Kliniği	X Hekim					
	Y Hekim					
						
A Kliniği Toplam/Ortalama						
B Kliniği	X Hekim					
	Y Hekim					
						
B Kliniği Toplam / Ortalama						
.....						
.....						
Genel Toplam/Ortalama (A Kliniği +B Kliniği +....)						

1.4. MHRS 'ye esas poliklinikler için aktif çalışan tüm hekimlere cetvel tanımlanmış olmalıdır.

1.5. MHRS 'de 15 günlük cetvelde %80 doluluğu olan branşlar analiz edilmeli, bekleyen randevu oluşmaması için gerekli önlemler alınmalıdır. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

MHRS 15 Günlük Cetvelde %80 Doluluğu Olan Branş Oranı			
Takip Tablosu			
YIL.....		AY.....	
Branşlar	Randevu alınabilir en erken tarih	Aktif Bekleyen Talep Sayısı	MHRS 15 Günlük Cetvelde %80 Doluluğu Olan Branş Oranı
1 Nolu Poliklinik			
Ortodonti			
Pedodonti			
...			
Toplam			

MHRS 15 Günlük Cetvelde %80 Doluluğu Olan Branş Oranı: MHRS Randevusu 15 günlük cetvelde 80 üstü doluluğu olan branş sayısı/Toplam MHRS 'si olan branş sayısı X 100

MHRS Randevusu 15 günlük cetvelinde 80 üstü doluluğu olan branş sayısı: İlgili dönemde MHRS doluluğu %80 ve üzeri olan MHRS 'ye esas branş sayısını ifade etmektedir.

Toplam MHRS 'si olan branş sayısı: İlgili dönemde MHRS' ye esas toplam branş sayısını ifade etmektedir.

1.6. Aktif bekleyen talep sayıları günlük analiz edilmeli, gerekli çalışmalar günlük yapılmalıdır.

1.7. MHRS ye girilen aksiyonların ve istisnaların doğruluğu kontrol edilmelidir.

1.8. MHRS Kapalı cetvel tanımlanan hekim sayısı ve nedenleri analiz edilmelidir.

1.9. Muayene ve tedavi bekleme süreleri branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

1.10. Devam eden MHRS muayene sadakat oranları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

MHRS Devam Eden Muayene Sadakat Oranı Takip Tablosu				
YIL:				AY:
Hekim Adı	Poliklinik	Açılan Devam eden muayene sayısı	Gerçekleşen Devam eden muayene sayısı	Sadakat Oranı
X Hekim				
Y Hekim				
Toplam/Ortalama				

* **Sadakat oranı** = $\frac{\text{Açılan Devam Eden Muayene Cetvelinden Gerçekleşen Randevu Sayısı}}{\text{Açılan Devam Eden Muayene Cetveli Kapasite Sayısı}} \times 100$

1.11. Ek ödemeye esas puanların aksiyon kodlarına uygunluğu kontrol edilmelidir.

1.12. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile poliklinik hizmetleri etkinliği iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği

Bu standart poliklinik hizmetlerinin erişilebilirlik, planlama, randevu yönetimi, hekim çalışma cetvelleri, muayene sayıları, aksiyon uyumu ve hasta taleplerinin düzenli ve sistematik olarak analiz edilmesini esas alır. Polikliniklerde çalışan hekimlerin günlük ve aylık planlamaları (çalışma cetveli), hastaların başvuru şekli (MHRS/MHRS dışı/mesai dışı), bekleyen talepler, randevu sadakati ve doluluk gibi göstergelerin hekim ve klinik bazlı izlenmesi bu standardın temel unsurlarıdır.

Standardın Amacı

- Hastaların poliklinik hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak
- Randevu sisteminde yaşanan aksaklıkları tespit edip çözüm üretmek
- Mevcut hekim, oda ve cihaz kaynaklarını etkin kullanmak
- Hasta memnuniyetini artırmak
- Verimliliği ve hizmet kalitesini sürdürülebilir hale getirmek

Sağlık Tesisinde Değerlendirilmesini Sağladığı Katkı

- Klinik /hekim bazlı analizlerle daha etkili çalışma cetvelleri hazırlanır.
- Polikliniklerdeki hekim, oda ve yardımcı personel kaynakları daha etkin kullanılır.
- Randevuya ulaşamayan hasta sayısı azalır.
- Hekim çalışma planlarının dengeli ve verimli olur.
- Bekleyen randevular ve aktif taleplerin takibiyle hizmet süresi kısılır.
- MHRS uyumu, istisnalar ve puan kontrolü gibi süreçler kanıta dayalı izlenebilir.
- Tüm göstergeler analiz edilerek sürekli kalite iyileştirme sağlanır.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

Çalışma Cetvelleri:

- MHRS'ye esas tüm hekimler için 30 günlük cetvel hedeflenmeli, 16 günün altına düşmemelidir.
- Başhekim yardımcısı, klinik sorumluları ve birim yöneticileri ile iş birliği içinde hazırlanmalıdır.
- Cetveller zamanında ve eksiksiz girilmeli, istisnai durumlar takip edilmeli ve girilen aksiyonlara (Örn. Gömülü diş çekimi girilmesi,) uygun hizmetler sunulmalıdır.

MHRS Verileri:

- MHRS'de %80 doluluğu aşan klinikler haftalık/aylık takip edilmeli, yeni kapasite yaratılmalıdır.
- Aktif bekleyen talep sayıları günlük izlenmelidir.
- MHRS devam eden muayene sadakat oranları düzenli analiz edilmelidir.

MHRS Dışı Veriler:

- Ayaktan başvuran (elden sıra alan), nöbette gelen ve kontrol hastaları da sistematik olarak kayda alınmalı ve analiz edilmelidir.

Mesai Dışı Hizmetler:

- Yoğun polikliniklerde hekim/oda sayısına göre mesai dışı hizmet planlaması yapılmalıdır. Sağlık tesisinde yeterli diş hekimi ve oda olup olmadığının analizi yapılırken örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

Poliklinik Odası Oranı Takip Tablosu						
YIL:			AY:			
Poliklinikler	Poliklinik Oda sayısı	Diş ünit Sayısı	Nitelikli ünit Sayısı	Aktif diş Hekimi Sayısı	Diş Hekimi Başına Düşen Ünit Sayısı	Nitelikli Ünit Oranı
1 Nolu Poliklinik						
Ortodonti						
Pedodonti						
Engelli Polikliniği						
Cerrahi Polikliniği						
.....						
Genel Toplam/Ortalama						

Diş hekimi başına düşen ünit sayısı: toplam ünit sayısı/toplam diş hekimi sayısı

Nitelikli ünit sayısı: Bir veya iki ünit bulunan odalardaki ünitlerin toplamıdır.

Nitelikli ünit oranı = Bir veya iki ünit bulunan odalardaki ünitlerin toplamı / sağlık tesisinde bulunan toplam ünit sayısı X 100

- Gönüllülük esaslı hekim desteği sağlanmalı, personel planlaması buna göre güncellenmelidir.

Değerlendirme:

- İki ayda bir, bir önceki iki aya ait tüm veriler başhekim başkanlığında değerlendirilmelidir.
- Gerekirse aksiyon alınmalı ve bu aksiyonlar yazılı kanıtlarla belgelendirilmelidir.

Aksiyon Kodları ve Puan Uyumu:

- MHRS'ye girilen aksiyonların uygunluğu kontrol edilmeli. Örneğin, ameliyat aksiyonu girilen cetvelde ameliyat yapılmış mı?
- Ek ödeme puanlarının, girilen aksiyonlara uygunluğu düzenli değerlendirilmelidir.

STANDART 2 : Poliklinik hizmetleri muayene ve tedavi hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir. (ç)

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

2.1. Diş hekimi başına düşen muayene sayısı branş ve hekim bazlı olarak analiz edilmelidir. Analiz yapılırken örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanılabilir.

Hekim Bazlı Poliklinik Muayene Sayısı Takip Tablosu						
GÜNLER		1	2	3	..	31
	Poliklinik Adı	Toplam Muayene Sayısı	Toplam Muayene Sayısı	Toplam Muayene Sayısı		
X Hekimi		40				
Y Hekimi						
Z Hekimi						
.....						
Ortalama (saat)/ toplam (muayene):						

2.2. Hasta sayısının yapılan işlem sayısına oranı branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

Hasta/ İşlem* Sayısı takip Tablosu									
	Poliklinik Adı	Ocak		Şubat				TOPLAM	
		Hasta sayısı	İşlem sayısı	Hasta sayısı	İşlem sayısı	Hasta sayısı	İşlem sayısı	Hasta sayısı	İşlem sayısı
X Hekimi									
Y Hekimi									
Z Hekimi									
.....									
Toplam									

* 401.010, 401.020, 401.030, 401.040, 401.051, 401.060, 401.070, 401.080, 401.090, 401.100, 401.110, 401.120, 401.130, 401.135, 401.150, 401.151, 401.152, 401.153, 404.090, 404.100, 404.110, 404.120, 404.130, 404.140, 404.240, 404.250, 404.260, 404.270, 405.080, 405.200, 405.360, 405.420, 405.430, 406.110 kodlu işlemlerin dışındaki tüm işlem kodlarını ifade eder.

2.3. Dolgu sonrası 6 ay içerisinde tekrar dolgu /kanal tedavisi /çekim yapılan diş sayısı brans ve hekim bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

Dolgu Sayıları Takip Tablosu							
YIL:				AY:			
Hekim Adı Soyadı	Polikliniğe Başvuran Hasta Sayısı	Dolgu Yapılan Diş Sayısı	*Diş Dolgusu Oranı	**Dolgusu Tekrarlanan Diş Sayısı (Süt Dişi Dahil)	***Tekrarlanan Dolgu Oranı	Dolgu Sonrası Kanal Yapılan Diş Sayısı	Dolgu Sonrası Çekilen Diş Sayısı
X Hekim							
Y Hekim							
.....							
Genel Toplam/Ortalama							

Dolgu işlemleri, Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanmalıdır

**Diş Dolgusu Oranı = Dolgu yapılan diş sayısı / Polikliniğe başvuran hasta sayısı X 100 şeklinde hesaplanmalıdır.*

***Dolgusu Tekrarlanan Diş Sayısı (Süt Dişi Dahil): Sağlık tesisinde 6 ay içinde aynı dişe aynı kodla tekrar yapılan dolgu sayısıdır.*

****Tekrarlanan Dolgu Oranı: Dolgusu tekrarlanan diş sayısı /Toplam dolgu yapılan diş sayısı X 100 şeklinde hesaplanır.*

Toplam dolgu yapılan diş sayısı, Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.010 ile 402.020 arasındaki kodlu işlemleri ile 402.030, 402.040, 402.050, 402.060, 402.070, 402.080, 402.090, 402.100, 402.110, 402.120, 402.130, 402.160, 402.170, 402.180, 402.190, 403.090 kodlarına ait işlemlerdir.

Dolgu Sonrası Kanal Yapılan Diş Sayısı: Dolgu sonrası 6 ay içinde kanal tedavisi yapılan diş sayısı yazılacaktır.

Dolgu Sonrası Çekilen Diş Sayısı: Dolgu sonrası 6 ay içinde çekilen diş sayısı yazılacaktır.

2.4. Kanal tedavisi sonrası 6 ay içerisinde tekrar kanal tedavisi /çekim yapılan diş sayısı brans ve hekim bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

Diş Çekimi, Kanal Tedavisi Takip Tablosu								
Yıl:					Ay:			
Hekim Adı Soyadı	Diş Çekimi Yapılan Hasta Sayısı	Çekilen Diş Sayısı	Dolgu Yapılan Diş Sayısı	Kanal Tedavisi Yapılan Diş Sayısı	Çekim, Dolgu Ve Kanal Tedavisi Yapılan Diş Sayısının Toplamı	Kanal Tedavisi Sonrası Çekilen Diş Sayısı	*Kanal Tedavisi Sonrası Çekilen Diş Oranı	**Diş Çekimi Oranı
X Hekim								
Y Hekim								
.....								
Genel Toplam /Ortalama								

Diş Çekim işlemleri, Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanmalıdır

***Diş Çekim İşlem Oranı = Çekilen diş sayısı / Çekim, dolgu ve kanal tedavisi yapılan diş sayısının toplamı X 100 şeklinde hesaplanmalıdır.*

Çekim Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Ağız ve Diş Çene Cerrahisi” başlığı altında bulunan 405.010 ile 405.056 arasındaki kodlu işlemleri ile 405.060 kodlu işlemi,

Toplam İşlem Sayısı; İlgili dönemde sağlık tesisine başvuran hastalara uygulanan toplam işlem sayısını ifade eder. (Nöbet muayene hastalarına uygulanan işlemler dahil edilmeyecektir.)

Kanal Tedavisi Sonrası Çekilen Diş Oranı = Kanal tedavisi sonrası çekilen diş sayısı / Toplam kanal tedavisi yapılan diş sayısı X 100 (Kanal Tedavisi Sonrası Çekilen Diş Oranı hesaplanırken sağlık tesisinde 6 ay içinde kanal tedavisi yapılmış ve sonrasında çekilmiş dişler hesaplamaaya dâhil edilmelidir.)

Kanal Tedavisi Yapılan Diş Sayısı (Süt Dişleri Hariç); İlgili dönemde sağlık tesisinde toplam kanal tedavisi diş sayısını (süt dişleri hariç),

Kanal Tedavisi: Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.140, 402.150 ile 402.154 arasındaki kodlu işlemler ile 402.270,402.271,402.272,402.273, 402.300, 402.323, 402.370, 402.380, 402.390, 402.470, 402.480 kodlu işlemleri,

Dolgu Yapılan Diş Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.010 ile 402.020 arasındaki kodlu işlemleri ile 402.030, 402.040, 402.050, 402.060, 402.070, 402.080, 402.090, 402.100, 402.110, 402.120, 402.130, 402.160, 402.170, 402.180, 402.190, 403.090 kodlu işlemleri ifade eder

2.5.Sabit protez yapılan ayak dişlerine protez işleminden sonraki 6 ay içerisinde herhangi bir tedavi yapılan diş sayısı branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

Ayak Diş Takip Tablosu				
YIL:			AY:	
Diş Hekimi Adı	Klinik Adı	Sabit Protez Yapılan Ayak Dişlere Dolgu Oranı	Sabit Protez Yapılan Ayak Dişlere Kanal Tedavisi Oranı	Sabit Protez Yapılan Ayak Dişlerde Diş Çekim Oranı
X Hekimi				
Y Hekimi				
....				
Ortalama				

404.170, 404.180, 404.181, 404.190, 404.200, 404.201, 404.210, 404.220, 404.230, 404.360, 404.390, 404.395, 404.455, 404.460 işlem kodlarından herhangi biri uygulanan dişe tedavi sonrasındaki 6 ay içerisinde işlem yapılan (dolgu, kanal, çekim) diş sayısını

Dolgu Yapılan Diş Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.010 ile 402.020 arasındaki kodlu işlemleri ile 402.030, 402.040, 402.050, 402.060, 402.070, 402.080, 402.090, 402.100, 402.110, 402.120, 402.130, 402.160, 402.170, 402.180, 402.190, 403.090 kodlu işlemleri ifade eder

Kanal Tedavisi: Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.150 ile 402.154 arasındaki kodlu işlemler (402.140, 402.150, 402.152, 402.153, 402.154) ve 402.270,402.271,402.272,402.273, 402.300, 402.323, 402.370, 402.380, 402.390, 402.470, 402.480 kodlu işlemleri,

Çekim Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Ağız ve Diş Çene Cerrahisi” başlığı altında bulunan 405.010 ile 405.056 arasındaki kodlu işlemleri ile 405.060 kodlu işlemi,

Dolgu ve kanal tedavisi, sabit protez işlemi öncesindeki 1 ay ile işlem sonrası 1 aylık sürede yapılan dolgu ve kanal diş çekimi ise protez işlemi sonrası 6 aylık sürede kontrol edilmelidir

2.6. Cerrahi ve periodontoloji polikliniklerinde görev alan her bir diş hekiminin yaptığı Cerrahi işlem sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

Cerrahi İşlem Sayısı Takip Tablosu								
Yıl:						Ay:		
Hekim Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı			Lokal Anestezi Altında Yapılan İşlem Sayıları				
		Çekim Sayısı		Kök Ucu Rezeksiyonu	İmplant	Gingivektomi Ve Flep	Diğer Cerrahi İşlemler	Cerrahi Harici Diğer İşlemler
		Norma l Diş	Gömül ü Diş Çekim					
X Hekim	Ağız Diş Çene Cer.							
Y Hekim	Diş Hekimi							
.....								
Toplam								

Ameliyat ve işlemler Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan "Girişimsel İşlemler Listesi"ne göre tanımlanmalıdır.

Çekim Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin "Ağız ve Diş Çene Cerrahisi" başlığı altında bulunan 405.010 ile 405.056 arasındaki kodlu işlemleri ile 405.060 kodlu işlemi,

Kök ucu Rezeksiyonu: Girişimsel İşlemler Listesindeki 405.060 kodlu işlemi,

İmplant: Girişimsel İşlemler Listesinin "Ağız ve Diş Çene Cerrahisi" başlığı altında bulunan 405.230, 405.260 kodlu işlemi,

Gingivektomi ve Flep: Girişimsel İşlemler Listesinin "Periodontoloji" başlığı altında bulunan 406.040,406.050 kodlu işlemi,

Diğer Cerrahi İşlemler: Genel tıbbi işlemler listesinin "Ağız ve Diş Çene Cerrahisi" ve "Periodontoloji" başlığı altında yer alıp yukarıdaki tabloda yer almayan işlemleri ifade eder.

Cerrahi Harici Diğer İşlemler: "Teşhis ve Tedavi Planlaması", "Ağız ve Diş Çene Cerrahisi" ve "Periodontoloji" başlığı haricindeki diğer işlemleri ifade eder.

2.7. Muayene edilen ancak işlem yapılmayan hasta sayısı branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz. İşlem yapılan hasta sayısının belirlenmesinde iki durum "işlem yapılmış hasta" olarak değerlendirilir.

Hastaya sadece aşağıda yer alan SUT kodları haricindeki kodlardan girilmiş ise "işlem yapılmış hasta" sayılır. Hastaya hem aşağıdaki kodlar hem de aşağıdaki kodların dışındaki kodlardan girilmiş ise "işlem yapılmış hasta" sayılır.

Ancak; Hastaya sadece aşağıda belirtilen SUT kodlarından bir veya birkaçı girilmiş başka herhangi bir kod girilmemişse "işlem yapılmamış hasta" olarak değerlendirilir.

İşlem Yapılmayan Hasta Sayısı					
Diş Hekimi Adı	Poliklinik	Ocak	Şubat		Toplam
X Hekim					
Y Hekim					
...					
Genel Toplam					

Hiç işlem yapılmadığı anlamına gelen SUT kodları;

(401.010, 401.020, 401.030, 401.040, 401.051, 401.060, 401.070, 401.080, 401.090, 401.100, 401.110, 401.120, 401.130, 401.135, 401.150, 401.151, 401.152, 401.153, 404.090, 404.100, 404.110, 404.120, 404.130, 404.140, 404.240, 404.250, 404.260, 404.270, 405.080, 405.200, 405.360, 405.420, 405.430, 406.110)

2.8. Yeşil listeye kaydedilen hasta sayısı ve nedenleri branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

MHRS Yeşil Listeye Kaydedilen Hasta Oranı Yönetici Takip Tablosu						
Yıl:					Ay:	
Diş Hekimi Adı	Poliklinik	Toplam Hasta Sayısı	Yeşil Listeye Alınan Hasta Sayısı	İşlem Yapılmadan Yeşil Listeye Yönlendirilen Hasta Sayısı	Yeşil Listeye Alınma Nedeni	*Yeşil Listeye Alınan Hasta Oranı
X Hekim						
Y Hekim						
Genel Toplam/Ortalama						

* Yeşil Listeye alınan Hasta Oranı: $\text{Yeşil Listeye Kaydettiği Hasta Sayısı} / \text{Toplam Hasta Sayısı} \times 100$

**Pedodonti Klinikleri Hariç tutulacaktır.

İşlem yapılmadan yeşil listeye yönlendirilen hasta sayısı: Hastaya sadece belirtilen kodlarından bir veya birkaçı girilmiş başka herhangi bir kod girilmemişse işlem yapılmayan hasta olarak değerlendirilir: 401.010, 401.020, 401.030, 401.040, 401.051, 401.060, 401.070, 401.080, 401.090, 401.100, 401.110, 401.120, 401.130, 401.135, 401.150, 401.151, 401.152, 401.153, 404.090, 404.100, 404.110, 404.120, 404.130, 404.140, 404.240, 404.250, 404.260, 404.270, 405.080, 405.200, 405.360, 405.420, 405.430, 406.110 kodlu işlemleri ifade eder.

İşlem yapılmadan yeşil listeye yönlendiren hasta sayısında muayene ve radyolojik tetkikler işlem olarak değerlendirilmeyecektir. Aynı gün aynı kurum aynı kişi tek sayılmış olup toplam başvuru sayısı takip numarası saydıklarıyla hesaplanmalıdır.

*** Branş kliniklerine kurum içi sevk ile hasta yönlendiriliyor ise ayrı bir tabloda sevk edilen hasta sayıları ve sevk nedenleri hekim ve branş bazlı olarak takip edilmelidir. Aşağıdaki örnek tablodan yararlanılabilir.

Kurum İçi Sevk Oranı Yönetici Takip Tablosu					
Yıl:					Ay:
Diş Hekimi Adı	Poliklinik	Toplam Hasta Sayısı	Branş Kliniğine Sevk edilen Hasta Sayısı	Sevk Nedeni	*Sevk Edilen Hasta Oranı
X Hekim					
Y Hekim					
Genel Toplam/Ortalama					
Genel Toplam/Ortalama					

* Sevk Edilen Hasta Oranı: $\text{Yeşil Listeye Kaydettiği Hasta Sayısı} / \text{Toplam Hasta Sayısı} \times 100$

2.9. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile poliklinik hizmetleri branş ve hekim bazlı olarak iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın içeriği

Poliklinik hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla, hasta başına düşen işlem sayıları, tekrar tedavi oranları ve işlem yapılmayan muayeneler gibi veriler düzenli olarak analiz edilerek; tanı ve tedavi süreçlerinin kalitesi artırılmalı, kaynak kullanımı dengelenmeli ve hasta memnuniyeti sağlanmalıdır.

Standardın Amacı

Poliklinik hizmetlerinin etkinliğini artırmak, tekrar işlem gerektiren vakaları azaltmak, hekim performansını izlemek ve hasta memnuniyetini yükseltmek amacıyla süreçleri düzenli analiz ederek hizmet kalitesini iyileştirmek.

Sağlık Tesisinde Değerlendirilmesinin Sağladığı Katkı

- Hekim iş yükü dengelenir, verimliliği artırır.
- Kaynak kullanımı optimize eder.
- Tedavi kalitesi izlenir, gereksiz tekrarlar önlenir.
- Tedavi etkinliği değerlendirilir, komplikasyonlar azalır.
- Protez sonrası sorunlar erken tespit edilir ve müdahale edilir.
- Cerrahi hizmetlerin kapasite ve performansı takip edilir.
- Gereksiz muayeneler azaltılarak kaynak verimliliği sağlanır.
- Tedavi planlaması ve hasta yönetimi iyileştirilir.
- Sürekli iyileştirme ve kalite yönetimi desteklenir.

Standartı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

- Hem yeşil listeye kaydedilen hem de kurum içi sevk ile branş kliniklerine yönlendirilen hasta sayıları ve nedenleri ayrı tablolar halinde branş ve hekim bazlı takip edilmeli ve analizi yapılmalıdır. Yeşil listeye kaydedilen ve/veya kurum içi sevk edilen hasta olmaması halinde analiz yapılmasına gerek olmadığının kayıt altına alınması sağlanmalıdır.
- Prosedürlerin ve protokollerin güncel ve standartlara uygun olmasını sağlamak.
- Çalışma planlarının ve cetvellerin düzenli ve güncel olmasını sağlamak.
- İlgili personelin eğitim ve farkındalığının artırılmasını sağlamak.
- Başhekim ve yöneticilerin düzenli denetim ve değerlendirme yaparak iyileştirme ve geliştirme süreçlerini hızlandırmak.
- Hasta memnuniyeti ve geri bildirimlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi sağlanarak memnuniyeti artırmak.

STANDART 3 : Dental görüntüleme hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

3.1. Görüntüleme tetkik sayıları (panoramik, periapikal, sefalometrik, BT vb.) branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

3.2. Tekrar edilen çekim sayıları ve nedenleri teknisyen bazlı analiz edilmeli ve değerlendirme sonuçları teknisyenlerle paylaşılmalıdır. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

Çekilen Ve Tekrar Edilen Röntgen Takip Tablosu								
Yıl:	Ay:							
Teknisyen Adı	*Röntgen Sayısı		**Röntgen Oranı		Tekrar Edilen Röntgen Sayısı		***Tekrar Edilen Röntgen Oranı	
	Periapikal	Panoramik	Periapikal	Panoramik	Periapikal	Panoramik	Periapikal	Panoramik
X Teknisyeni/Teknikeri								
Y Teknisyeni/Teknikeri								
.....								
Genel Toplam/ Ortalama								

**Tıbbi işlemler yönergesinin ekinde bulunan Girişimsel İşlemler Listesinde “Teşhis ve Tedavi Planlaması” başlığı altında bulunan 401051 ile 401150 kodları arasındaki girişimsel işlemleri ifade eder.*

** Röntgen Sayısı: Her bir teknisyenin çektiği röntgen sayısıdır.*

***Röntgen Oranı: Teknisyen tarafından çekilen röntgen sayısı/ Sağlık tesisinde çekilen toplam röntgen sayısı X 100 şeklinde hesaplanır.*

****Tekrar Edilen Röntgen Oranı: Teknisyen tarafından tekrar edilen röntgen sayısı/ Sağlık tesisinde tekrar edilen toplam röntgen sayısı X 100 şeklinde hesaplanır.*

3.3. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile görüntüleme hizmetleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın içeriği

Bu standart, sağlık tesisinde görüntüleme (panoramik, periapikal, sefalometrik, BT vb.) hizmetlerinin etkin şekilde yönetilmesini, randevu verme, röntgen bekleme ve tetkik sonuçlarının raporlama sürelerinin düzenli analiz edilmesini kapsar. Radyoloji teknisyen/teknikerlerinin tekrar eden çekim sayıları analiz edilerek performansının takip edilmesi ve süreçlerin iyileştirilmesi amaçlanır. Ölçütler; tetkik sayılarının klinik ve hekim bazında incelenmesi, tekrar edilen çekim sayılarının ve nedenlerinin teknisyen bazlı takip edilmesi, randevu sürelerinin analiz edilmesi ve periyodik verilerin değerlendirilerek iyileştirme yapılmasını içerir.

Standardın Amacı

- Görüntüleme tetkiklerine erişim süresini azaltmak
- Cihaz ve insan kaynağı kullanımını optimize etmek
- Aynı görüntüleme tetkikinin tekrar edilmesini önlemek
- Radyolojik raporların gecikmeden tamamlanmasını sağlamak
- Süreçleri karar destek sistemleri ve E-Nabız üzerinden entegre biçimde izlemek
- Hizmet sunumunda süreklilik, kalite ve hasta güvenliği sağlamak

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Görüntüleme birimlerinin iş yükü ve kapasite yönetimine yönelik net ve güvenilir veriler elde edilir.
- Hizmet sunumundaki zaman kayıpları ve beklemler tespit edilerek önleyici aksiyonlar alınabilir.
- Radyoloji tekniker/teknisyenlerinin performans ve iş dağılımını şeffaf hale getirir.
- Sağlık hizmeti sunumunda meydana gelebilecek aksaklıklar erken fark edilerek zamanında müdahale sağlanır.
- Cihaz bazında kullanım sıklığı analiz edilerek kapasite yoğunluğu önlenir ve kaynaklar daha verimli kullanılır.
- Aynı hastaya kısa süre içinde gereksiz yere tekrar tetkik yapılmasının önüne geçilir.
- Süreçlerin düzenli izlenmesi ve etkili aksiyonların alınması hasta memnuniyetini artırır.
- Tüm tetkiklere ilişkin randevu alma ve sonuçlandırma süreleri sistematik olarak izlenebilir ve raporlanabilir hâle gelir.

- Düzenli toplantılar ve veri analizleri ile süreçler sürekli geliştirilir, böylece hizmet kalitesinde sürdürülebilir iyileştirme sağlanır.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

Veri Toplama ve Analiz:

- Görüntüleme tetkik taleplerinin klinik ve hekim bazında doğru ve düzenli kayıt altına alınmasını sağlamalıdır.
- Tekrar edilen tetkik nedenleri sebebe uygun girilmesini sağlamalıdır. Sağlık tesisinde çalışan her bir teknisyen için çekilen ve tekrar edilen röntgen sayıları ve oranları takip edilmelidir. Kanal tedavisi yapılan dişler için aynı gün içinde aynı dişe çekilen röntgenler tekrar edilen röntgen sayılarının dışında tutulmalıdır. Verilere nöbet verileri dahil edilmemelidir.

Randevu Verme ve Sonuç Süreleri:

- Randevu verme süresi (tetkik istek tarihi ile çekim tarihi arası),
- Sonuç verme süresi (çekim tarihi ile raporun sisteme düşme tarihi arası) mutlaka günlük izlenmeli, gecikmelerin nedeni araştırılmalıdır.

Tekrar Tetkikler:

- Aynı hastaya kısa sürede aynı görüntüleme tetkiki tekrar istenmemelidir.
- E-Nabız etkin kullanılmalı, karar destek sistemleri (KDS) bu süreçte aktif rol oynamalıdır.

Cihaz Kullanımı ve Arızalar:

- Her cihaz için günlük çekim sayısı ve iş yükü izlenmeli.
- Cihaz arızaları ve hizmet alımı (dış kaynak kullanımı) gibi durumlar kayıt altına alınmalı ve hızlı çözüme kavuşturulmalı, pasifte kalan cihaz takibi yapılmalıdır.

İzleme ve Raporlama:

- Başhekim başkanlığında, ilgili birim yöneticileri ile birlikte iki ayda bir analiz toplantıları yapılmalıdır.
- Gecikme varsa nedenleri değerlendirilip iyileştirme faaliyetleri başlatılmalıdır.
- Radyolojik Tetkik İstem Periyodu Listesi hakkında tüm hekimler bilgilendirilmeli, eğitimler düzenlenmelidir.

STANDART 4 : Protez laboratuvar süreçleri etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

4.1. Sağlık tesisinde protez ölçü bekleme süresi ölçülmeli ve ölçü kabulü standartlara uygun olarak yapılmalıdır.

4.2. Protez laboratuvarına kabul edilmeyen ölçüler, sağlık tesisi tarafından hekim bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

Kabul Edilmeyen Ölçü Takip Tablosu			
YIL:		AY:	
Hekim Adı	Kabul Etmeyen Personel Adı	Kabul Edilmeyen Ölçü Sayısı	Kabul Edilmeme Nedeni
X Hekim			
Y hekim			
.....			

4.3. Ölçü bekleme süreleri analiz edilmelidir.

4.4. Sağlık tesisi tarafından protez teslim süreleri yapılan protezin türüne göre hekim bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

Hekim Bazlı Protez Teslim Süreleri Takip Tablosu							
YIL:				AY:			
Hekim Adı	Poliklinik Adı	Metal Destekli Hareketli Protez	Total Hareketli Protez	Jaket Kron	Veneer Kron		Ortalama
X Hekim							
Y hekim							
.....							
Toplam							

Hareketli Protezler için protez teslim süresi; 1.ölçü alımı ile protez teslimi arasındaki süredir. Sabit protezler için protez teslim süresi; diş kesimi ile protez teslim arasındaki süredir.

4.5. Sağlık tesisinde yapılan protezler ve tekrar edilen protez sayıları (hizmet alımı dahil) klinik, hekim ve tekniker/ teknisyen bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablolardan yararlanabilirsiniz.

*Protez Sayıları Takip Tablosu							
YIL:				AY:			
Hekim Adı Soyadı	Hekimin Uzmanlığı	Hasta Sayısı	Protez Sayıları			Geçici Kron Sayısı	Gece Plağı Sayısı
			Sabit Protez üye Sayısı	Hareketli Protez parça Sayısı	Toplam Protez Sayısı		
X Hekim	Protez						
Y Hekim	Endodonti						
.....							
Genel Toplam							

Sağlık tesisinde yapılan yer tutucu sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 403.040 ile 403.050 kodlu işlemleri,

Çocuk protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinin bulunan 403.060 ile 403.070 kodlu işlemleri,

Dış Merkezde Yapılan Yer Tutucu Sayısı Sağlık tesisi dışında hizmet alımı yolu ile yapılan yer tutucu sayılarını ifade eder.

Engelli protez sayıları: sadece engelli polikliniği değil tüm polikliniklerde engellilere yönelik yapılan protez sayısını ifade eder. Evde sağlık dahil.

4.7. Poliklinikte kaybolan protezler, alçı model ve ölçüler hekim bazlı analiz edilmelidir.

Analiz yapılırken örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanılabilir.

Kaybolan Ölçü, Alçı Model ve Protez Takip Tablosu			
YIL:		AY:	
Hekim Adı	Kaybolan Ölçü Sayısı	Kaybolan Protez Sayısı	Kaybolan Alçı Model Sayısı
X Hekim			
Y Hekim			
....			
TOPLAM			

4.8. Hekim ve teknisyen bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı ve ilgili personel ile paylaşılmalıdır.

4.9. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın içeriği

Bu standart, protez ölçü bekleme süresini; ölçü kabulünün belirlenen standartlara uygunluğunu; laboratuvara kabul edilmeyen ölçüleri; protez teslim sürelerini; yapılan protezlerin türlerini ve tekrar edilen protez sayılarını; kaybolan protez, alçı modeller ve ölçüler hekim ve teknisyen/tekniker bazlı olarak analizini kapsar.

Standardın Amacı

Protez laboratuvar süreçlerinin etkinliğini ve kalitesini izleyerek, ölçü kabulü, üretim ve teslim süreçlerinde standartlara uyumu sağlamak, hatalı veya tekrar edilen protez sayısını azaltmak ve böylece hasta memnuniyeti ile hizmet verimliliğini artırmaktır. Ayrıca, süreçlerdeki aksaklıkları tespit edip zamanında müdahale ederek sağlık tesisinde kaynak kullanımını optimize etmektir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Zamanında ve doğru protez teslimiyle hasta memnuniyeti ve tedavi etkinliği artar.
- Tekrar protez oranı azalır, malzeme ve iş gücü etkin kullanılır.
- Dış hekimi, teknisyen bazlı karşılaştırma ve farkındalık ile klinik süreçlerde iyileşme sağlanır.
- Ekip içi iş birliği gelişir ve sağlık tesisinin kurumsal performansı güçlenir.
- Denetimlerde güçlü veri ve analizle başarılı sonuç alınır.

[illegible]

Hareketli protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.010 ile 404.050 arasındaki kodlu işlemler ile 404.280 ile 404.340 arasındaki kodlu işlemler ve 404.370, 404.410, 404.420 kodlu işlemleri,
Sabit protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.160 ile 404.230 arasındaki kodlu işlemler ile 404.360, 404.380, 404.390, 404.395, 404.400 kodlu işlemleri,
Yer tutucu sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 403.040 ile 403.050 kodlu işlemleri,
Diş İlavesi sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.120 kodlu işlemleri,
Kroşe ilavesi sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.100 kodlu işlemleri,
Gece plağı sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.150 kodlu işlemi,
Ortodontik aparey sayısı: AD5M bünyesinde veya hizmet alımı ile yapılmış olan ortodontik aparey sayısı alınacaktır.
Akrilik protezde tamir, rebezaj, besleme ve yumuşak akril uygulama sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.060, 404.070, 404.080, 404.090 kodlu işlemleri ifade eder.

9. Kaybolan ölçü, alçı model ve protezler ayrı ayrı hekim bazlı olarak analiz edilmeli, kayıpları önlenmeli, takip sistemi kurulmalıdır. Kabul edilmeyen ölçüler hakkında ilgili hekime haber verilerek uygunsuzluklar için iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Ölçü Bekleme Süreleri:

- Her hasta için hastanın ölçü bekleme süresi ölçülmeli ve toplam bekleme sürelerinin hasta sayısına oranı ortalama ölçü bekleme süresi olarak alınmalıdır.
- Ölçü bekleme süresi: Ölçü alımı ile model alçı dökümü arasında geçen süre baz alınarak düzenli takip edilmelidir.
- Gecikmeler varsa örnek taşıma, personel yetersizliği gibi nedenlere göre iyileştirme yapılmalıdır.
- Ölçü bekleme süreleri kurum ve hizmet alımı ayrı ayrı belirtilmelidir.
- Ölçü alımı ile alçı döküm zamanı SBYS' de örnek bir hasta seçilerek kontrol edilmelidir. (Hizmet alımı yapılan sağlık tesisi de dahil)
- Kullanılan ölçü malzemelerinin özelliğine göre sağlık tesisi tarafından hedef süre belirlenmelidir.
- İki ayda bir veriler toplanmalı ve ekipçe değerlendirilerek iyileştirme yapılmalıdır.

STANDART 5 : Nöbet, mesai dışı çalışma ve mesai kaydırma hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

5.1. Nöbet hizmetleri, mesai dışı çalışmada bekleme süresi ve acil tedavi ihtiyacı olan hastalar analiz edilmelidir.

5.2. Nöbet hizmetleri ve mesai dışı çalışmada hasta sayısı/yapılan tedavi sayısı analiz edilmelidir.

..... Yılı Nöbet Hizmetleri Başvuru Yoğunluğu Takip Tablosu							
AYLAR	Toplam Başvuran Hasta Sayısı	Nöbet Hizmetin de Başvuran Hasta Sayısı	Mesai Kaydırma Başvuran Hasta Sayısı	*Nöbet Hizmetinde Başvuran Hasta Oranı	Mesai Kaydırma Başvuran Hasta Oranı	** Acil Müdahale Gereken Hasta Sayısı	***Acil Müdahale Gereken Hasta Oranı
OCAK							
ŞUBAT							
.....							
Yıllık Toplam/O ortalama							

*Nöbet Hizmetinde Başvuran Hasta Oranı: Nöbet hizmetinde başvuran hasta sayısı / toplam başvuran hasta sayısı X 100 şeklinde hesaplanmalıdır.

** Acil Müdahale Gereken Hasta Sayısı: K04.0, K04.6, K04.7, K10.3, K12.2, M24.3, M84.8, M86.8, R58, R59, S01.5, S02.5, S02.6, S03.0, S03.2, S03.4, S04.5, T18.0, T49.7, Y56.7 ICD kodları ile müracaat eden hasta sayısıdır.

*** Acil Müdahale Gereken Hasta Oranı: Acil müdahale gereken hasta sayısı/ nöbet hizmetinde başvuran hasta sayısı X 100 şeklinde hesaplanmalıdır.

5.3. Mesai kaydırma hizmeti verilmesi halinde etkinliği, randevu süreleri, hasta bekleme süreleri, hasta sayısı/yapılan tedavi sayısı analiz edilmelidir.

5.4. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, nöbet hizmetleri, varsa mesai dışı ve mesai kaydırma hizmetleri sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın içeriği

Nöbet hizmeti, mesai kaydırma ve mesai dışı çalışma saatlerinde bakılan muayene sayısı, yapılan işlem sayıları, acil müdahale gerektiren hasta (travma, kanama, pulpitis vb.) kapsamaktadır.

Standardın Amacı

Nöbet polikliniğine başvuran hastaların gerçekten acil müdahale gerektiren hasta olduğunun ve mesai dışı çalışma ile mesai kaydırmada başvuran hastaların tespit edilmesidir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Başvuru yoğunluğunun detaylı takibi (nöbet, vardiya kaydırma, mesai dışı çalışma ayrı ayrı), personel ve kaynak planlaması için kritik öneme sahiptir.
- Mesai kaydırma ve mesai dışı çalışma sisteminin uygulanması randevu ve bekleme sürelerini olumlu etkileyecektir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

- Nöbet hizmetleri, mesai dışı çalışmada bekleme süresi ve acil tedavi ihtiyacı olan hastalar aylık olarak takip edilmelidir.

- Nöbet hizmetleri ve mesai dışı çalışmada hasta sayısı/yapılan tedavi sayısı aylık olarak takip edilmelidir.
- Mesai kaydırma hizmeti verilmesi halinde etkinliği, randevu süreleri, hasta bekleme süreleri, hasta sayısı/yapılan tedavi sayısı aylık olarak takip ve analiz edilmelidir. MHRS randevu sürelerini azaltmak, hekim-ünit dengesini sağlamak için mesai kaydırma hizmeti verilebilir.
- Nöbet ve mesai dışı hizmetlerde başvuran hastalar için; başvuru zamanı (ilk kayıt), ilk müdahale zamanı, tedavi zamanı HBYS'de izlenebilmelidir.
- Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile analiz yapılmalı ve sonuçlar ilgili diğ hekimleri ile paylaşılmalıdır.

STANDART 6 : Sterilizasyon hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

6.1. Sterilizasyon ve dezenfeksiyon süreçleri analiz edilmelidir.

6.2. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait sterilizasyon verileri analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın içeriği

Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aeratör, mikromotor, anguldruva vb.) sterilizasyon ünitesine teslimi, malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzlukların takibinin HBYS üzerinden yapılması konularını kapsamaktadır.

Standardın Amacı

Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aeratör, mikromotor, anguldruva vb.) sterilizasyon ünitesine poliklinik bazlı teslim edilmesi, malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzlukların takibinin HBYS üzerinden yapılması, enfeksiyonların kontrol atında tutulması, malzemelerin verimli kullanılması sağlanarak maliyet etkinliğinin sağlanması.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aeratör, mikromotor, anguldruva vb.) sterilizasyon ünitesine teslim edildiğine dair poliklinik bazlı kayıtları tutularak etkin malzeme yönetimi sağlanır,
- Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzlukları HBYS üzerinden takip edilerek eksik, son kullanma tarihi geçmiş, indikatör eksikliği vb parametrelerin takibini kolaylaştırır,
- Sistem üzerinden takip edilerek hizmet alımı dahil sterilizasyon giderlerinin takibini kolaylaştırır.

1. Poliklinikler ile sterilizasyon arasında HBYS üzerinden entegrasyonun sağlanması,
2. Kullanılan başlıkların (aeratrör, mikromotor, anguldruva vb.) sterilizasyon ünitesine teslim edildiğine dair poliklinik bazlı kayıtların düzenli takip edilmesi,
3. Sterilizasyon cihazların aktif pasif ve arıza durumlarının takip edilmesi, arıza ve pasifte kalan cihazların en kısa sürede aktif kullanılmasının sağlanması,
4. Steril malzeme uygunsuzluk formlarının poliklinik bazlı olarak en az şu parametreleri kapsamalıdır. Eksik malzeme, Son kullanma tarihi geçmiş malzeme, İndikatör eksikliği, Nemli malzeme, Paket bütünlüğü bozulmuş malzeme, kalıntı, paslı vb. malzeme. (Hizmet alımı dahil) Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanılabilir.

Sağlık tesisi tarafından düzenli aralıklarla sterilizasyon hizmetlerinin yapıldığı ünite yerinde değerlendirilerek, sterilizasyon hizmetlerinin uygunluğu kayıt altına alınmalıdır. (Sağlık tesisi dışından hizmet alımı yapan sağlık tesisleri de değerlendirilecektir).

- [illegible]

Steril Malzeme Uygunluk Takip Tablosu (Detay) (Sterilizasyon Hizmeti Satın Alan Sağlık Tesisleri)								
AYLAR	OCAK		ŞUBAT				TOPLAM	
	Sayı	Gider	Sayı	Gider	Sayı	Gider	Sayı	Gider
Pıhtılı, kalıntı, paslı vb. malzeme								
Geri dönen hasarlı ambalaj								
Son kullanma tarihi geçmiş malzeme								
Setlerde malzeme eksikliği								
Tekstil malzemelerin uygunlukluğu								
Uygunluk Konteyner								
İndikatörlerin uygunluk rengi								
TOPLAM								

Sterilizasyon hizmetini satın alma yolu ile gerçekleştiren sağlık tesislerinde kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunluklar “Steril Malzeme Uygunluk Formu” ile ikişer aylık dönemler halinde takip edilmelidir. Steril malzeme uygunlukluğu nedeni ile geri dönen malzemelerin sağlık tesisine gideri hesaplanmalıdır. Giderlere yönelik iyileştirme çalışmaları üst yönetim tarafından toplantılarda tartışılarak alınması gereken önlemler belirlenmelidir.

STANDART 7 : Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 7.1. Çalışanlardan görüş, öneri, şikâyet ve geri bildirimler alınmasına yönelik iletişim kanalları oluşturulmalıdır.
- 7.2. Çalışanların görüş, öneri, şikâyet ve geri bildirimleri değerlendirilmelidir.
- 7.3. İlgili çalışanlara değerlendirme sonuçları ve alınan kararlara dair geri bildirim yapılmalıdır.
- 7.4. Çalışanların aidiyet duygularını ve motivasyonlarını artıracak faaliyetler planlanmalıdır.
- 7.5. Sağlık tesisi çalışanlarının sağlık tesisi yöneticileri ile görüşme taleplerine ilişkin bir sistematik geliştirilmeli ve duyurulmalıdır.
- 7.6. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait çalışan memnuniyet verileri analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standartın İçeriği

Bu standart, sağlık tesislerinde çalışan memnuniyetinin artırılması amacıyla etkili geri bildirim mekanizmalarının kurulmasını, yöneticilerle iletişimin güçlendirilmesini ve aidiyet duygusunu destekleyici faaliyetlerin planlanmasını kapsar. Çalışanların öneri, şikâyet ve görüşlerini iletebilecekleri ulaşılabilir sistemler oluşturulmalı; bu geri bildirimler düzenli aralıklarla analiz edilerek sonuçlar çalışanlarla paylaşılmalıdır. Ayrıca, iki ayda bir başhekim başkanlığında memnuniyet verileri değerlendirilmelidir.

Standartın Amacı

- Çalışanların yönetime kolay erişimini sağlamak

- Memnuniyet, motivasyon ve aidiyeti artırmak
- Açık iletişim ortamı oluşturarak sorunları erken tespit etmek
- Geri bildirimlerin yönetim kararlarına yansıtılmasını sağlamak

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Çalışan bağlılığı ve iş tatmini artar
- Yönetimle iletişim güçlenir; sorunlara hızlı çözümler geliştirilir
- Hizmet kalitesi ve dolaylı olarak hasta memnuniyeti yükselir
- Kurumsal aidiyet ve ekip ruhu gelişir
- Verimlilik artar, iş gücü devri azalır

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

Geri Bildirim Sistemleri Etkin Kurulmalıdır

- Çalışanların görüş, öneri, şikâyet ve memnuniyetlerini iletebilecekleri dijital (online anket, mobil uygulama vb.) ve fiziksel (öneri kutuları, formlar) kanallar oluşturulmalıdır.
- Bu sistemlerin erişilebilir, kolay kullanılabilir ve gizliliği koruyacak şekilde yapılandırılması sağlanmalıdır.

Çalışan Geri Bildirim Sisteminin Kurulması

- Çalışanların görüş, öneri, şikâyet ve memnuniyetlerini iletebilecekleri dijital (online anket, mobil uygulama vb.) ve fiziksel (öneri kutuları, formlar) kanallar oluşturulmalıdır.
- Bu kanalların kullanımına ilişkin yönergeler hazırlanmalı, çalışanlara açık ve anlaşılır şekilde duyurulmalıdır.

Yöneticiye Erişim Mekanizması

- Çalışanların yöneticilerle birebir görüşme talep edebileceği şeffaf ve adil bir sistem kurulmalı; taleplerin sistematik şekilde takibi sağlanmalıdır.
- Yöneticilere kolay ulaşım imkânı, kurumdaki güven iklimini güçlendirir.

Düzenli Geri Bildirimlerin Değerlendirilmesi

- Çalışanlardan alınan tüm geri bildirimler aylık olarak analiz edilmeli, tematik raporlar hâline getirilerek yönetim toplantılarında değerlendirilmelidir.
- Elde edilen bulgulara göre gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalı, her iki ayda bir gerçekleştirilen veriye dayalı analizlerle süreçler iyileştirilmelidir.

Geri Bildirimlerin Paylaşılması

- Yapılan değerlendirmelerin sonuçları çalışanlarla paylaşılmalı; bu sayede katılımcı yönetim anlayışı desteklenmelidir.

- Karar alma süreçlerine katkı sağlayan çalışanlara teşekkür edilerek kurumsal aidiyet artırılmalıdır.

Motivasyon Artırıcı Faaliyetler

- Memnuniyeti artırmak için; teşekkür belgeleri, iç iletişim toplantıları, sosyal etkinlikler, öneri yarışmaları, yıldönümü kutlamaları gibi uygulamalar planlanmalıdır.
- Her ayın belirli bir günü yapılacak iç iletişim toplantıları sayesinde çalışanlar ve yöneticiler düzenli olarak yüz yüze iletişim kurmalıdır.

Veriye Dayalı İyileştirme

- Tüm süreçlerin sonuçları, başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir analiz edilmeli ve gerekli durumlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
- İyileştirme kararları kurumsal hafızaya alınmalı ve sürdürülebilir şekilde uygulanmalıdır.

STANDART 8 : Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

8.1. Bina turları; başhekimin ve ilgili kişilerin katılımı ile sağlık tesisinin fiziki alt yapısı ve işleyişi, hizmet işleyişi, malzeme ve cihazların kullanım durumu, temizlik ve hijyen başta olmak üzere sağlık tesisinin tüm alanlarını kapsayacak şekilde en az iki ayda bir ve gerektiğinde yapılmalıdır.

8.2. Bina turunda tespit edilen uygunsuzluk ve eksiklikler görsel ve yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır.

8.3. Bina turunda tespit edilen uygunsuzluk ve eksikliklere yönelik düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği

Başhekim ve görevlendirdiği birim sorumluları tarafından en az iki ayda bir bina turları gerçekleştirilir; gerekirse sıklık artırılır. Turlar sırasında tespit edilen eksiklikler detaylı olarak görsel ve yazılı biçimde kayıt altına alınır. Tespit edilen uygunsuzluklar için zamanında düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılır.

Standardın Amacı

- Sağlık tesisinin fiziki altyapısını, hizmet işleyişini, temizlik ve hijyen standartlarını bütüncül ve yerinde değerlendirmek.
- Eksiklikleri hızla belirleyip, etkin iyileştirme süreçleri ile kalite yönetim döngüsünü güçlendirmek.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Fiziki koşulların güncel ve doğru değerlendirilmesiyle hasta ve çalışan güvenliği artar.
- Eksikliklerin hızlı giderilmesiyle hizmet kalitesinin sürekliliği sağlanır.
- Yönetim için somut, görsel ve yazılı veri kaynakları oluşturulur.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Edilmelidir?

Bina turu planlaması ve sıklığı

- Bina turları, başhekim başkanlığında, belirlenen birim sorumlularının katılımıyla iki ayda bir düzenli olarak yapılmalı; ihtiyaç hâlinde bu sıklık artırılmalıdır.
- Tur takvimi önceden planlanmalı ve ilgili birimlerle paylaşılmalıdır.

Kapsamlı ve sistematik gözlem

Turlar, sadece fiziki yapıların değil; temizlik, hijyen, malzeme ve cihaz kullanımı, hasta ve çalışan güvenliği, yönlendirme sistemleri ve çevresel düzenlemeler gibi hizmet süreçlerinin de bütüncül bir biçimde değerlendirilmesini kapsamalıdır.

Görsel ve yazılı gözlemler eş zamanlı yapılmalı, saha notları anında kayıt altına alınmalıdır.

Kayıt ve raporlama

Tespit edilen uygunsuzluklar, eksiklikler ve potansiyel riskler hem görsellerle belgelenmeli hem de standart formlar aracılığıyla yazılı olarak raporlanmalıdır.

Her tur sonrası, gözlem bulguları ilgili birimlerle paylaşılmalı, yönetime sunulmalıdır.

Düzeltilici ve iyileştirici faaliyetler (DİF)

Tur sırasında tespit edilen her eksiklik için sorumlu kişi, çözüm süresi ve faaliyet planı açıkça belirlenmelidir.

DİF süreçleri kalite yönetim birimiyle koordineli yürütülmeli; tekrar eden uygunsuzluklar için kök neden analizi yapılmalıdır.

Katılımcı ve öğrenen yaklaşım

Bina turları sadece denetim aracı olarak değil; eğitim, farkındalık ve kurumsal öğrenme aracı olarak görülmelidir.

Katılımcı bir yaklaşımla, çalışan görüşlerine de yer verilerek sürece dahil edilmelidir.

STANDART 9 : Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

9.1. Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmeli ve bu birimde görev alacak personel hasta memnuniyeti, hasta hak ve sorumlulukları ile iletişim becerileri konularında eğitim almalıdır.

9.2. Kişisel temizlik alanlarının düzenli temizliği sağlanmalı; bu alanlarda sıvı veya köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.

9.3. Sağlık tesisindeki tüm temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri düzenli olarak kontrol edilmeli; sorumlular, sorumlulukları ile kontrol yöntem ve aralıkları net şekilde belirlenmelidir.

9.4. Sağlık tesisinde haşere, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.

9.5. Mutfak kokularının sağlık tesisi hizmet alanlarına karışmasını önleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.

9.6. Sağlık tesisinde her alanda mahremiyet olanakları sağlanmalıdır.

9.7. Bekleme alanlarında hasta potansiyeline göre uygun nitelik ve sayıda oturma alanları bulunmalıdır.

9.8. Web sitesi güncel olmalıdır.

9.9. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait otelcilik hizmet verileri analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği

Karşılama ve danışma hizmetleri etkin şekilde sunulur; personel hasta memnuniyeti, iletişim ve hizmet kalitesi konularında düzenli eğitimler alır. Temizlik, hijyen ve risk yönetimi önlemleri eksiksiz uygulanır. Hasta mahremiyeti, güvenliği ve konforu sağlanır.

Standardın Amacı

- Sağlık tesisinde sunulan otelcilik hizmetlerinin hijyenik, güvenli, konforlu ve hasta memnuniyetini artırıcı şekilde yürütülmesini sağlamak.
- Hizmet kalitesini sürdürülebilir biçimde yükseltmek.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin artması, bağlılıklarının güçlenmesi.
- Güvenli, hijyenik ve konforlu ortam ile hasta haklarının korunması.
- Hizmet kalitesinin sistematik ve sürekli iyileştirilmesi.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Edilmelidir?

Karşılama ve yönlendirme hizmetleri

- Giriş ve danışma noktalarında görev alan personelin iletişim becerileri, hasta hakları ve memnuniyeti konularında hizmet içi eğitimleri düzenli olarak yapılmalıdır.
- Yönlendirme tabelaları görünür ve anlaşılır olmalı, fiziki yönlendirme ihtiyacı olan bireyler için destek personeli görevlendirilmelidir.

Temizlik, hijyen ve mahremiyet

- Kişisel temizlik alanlarının hijyenik olması için sıvı sabun, kâğıt havlu, pedallı çöp kutusu gibi malzemeler eksiksiz bulundurulmalıdır.

- Tüm temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri belirli bir plan dâhilinde yürütülmeli, kontrol sıklığı ve sorumlular açıkça tanımlanmalıdır.
- Her poliklinik ve hizmet alanında hasta mahremiyeti güvence altına alınmalıdır.
- Personel dinlenme ve giyinme alanlarının temiz ve hijyenik olmalı, personel mahremiyeti göz önünde bulundurulmalıdır.

Fiziksel konfor ve güvenlik

- Hasta odaları yeterli havalandırma ve aydınlatmaya sahip olmalı; yataklar hasta güvenliğini sağlayacak özellikte olmalıdır (ADSH'ler için).
- Tekerekli sandalyelerde hasta güvenliği için sabitleyici sistemler kontrol edilmelidir.
- Personel giyinme ve dinlenme alanları ihtiyaçlar doğrultusunda ve personel sayısı ile orantılı, yeterli havalandırma ve aydınlatmaya sahip olmalıdır.
- Bekleme alanları hasta yoğunluğuna göre uygun nitelik ve kapasitede düzenlenmelidir.

Destek hizmetleri ve risk yönetimi

- Mutfaktan çıkan yemek kokularının hasta alanlarına yayılması önlenmeli; servis ısısı ve hijyen standartlarına dikkat edilmelidir.
- Yangın, haşere, su baskını, hırsızlık gibi durumlara karşı gerekli önlemler alınmalı ve periyodik denetimler yapılmalıdır (özellikle depolama alanları).

İletişim kanalları ve web sayfası

- Hasta ve yakınlarının geri bildirimlerini iletebilecekleri açık, erişilebilir ve etkili iletişim kanalları (örneğin WhatsApp hattı, “Size Nasıl Yardımcı Olabiliriz?” masası) kurulmalıdır.
- Sağlık tesisi web sitesi düzenli olarak güncellenmeli, hizmet bilgileri ve başvuru kanalları doğru şekilde sunulmalıdır.

Değerlendirme ve iyileştirme

- İki ayda bir başhekim başkanlığında toplanan komisyonla otelcilik hizmetlerine dair veriler analiz edilerek hizmet aksaklıkları tespit edilmeli ve gerekli iyileştirme faaliyetleri başlatılmalıdır.

STANDART 10: Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

10.1. Sağlık tesisi girişlerine yakın konumda yerleşim planı bulunmalı; bina ve kat girişlerinde ana birimleri, acil çıkışları ve güvenlik ekipmanlarını gösteren okunabilir kroki ve yönlendirme işaretleri yer almalıdır.

10.2. Acil çıkışlar etkin, ulaşılabilir ve işlevsel olmalıdır.

10.3. Yangın önlemleri düzenli (yangın algılama ve söndürme sistemleri, yangın dolapları ve tüpleri) aralıklarla gözden geçirilmelidir.

10.4. Jeneratör, havalandırma sistemleri, asansör ve kesintisiz güç kaynaklarının güvenli kullanımı sağlanmalıdır. Bu sistemler için kullanım kılavuzu bulundurulmalıdır.

10.5. Su, elektrik enerjisi, medikal gaz hizmetleri kesintisiz sağlanmalı; olası kesintilerde kullanılacak alternatif kaynaklar, kapasiteleri ve kullanım koşulları önceden belirlenmelidir.

10.6. Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.

10.7. Vezneler dışında kayıt, halkla ilişkiler vb. hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, yükseklik gibi) bulunmamalıdır.

10.8. Sağlık tesisindeki tüm malzeme ve cihazların periyodik bakım ve kontrolleri düzenli ve planlı şekilde yürütülmelidir.

10.9. Sağlık tesisi geneli ve kritik birimlerin kamera sistemi ile takibi sağlanmalıdır.

10.10. Çatılar yangın ve acil durumlara karşı ve belirli periyotlarda kontrol edilmelidir.

10.11. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait tesis güvenliği verileri analiz edilerek sonuçlar ilgili sağlık tesisi çalışanları ile değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği

Sağlık tesisi girişlerinde okunabilir yönlendirme levhaları ve güncel yerleşim planları bulunur. Acil çıkışlar her zaman erişilebilir ve işlevsel tutulur. Yangın önlemleri, jeneratör, asansör ve kesintisiz güç kaynakları düzenli olarak kontrol edilir. Su, elektrik ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz sağlanması sağlanır. Düşme ve diğer kazalara karşı önlemler eksiksiz alınır. Hasta-halkla ilişkiler hizmet noktalarında fiziksel bariyerler uygun şekilde düzenlenir. Malzeme ve cihaz bakımları planlı ve düzenli yapılır. Güvenlik kameraları ile kritik alanların izlenebilirliği sağlanır. Çatılar yangın ve acil durum risklerine karşı periyodik olarak denetlenir. İki ayda bir düzenli analizler yapılarak sonuçlar ilgili çalışanlarla paylaşılır ve gerekli iyileştirmeler zamanında uygulanır.

Standardın Amacı

Sağlık tesisinde fiziksel güvenliği en üst seviyede sağlamak; acil durumlara hazırlıklı olmak ve riskleri minimize etmek.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Hasta, personel ve ziyaretçiler için güvenli bir ortam oluşturulması.
- Olası acil durumlarda hızlı ve etkili müdahale imkanı.
- Kaynakların kesintisiz ve güvenli şekilde işletilmesi.

- Tesis ve ekipmanların uzun ömürlü ve sorunsuz kullanımı.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Edilmelidir?

Yönlendirme ve alan tanımlamaları

- Sağlık tesisi girişine yakın noktalarda yerleşim planları ve katlarda okunabilir yönlendirme krokileri yer almalıdır.
- Bu planlar; ana birimleri, acil çıkışları, yangın söndürme ekipmanlarını ve güvenlik noktalarını açıkça göstermeli ve güncel olmalıdır.

Acil durumlara hazırlık

- Acil çıkış kapıları her an çıkışa hazır, ulaşılabilir ve açık tutulmalıdır.
- Yangın algılama ve söndürme sistemleri, yangın tüpleri ve dolapları düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.

Kritik altyapının işleyişi

- Jeneratörler, asansörler ve kesintisiz güç kaynakları güvenli şekilde çalışmalı ve bakım periyotlarına uygun şekilde izlenmelidir.
- Su, elektrik ve medikal gaz sistemlerinde kesintisizlik sağlanmalı, alternatif senaryolar için planlama yapılmalıdır.

Hasta ve çalışan güvenliği

- Tesis kaynaklı düşme risklerini önlemek amacıyla zemin yapıları, geçiş alanları ve ıslak zeminlerin düzeni sürekli gözden geçirilmelidir.
- Kayıt, danışma gibi noktalar hasta ve çalışan arasında doğrudan iletişimi engellemeyecek şekilde planlanmalı; fiziksel bariyerler bulunmamalıdır (vezne alanları hariç).

Cihaz ve malzeme güvenliği

- Tüm tıbbi cihaz ve teknik donanımın periyodik bakım ve kalibrasyon süreçleri planlı şekilde yürütülmelidir.
- Bu bakımların kayıtları tutulmalı ve yetkili kişilerce onaylanmalıdır.

Güvenlik ve izlenebilirlik

- Sağlık tesisi genel alanları ile özellikle kritik birimlerin (nöbet alanları, ameliyathane çevresi, depolama alanları, vb.) kamera sistemleri ile izlenebilir olmalıdır.
- Kamera sistemleri çalışır durumda tutulmalı, Bakanlıkça belirlenen süreler kadar kayıt edebilecek kapasitede olmalı ve kayıtların yedeklenmesi sağlanmalıdır.

Çatı ve yapısal alanların denetimi

- Çatılar, yangın ve acil durum riskleri açısından periyodik olarak incelenmeli, tehlike arz eden durumlara hızla müdahale edilmelidir.

Periyodik izleme ve iyileştirme süreci

- Başhekim başkanlığında ilgili birimlerle iki ayda bir toplantılar yapılmalı; elde edilen bulgular analiz edilerek sonuçlar sağlık tesisi çalışanları ile paylaşılmalıdır.
- İyileştirme ihtiyacı görülen alanlarda derhal düzeltici aksiyonlar başlatılmalı, uygulama süreci izlenmelidir.

STANDART 11: Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

11.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırların HBYS üzerinden izlenebilirliği sağlanmalıdır.

Örnek Tablo:

BİYOMEDİKAL DAYANIKLI TAŞINIR TAKİP TABLOSU 1																			
YIL:										AY:									
Günler	*ÇKYS Kodu	*Kurum Adı	*Depo Adı	*Taşınır Kodu	*Sicil No	*Künye No	*Cihaz	*Marka	*Model	*Edinim Yılı	*Biyomedikal Tür	*Biyomedikal Tanım	*Branş	*Yer	*Fiyat	*Cihaz Durum	*Cihaz Durum Detayı	*Zimmet	*Değerlendirme
1																			
2																			
.....																			
31																			
Toplam																			

* Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Envanter Yönetimi Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde belirtilen alanlara ait bilgiler alınacaktır

11.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırların (hizmet alımı dahil) aktif, pasif ve arızada kalma sürelerinin takibi HBYS üzerinden yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

BİYOMEDİKAL DAYANIKLI TAŞINIR TABLOSU 2													
YIL:							AY:						
Günler	Sözleşme kapsamında olmayan		Sözleşme kapsamında olan		Sözleşme kapsamında olmayan		Sözleşme kapsamında olan		Sözleşme kapsamında olmayan		Sözleşme kapsamında olan		Toplam Biyomedikal Envanter Sayısı
	Aktif Cihaz Sayısı	Aktif Cihaz Oranı	Aktif Cihaz Sayısı	Aktif Cihaz Oranı	Pasif Cihaz Sayısı	Pasif Cihaz Oranı	Pasif Cihaz Sayısı	Pasif Cihaz Oranı	Arızalı Cihaz Sayısı	Arızalı Cihaz Oranı*	Arızalı Cihaz Sayısı*	Arızalı Cihaz Oranı	
1													
2													
.....													
31													
Toplam													

Aktif Cihaz Sayısı: Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Envanter Yönetimi Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınır a ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde cihaz Durum bilgisi aktif olan taşınırlara ait bilgiler alınacaktır.

Aktif Cihaz Oranı: Cihaz durumu aktif olan biyomedikal dayanıklı taşınırların toplamı/Sağlık tesisinde MKYS'deki biyomedikal dayanıklı taşınır depodaki toplam biyomedikal dayanıklı taşınır miktarı X100

Pasif Cihaz Sayısı: Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Envanter Yönetimi Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınır a ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde cihaz Durum bilgisi pasif olan taşınırlara ait bilgiler alınacaktır.

Pasif Cihaz Oranı: Cihaz durumu pasif olan biyomedikal dayanıklı taşınırların toplamı/Sağlık tesisinde MKYS'deki biyomedikal dayanıklı taşınır depodaki toplam biyomedikal dayanıklı taşınır miktarı X100

Arızalı Cihaz Sayısı: Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Envanter Yönetimi Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınır a ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde cihaz Durum bilgisi arızalı olan taşınırlara ait bilgiler alınacaktır.

Arızalı Cihaz Oranı: Cihaz durumu arızalı olan biyomedikal dayanıklı taşınırların toplamı/Sağlık tesisinde MKYS'deki biyomedikal dayanıklı taşınır depodaki toplam biyomedikal dayanıklı taşınır miktarı X10

Toplam Envanter Sayısı: Sağlık tesisinde MKYS'deki Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depodaki toplam envanter miktarını ifade eder.

Örnek Tablo:

SÖZLEŞME KAPSAMINDA OLAN BİYOMEDİKAL DAYANIKLI TAŞINIR TAKİP TABLOSU 1													
YIL:		AY:											
Sıra Nu	Hizmet Türü*	Başlangıç Tarihi*	Bitiş Tarihi*	Alım Yöntemi*	Firma*	Sözleşme Bedeli*	Biyomedikal Tür*	Biyomedikal Tanım*	Künye No*	Periyot (Ay)*	Yıl İçindeki Arıza Sayısı*	Son Arıza Geçiş Tarihi*	Aktif Çalışma Oranı**
1													
2													
.....													
Toplam													

*Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Teknik Hizmet Yönetim Ekranı'nda yer alan biyomedikal dayanıklı taşınır a ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde belirtilen alanlara ait bilgiler alınacaktır.

**Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Envanter Yönetimi Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınır a ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde belirtilen alanlara ait bilgiler alınacaktır.

Örnek Tablo:

BİYOMEDİKAL HİZMET ALIM TABLOSU 1							
YIL:				AY:			
Günler	Sözleşme kapsamında olan		Sözleşme kapsamında olan		Sözleşme kapsamında olan		Toplam Biyomedikal Hizmet Alım Envanter
	Aktif Cihaz Sayısı*	Aktif Cihaz Oranı**	Pasif Cihaz Sayısı***	Pasif Cihaz Oranı****	Arızalı Cihaz Sayısı***	Arızalı Cihaz Oranı***	Sözleşme kapsamında olan
1							
2							
.....							
31							
Toplam							

* Aktif Cihaz Sayısı: Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınır a ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde cihaz Durum bilgisi aktif olan taşınırlara ait bilgiler alınacaktır.

**Aktif Cihaz Oranı: Cihaz durumu aktif olan biyomedikal hizmet alım dayanıklı taşınırların toplamı/Sağlık tesisinde MKYS'deki toplam biyomedikal hizmet alım dayanıklı taşınır miktarı X100

***Pasif Cihaz Sayısı: Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınır a ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde cihaz Durum bilgisi pasif olan taşınırlara ait bilgiler alınacaktır.

**** Pasif Cihaz Oranı: Cihaz durumu pasif olan biyomedikal hizmet alım dayanıklı taşınırların toplamı/ Sağlık tesisinde MKYS'deki toplam biyomedikal hizmet alım dayanıklı taşınır miktarı X100

*****Arızalı Cihaz Sayısı: Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınır a ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde cihaz Durum bilgisi arızalı olan taşınırlara ait bilgiler alınacaktır.

***** Arızalı Cihaz Oranı: Cihaz durumu arızalı olan biyomedikal hizmet alım dayanıklı taşınırların toplamı /Sağlık tesisinde MKYS'deki toplam biyomedikal hizmet alım dayanıklı taşınır miktarı X100

*****Toplam Envanter Sayısı: Sağlık tesisinde MKYS'deki Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında toplam envanter miktarını ifade eder.

Örnek Tablo:

AKTİF, PASİF VE ARIZALI BİYOMEDİKAL DAYANIKLI TAŞINIR (HİZMET ALIM DAHİL) TAKİP TABLOSU 1															
TARİH:		GÜN/AY/YIL:													
Sıra Nu	Marka	Model	Künye No	Biyomedikal Tür	Biyomedikal Tanım	Branş	Yer	Cihaz Durumu	Cihaz Durum Detay	Yıl İçindeki Arıza Sayısı	Son Arıza Geçiş Tarihi	Aktif Gün Sayısı	Pasif Gün Sayısı	Arızalı Gün Sayısı	Aktif Çalışma (Uptime) Oranı
.....															
1															
2															
.....															
31															
Topla															

11.3. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait tıbbi cihaz verileri analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği

Cihazların, özellikle biyomedikal dayanıklı taşınırların, HBYS sistemi üzerinden aktif, pasif ve arıza süreleri ile birlikte kayıt altına alınması sağlanır. Cihazların konum ve kullanım durumları izlenebilir olmalıdır. Bu süreçler düzenli analizlerle takip edilir; başhekim başkanlığında değerlendirilir ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılır.

Standardın Amacı

Cihazların maksimum verimle, güvenli ve sürekli kullanılmasını sağlamak; hasta güvenliği, hizmet sürekliliği ve maliyet etkinliğini artırmak.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Cihaz arızalarının erken tespiti ve hızlı onarımı ile hizmet kesintilerinin önlenmesi.
- Gereksiz cihaz temini ve israfın engellenmesi.
- Hasta ve çalışan güvenliği ile hizmet kalitesinin yükseltilmesi.
- Kurumsal verimlilik ve mali yönetimin güçlendirilmesi.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Edilmelidir?

HBYS üzerinden cihazların izlenebilirliği

- Tüm biyomedikal cihazlar (hizmet alımıyla kullanılanlar dahil), HBYS sistemine eksiksiz şekilde kaydedilmeli ve envanterdeki fiili durumla düzenli olarak karşılaştırılmalıdır.
- Cihazın adı, konumu, kullanım durumu ve sorumlu personel bilgileri sistemde açıkça tanımlı olmalıdır.

Cihaz Durumlarının Etkinliği

- Cihazların aktif kullanım, pasif bekleme ve arıza süreleri HBYS üzerinden takip edilmeli; süreklilik arz eden arızalar için erken uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
- Arızalı cihazlara yönelik bildirim, onarım, test ve tekrar kullanıma alma aşamaları sistemde şeffaf şekilde izlenmelidir.

Eğitim ve Bilgilendirme Faaliyetleri

- Sağlık çalışanlarına cihaz kullanımı ve temel bakım prosedürlerine ilişkin hizmet içi eğitimler düzenli aralıklarla verilmelidir.
- Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele verilen teknik servis eğitimlerinin dokümanları bulunmalı, katılımcılara ait kayıtlar klinik mühendislik hizmet birimlerinde olmalıdır.

Demirbaş ve hizmet alımı takibi

- Hizmet alımı ile kullanılan cihazların performans ve arıza kayıtları ayrı olarak takip edilmeli, yüklenici firmaların sorumlulukları ve geri dönüş süreleri konusunda tıbbi sarf depo sorumluları tarafından süreç net olarak belirlenmelidir.
- Demirbaş cihazların bakım-onarım planları düzenli yapılmalı, üretici önerileri doğrultusunda periyodik bakımlar kayıt altına alınmalıdır.

Eksikliklerin tespiti

- Cihaz eksikliği veya işlev bozukluğu tespit edilen birimlerde, temin ve onarım süreçleri hızla başlatılmalı, gerekirse ilgili birimlerle koordinasyon sağlanarak geçici çözümler uygulanmalıdır.

Periyodik veri analizi ve iyileştirme süreçleri

- Başhekim başkanlığında ilgili yöneticilerle birlikte iki ayda bir analiz toplantısı yapılmalı; önceki iki aya ait cihaz kullanım, arıza ve envanter verileri değerlendirilmelidir.
- Bu toplantılar neticesinde tespit edilen riskler için düzeltici/önleyici faaliyetler başlatılmalı, alınan önlemlerin etkisi takip edilmelidir.

STANDART 12: Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

12.1. İhtiyaç tespit komisyonu kurulmalı (yılda bir) ve etkin çalışması sağlanmalıdır.

12.2. Kliniklerde miadı yaklaşan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin HBYS ‘ de takibi yapılmalı, fiili stok ve HBYS miktar ve miad uyumu kontrolü yapılmalıdır. Örnek olarak aşağıdaki tablolardan yararlanılabilir.

Miadı yaklaşan İlaç Takip Tablosu*				
Depo/Birim Adı	İlaç Adı**	Stok Miktarı	Stok Tutarı	Son Kullanma Tarihi
Eczane	-	(İlgili Birime Ait Toplam İlaç Miktarı)	(İlgili Birime Ait Toplam İlaç Tutarı)	-
Servis				
Poliklinik - 1				
Diğer				
Toplam	-	Toplam Miktar	Toplam Tutar	-

Takip Ekranından her bir birim ismine tıklandığında aşağıda belirtilen ekran detayına ulaşılabilir.

Miadı Yaklaşan İlaçlar İçin Takip Tablosu Detay Ekranı				
Depo/Birim Adı	İlaç Adı**	Stok Miktarı	Stok Tutarı	Son Kullanma Tarihi
Eczane	-	120	1.027,9	-
	Örnek-1 500 mg Tablet	70	802,9	04.07.2019
	Örnek-2 1000 mg Ampul	50	225	11.09.2019
	Örnek-3 ...	...	...	...
Servis	-	...	...	-
	Örnek-4 ...	...	...	...

Miadı Yaklaşan Tıbbi Sarf Malzemeler Takip Tablosu*				
Depo/Birim Adı	Malzeme Adı	Stok Miktar	Stok Tutarı	Son Kullanma Tarihi
Tıbbi Sarf Depo	-	(İlgili Birime Ait Toplam Miktarı)	(İlgili Birime Ait Toplam Tutarı)	-
Nöbet Hizmet Alanı				
Servis				
Diğer				
Toplam	-	Toplam Miktar	Toplam Tutar	-

* Bu tablolarda sadece miadı 6 aydan daha az olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler görülmelidir.

** MKYS'de tanımlı ilaç adını ifade etmektedir.

İlaç ve tıbbi sarf malzeme için farklı takip tablosu (tablo detayı dahil) olmalıdır.

12.3. Kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum ve kritik stok seviyesine düştüğünde, HBYS'de uyarı vermelidir.

12.4. Kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok miktarları 5 günlük tüketim miktarına uyumu kontrol edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablolardan yararlanılabilir.

Klinik İlaç Deposu Takip Tablosu						
Birim Adı	İlaç Jenerik Adı	İlaç Adı	İlaç Stok Miktarı	İlaç Stok Tutarı	5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı Ortalaması*	5 Günlük İlaç Tüketim Tutar Ortalaması*
Nöbet Hizmet Alanı	(Jenerik Kalem Sayısı)	-	(İlgili Birimin Toplam İlaç Miktarı)	(İlgili Birimin Toplam İlaç Tutarı)	(5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı)	(5 Günlük İlaç Tüketim Tutarı)
Servis						
Poliklinik						
Diğer						
TOPLAM	-	-	Toplam İlaç Miktarı	Toplam İlaç Tutarı	-	-

Takip Ekranından her bir birim ismine tıklandığında aşağıda belirtilen ekran detayına ulaşılabilir.

Klinik İlaç Deposu Takip Tablosu Detay Ekranı						
Birim Adı	İlaç Jenerik Adı	İlaç Adı	Mevcut İlaç Stok Miktarı	Mevcut İlaç Stok Tutarı	5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı Ortalaması*	5 Günlük İlaç Tüketim Tutar Ortalaması*
Nöbet Hizmet Alanı	2	-	652	347,58	740	391,67
	Örnek-1 40 mg Ampul	-	525	210	600	240
		Örnek-2 40 mg Ampul	300	120	-	-
		Örnek-3 40 mg Ampul	100	38,75	-	-
		Örnek-4 40 mg Ampul	125	51,25	-	-
	Örnek-5	-	127	137,58	140	151,67
		Örnek-6	127	137,58	-	-

Klinik Tıbbi Sarf Malzeme Deposu Takip Tablosu						
Birim Adı	Tıbbi Sarf Malzeme Tanımı**	Tıbbi Sarf Malzeme Adı	Stok Miktarı	Stok Tutarı	5 Günlük Tüketim Miktarı Ortalaması*	5 Günlük Tüketim Tutar Ortalaması*
Nöbet Hizmet Alanı	-	-	(İlgili Birim Toplam Miktarı)	(İlgili Birim Toplam Tutarı)	(Toplam 5 Günlük Tüketim Miktarı)	(Toplam 5 Günlük Tüketim Tutarı)
Servis						
Poliklinik						
Diğer ...						
TOPLAM	-	-	Tüm Birimler İçin Toplam Miktar	Tüm Birimler İçin Toplam Tutar	-	-

Takip Ekranından her bir birim ismine tıklandığında aşağıda belirtilen ekran detayına ulaşılabilir.

Klinik Tıbbi Sarf Malzeme Deposu Takip Tablosu Detay Ekranı						
Birim Adı	Tıbbi Sarf Malzeme Tanımı**	Tıbbi Sarf Malzeme Adı***	Stok Miktarı	Stok Tutarı	5 Günlük Tüketim Miktarı Ortalaması*	5 Günlük Tüketim Tutar Ortalaması*
Poliklinik	-	-	1.180	6.140,62	1380	7.351,3
	Örnek-1	-	500	5.810	600	6.972
		Örnek-2	300	3.486		
		Örnek-3	200	2.324		
		...				
	Örnek-4	-	200	116	230	133,4
		Örnek-5	150	87	-	-
		Örnek-6	50	29	-	-
		...				

DHBS 'de özellikli birimler için geçmiş tüketim verileri göz önüne alınarak 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzemesi tüketim miktarları belirlenmelidir. Sistem özellikli birimlerin medikal depo/eczaneden yaptığı toplu istemlerde ilgili birimlerin mevcut stokları göz önünde bulundurularak belirlenen 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzeme miktarının aşılması durumunda istem karşılama ekranında onaylama yapan personele uyarı vermelidir.

Stok kontrolünün etkin yapılabilmesi için eczane, servis ve özellikli birimlerde (nöbet hizmet alanı, servis, ameliyathane vs.);

- İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları,
- İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok tutarları
- Ürün bazında 5 günlük miktar tüketim ortalaması
- Ürün bazında 5 günlük tutar tüketim ortalaması

- Bu ürünlerin erken kullanımı veya başka birime yönlendirilmesi ile kayıplar önlenmelidir.

Ürün bazında 5 günlük tutar tüketim ortalaması eczacı ve yönetici tarafından ile takip edilebilmelidir. Birimlerde ilk defa kullanılacak ilaçlar için 5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı/Tutarı dikkate alınmayacaktır.

- İlgili birimlerde zorunlu olarak belirli adetlerde bulundurulması gereken ilaçlar için 5 günlük tüketimi miktar/tutar ortalaması baz alınmayacaktır. Bu ilaçlar için belirlenen maksimum stok adetleri belirtilecektir.

- 5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı ve Tutarı hesaplaması sadece jenerik bazında yapılacaktır.

12.5. Kliniklerde faturalandırılabilir ürünlerin uygun zamanda hasta üzerine düşümünün kontrolü yapılmalıdır. Kullanıma istinaden faturalandırma yapılması konusu kontrol edilmelidir.

12.6. Sağlık tesisinde belirlenen birim ve kliniklerde kısmi doz bildiriminin uygunluğu kontrol edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablolardan yararlanılabilir.

Kısmi Doz İmha Takip Tablosu						
Birim Adı	Gün/Ay/Yıl/Tarih Aralığı					
	İlaç Jenerik Adı*	İlaç Adı*	İlaç Formu (Ampul, Flakon)	İmha Edilen Doz Miktarı	Doz Birimi (mg, IU)	İmha Edilen Doz Tutarı**
Nöbet Hizmet Alanı	(Jenerik Kalem Sayısı)	-	-	-	-	(İlgili Birimin Toplam İmha Edilen Tutarı)
Poliklinik -1						
Poliklinik -2						
Servis						
Diğer						
Toplam						Toplam Tutar

Kısmi Doz İmha Takip Tablosu Detay Ekranı						
Birim Adı	Gün/Ay/Yıl/Tarih Aralığı					
	İlaç Jenerik Adı*	İlaç Adı*	İlaç Formu (Ampul, Flakon)	İmha Edilen Doz Miktarı	Doz Birimi (mg, IU)	İmha Edilen Doz Tutarı**
Poliklinik - 1	2	-	-	-	-	1.101,7
	Lidokain HCl 20 mg/ml 2 ml Ampul	-	-	3500	mg	685,00
		Örnek-1 40 mg/2 ml	Ampul	1000	mg	196,00
		Örnek-2 40 mg/2 ml	Ampul	2500	mg	489,00
	Örnek - 3					
		Örnek - 4	Ampul	1750	mg	416,70

* MKYS'de tanımlı ilaç jenerik adını ve ilaç adını ifade etmektedir

** İmha edilen doz tutarı ilaç birim fiyatı üzerinden hesaplanmalıdır.

12.7. Tüm kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin iade oranları kontrol edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablolardan yararlanılabilir.

İADE ORANI								
Hekim Adı Soyadı	AY/YIL							
	Talep Sayısı	Talepte Yer Alan Toplam İlaç Sayısı	TalepteYer Alan Ortalama İlaç Sayısı	İlaç İade Edilen Talep Sayısı	İade Edilen İlaç Sayısı	Talep İade Oranı %	Talep Edilen İlaç Oranı %	İade İlaç
X Hekim	100	1200	12	20	180	20	15	
Y Hekim								
.... Hekim								
Toplam/Ortalama								

HBYS eczane modülünde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin her servis/özellikli birim için hekim bazında iade sayısı, iade edilen ilaç sayısı, iade sayısının istem sayısına oranı, bu verilerin ortalaması vb. bilgiler görülebilmeli ve servisler/özellikli birimler arasında karşılaştırma yapılabilmelidir.

12.8. Sağlık tesisinde faturalandırılabilir ürünlerin uygun zamanda hasta üzerine düşümünün kontrolü yapılmalıdır. Kullanıma istinaden faturalandırma yapılması konusu kontrol edilmelidir.

12.9. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerinin ihtiyaca uygun tespiti yapılır; HBYS sistemi ile stok ve miat takipleri gerçekleştirilir. Kritik stok uyarıları, faturalandırma ve kısmi doz bildirimleri düzenli olarak kontrol edilir. Tüm süreçler başhekim başkanlığında veri analizleri ile takip edilip iyileştirme çalışmaları yürütülür.

Standardın Amacı

Kritik ilaç ve malzeme temininde aksama yaşanmadan sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak; miadı yaklaşan ürünlerin etkin kullanımı ve maliyet etkinliğini artırmak.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Miadı dolan ürünlerin kullanım dışı kalmasını önler, maliyet kayıplarını azaltır.
- Kritik ürünlerin zamanında temini ile hizmet aksaklıklarının önüne geçilir.
- HBYS ile entegre takip sistemleri stok yönetimini şeffaflaştırır.
- İsrafin önlenmesi ve faturalandırmanın zamanında yapılmasıyla mali yönetim güçlenir.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Edilmelidir?

İhtiyaç tespit komisyonunun etkinliği

- İhtiyaç tespit komisyonu kurulmalı, toplantı çıktıları kayıt altına alınmalı ve kararların uygulamaya yansımaları, komisyonun etkinliği izlenmelidir.
- Komisyonun üyeleri; klinik ihtiyaçları bilen, depo yönetimi ve mali işlerden sorumlu kişilerden seçilmelidir.

HBYS ile fiili stok uyumu

- Depo ve kliniklerde bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miktar ve miat bilgileri, HBYS kayıtları ile düzenli karşılaştırılmalı ve uyumsuzluklar zamanında düzeltilmelidir.
- Bu kontrol süreci periyodik olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Özellikli birimlerde 5 günlük tüketim esasına göre stok takibi

- Medikal depodan birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.
- Özellikle birimlerdeki (polikliniklerde, ameliyathane vb.) stok miktarlarının günlük ortalama tüketime uygunluğu değerlendirilmelidir.
- Beş günlük tüketim seviyesini aşan stoklar tespit edilerek stok devir hızını artıracak önlemler alınmalıdır.

Miadı yaklaşan ürünlerin takibi

- Miadı yaklaşan (6 ay veya daha az kalan) ilaç ve malzemeler için HBYS üzerinde uyarı sistemi aktif hale getirilmelidir.
- Bu ürünlerin miat değişimi,erken kullanımı veya başka birime yönlendirilmesi ile kayıplar önlenmelidir.

Kısmi doz ve iade süreçleri

- Kısmi doz bildirimlerinin HBYS ve klinik kayıtlarla uyumlu olmalıdır.
- Birim ve servislerde kullanılmayan ilaç dozunun israfının, dozlama hatasının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla hazırlanan ilaçlar aseptik ortamda Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimatına" uygun olarak hazırlanmalıdır.
- Kliniklerden iade edilen ürünlerin nedenleri analiz edilmeli, iade oranları minimum düzeye çekilmelidir.

Faturalandırma ve düşüm uygulamaları

- Tüm polikliniklerde kullanılan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin hasta üzerine düşümü zamanında ve doğru şekilde yapılmalı, fatura edilemeyen kullanımlar için denetim başlatılmalıdır.
- HBYS üzerinde kullanıma bağlı otomatik düşüm ve faturalandırma sistemleri etkinleştirilmelidir.

Düzenli veri analizi ve iyileştirme süreçleri

- Başhekim başkanlığında, ilgili yöneticilerin katılımıyla iki ayda bir analiz toplantıları yapılmalı, son iki aya ait veriler değerlendirilmelidir.
- Belirlenen sorun alanlarında iyileştirme eylem planı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır

STANDART 13: Sağlık tesisinde medikal depoların yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

13.1. Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum ve kritik stok seviyesine düştüğünde, HBYS’de uyarı vermelidir.

Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum ve kritik stok seviyesine düştüğünde, HBYS’de uyarı verip vermediği (renkli, görsel, SMS) kontrol edilmelidir.

Kritik öneme sahip ilaç, tıbbi sarf malzeme ve laboratuvar malzemesi takip tablosu ile takip edilmelidir. HBYS’de sağlık tesisi ihtiyaçları doğrultusunda belirlemiş olduğu kritik öneme sahip ilaç, tıbbi sarf malzeme ve laboratuvar malzemelerinin tüketim verileri ile stok verileri doğrultusunda stok gün düzeyleri jenerik/branş veya malzeme grup kodu bazında hesaplanmalı ve kritik stok seviyesinin altına stok seviyesi düşen ilaç, tıbbi sarf malzeme ve laboratuvar malzemeler bu tablolar aracılığıyla takip edilmelidir.

Kritik Öneme Sahip İlaç Takip Tablosu					
Birim Adı	İlaç Jenerik Tanımı	İlaç Adı	Mevcut İlaç Stok Miktarı	Kritik Stok Miktarı	60 Günlük Tüketim Miktarı
İlaç Deposu	Adrenalin 1 mg ampul	-	5000	4000	7000
		Örnek-1 1 mg Ampul	3000	-	-
		Örnek-2 1 mg Ampul	1000	-	-
		Örnek-3 1 mg Ampul	1000	-	-
	Alteplaz (plazminojen aktivatörü) 50 mg IV Flakon	-	20	10	25
		Örnek-4 50 mg Flakon	20	-	-

Kritik Öneme Sahip Tıbbi Sarf Malzeme Takip Tablosu					
Birim Adı	Malzeme Tanımı	Malzeme Adı	Mevcut Tıbbi Sarf Stok Miktarı	Kritik Stok Miktarı	60 Günlük Tüketim Miktarı
Tıbbi Sarf Malzeme Deposu		-			
		Örnek-1		-	-
		Örnek-2		-	-
		Örnek-3		-	-
		-			
		Örnek-4		-	-

13.2. Medikal sarf malzemeleri (dolgu materyalleri, anestezi solüsyonları, eldiven vb.), protez/ortodonti laboratuvar malzemeleri ve diğer ayniyat malzemelerinin stok takibi yapılmalıdır. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

İşlem Türüne Göre Sarf Tüketim Takip Tablosu					
YIL:.....			İLGİLİ DÖNEM:.....		
İşlem Türü	Tüketilen Malzeme	Malzeme Tüketim Miktarı (gr/ml/adet)	Yapılan İşlem Sayısı	Bir İşlem Başına Ortalama Tüketim	Toplam
Amalgam Dolgu	Amalgam	120	40	3	
Kompozit Dolgu	Kompozit	50	25	2	
Kanal Tedavisi	Kanal Patı	30	10	3	
Kanal Tedavisi	Kanal Eğesi	40	20	2	
Detartraj	Ultrasonik Başlık	10	200		
Amalgam dolgu	Siman				
Geçici dolgu, vb	Siman				
...					

13.3. Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili stok miktarı ve miadı HBYS üzerinde görülen miat ve miktarla uyumlu olmalıdır.

13.4. Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin MKYS tüketim bildirimlerinin uygunluğu kontrol edilmelidir.

13.5. Medikal depoda bulunan tekil takibi yapılan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin İTS/ ÜTS verisi ile fiili miktar uyumu kontrol edilmelidir. İTS/MKYS alma/verme bildirimi kontrol edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablolardan yararlanabilirsiniz.

İlaç Takip Tablosu						
İlaç Barkodu*	İlaç Stok Miktarı	İTS'de Yer Alan Tekil Kod Miktarı	Giriş Yapılan İlaç Miktarı	İTS Alma Bildirimi Yapılan İlaç Miktarı	Tüketim Yapılan İlaç Miktarı	İTS Verme Bildirimi Yapılan İlaç Miktarı
8699.....						
8681.....						
86.....						

*Tekil takip kapsamında yer alan ilaçlar listelenecektir. Tekil takip kapsamında yer almayan ilaçlar bu tabloda yer almayacaktır.

Tıbbi Sarf Takip Tablosu						
Ürün Barkodu*	Ürün Stok Miktarı	ÜTS'de Yer Alan Tekil Kod Miktarı	Giriş Yapılan Ürün Miktarı	ÜTS Alma Bildirimi Yapılan Ürün Miktarı	Tüketim Yapılan Ürün Miktarı	ÜTS Verme Bildirimi Yapılan Ürün Miktarı
8699.....						
8681.....						
86.....						

*Tekil takip kapsamında yer alan ürünler listelenecektir. Tekil takip kapsamında yer almayan ürünler bu tabloda yer almayacaktır.

13.6. Medikal depo kapsamında yer alan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin tüketim doğrultusunda faturalandırılma uygunluğu kontrol edilmelidir.

13.7. Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin hareket görmeyen miktarları HBYS'de uyarı vermeli ve uyarı verilen ürünler için yapılan işlem kontrol edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

Hareket Görmeyen İlaç Yönetici Takip Tablosu			
Depo/Birim Adı	İlaç Adı	Stok Miktarı	Stok Tutarı
Eczane	-	(İlgili Birime Ait Toplam Miktarı)	(İlgili Birime Ait Toplam Tutar)
Nöbet Hizmet Alanı			
Servis			
Poliklinik			
Diğer			
Toplam	-	Toplam Miktar	Toplam Tutar

Takip Tablosundan her bir birim ismine tıklandığında aşağıda belirtilen ekran detayına ulaşılabilir.

Hareket Görmeyen İlaç Takip Tablosu Detay Ekranı			
Depo/Birim Adı	İlaç Adı	Stok Miktarı	Stok Tutarı
Eczane	-	888	27.426,6
	Örnek-1 250 mg Tablet	500	21.335
	Örnek-2 750 mg Flakon	388	6.091,6
Poliklinik	-		

Hareket Görmeyen Tıbbi Sarf Malzeme Takip Ekranı			
Depo/Birim Adı	Malzeme Adı	Stok Adedi	Stok Tutarı
Tıbbi Sarf Depo	-	(İlgili Birime Ait Toplam Adet)	(İlgili Birime Ait Toplam Tutar)
Nöbet Hizmet Alanı			
Servis			
Poliklinik			
Diğer			
Toplam	-	Toplam Adet	Toplam Tutar

İlaç ve tıbbi sarf malzeme için farklı Yönetici Takip Tablosu olmalıdır.

13.8. İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok gün süresi takip edilmelidir.

13.9. Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin hareket görmeyen miktarları HBYS’de uyarı vermeli ve stok tutarı takip edilmelidir.

13.10. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği

Medikal depoda tutulan tüm ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin stok miktarı ve miat bilgilerinin HBYS ile uyumlu olmasını; hareketsiz stoklar ve kritik stok seviyelerinin izlenmesini; İTS/ÜTS verileriyle tekil izleme sağlanmasını ve tüm bu süreçler başhekim başkanlığında düzenli olarak analiz edilmesini kapsamaktadır.

Standartın Amacı

Stok yönetimi süreçlerinde şeffaflık ve izlenebilirlik sağlayarak etkin kaynak kullanımının sağlanmasıdır.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Kritik stok seviyelerinde erken uyarı ile hizmet kesintilerinin önlenmesi.
- Hareketsiz ürünlerin tespitiyle stok optimizasyonu sağlanması.
- İTS/ÜTS ile ilaç güvenliğinin artırılması.
- MKYS bildirim hatalarının azaltılması.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Edilmelidir?

Stok takibi HBYS ile uyumu

- Medikal depodaki fiili stok miktarları ve miat bilgileri ile HBYS üzerindeki kayıtlar düzenli olarak karşılaştırılmalı, fark varsa nedeni araştırılarak düzeltilmelidir.
- Özellikle kritik ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin güncel ve doğru stok verisine ulaşılabilir olması sağlanmalıdır.

Minimum ve kritik seviye uyarı sistemleri

- Depolarda minimum ve kritik stok seviyeleri belirlenmeli, HBYS’de bu seviyelere ulaşıldığında otomatik uyarı sistemleri devreye alınmalıdır.
- Bu uyarılar doğrultusunda erken sipariş ve temin süreçleri planlanmalıdır.

MKYS ve faturalandırma uygunluğu

- MKYS üzerinden yapılan tüketim bildirimleri ile fiili tüketim arasında uyum kontrol edilmeli; uygunsuzluk durumlarında gerekli düzeltmeler yapılmalıdır.
- Kullanılan malzeme ile faturalandırılan malzeme arasında tutarlılık sağlanmalı, geriye dönük denetimler gerçekleştirilmelidir.

Hareketsiz ve fazla stoklar

- Medikal depoda 2 ay, diğer birimlerde 15 gün hareket görmeyen ilaç ve tıbbi sarf malzemeler HBYS üzerinden uyarı verecek şekilde tanımlanmalı ve bu stokların finansal yük oluşturmalarına karşı önlem alınmalıdır.
- Hareketsiz ürünlerin nedenleri analiz edilmeli ve kullanılabilir ürünler başka birimlerde değerlendirilmeye çalışılmalıdır.

Stok gün süresi ve takibi

- İlaç ve Tıbbi sarf stok gün süresi MKYS verilerine bakılarak düzenli olarak takip edilmeli ve tüketim hızına göre tedarik planlaması yapılmalıdır.
- Aşırı stoklu veya sık tükenen ürünler belirlenerek tedarik stratejisi gözden geçirilmelidir.

İTS/ÜTS uyum ve takibi

- Tekil takibe tabi ilaç ve tıbbi malzemelerde İTS/ÜTS ile fiili depo miktarlarının uyumu kontrol edilmeli, MKYS alma/verme bildirimleri düzenli şekilde yapılmalıdır.
- Uyuşmazlık tespitinde ilgili birimlerle koordinasyon sağlanarak düzeltme işlemleri yapılmalıdır.

Düzenli veri analizi ve iyileştirme çalışmaları

- Başhekim başkanlığında, depo sorumluları ve ilgili yöneticilerin katılımı ile iki ayda bir gerçekleştirilen veri analiz toplantılarında stok yönetim süreçleri değerlendirilmeli ve aksayan alanlara yönelik iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

STANDART 14 : Sağlık tesisi gelirlerinin analizi yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

14.1. Hasta başvurularında; Kayıt işlem hatalarının ve eksikliğinin tespiti, düzeltilmesi, yeni hataların engellenmesi sağlanmalı ve takipleri yapılmalıdır.

14.2. Hizmetlerin eksiksiz ve zamanında girilmesi sağlanmalı ve takipleri yapılmalıdır. Fatura kaçaklarının önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

14.3. Poliklinik ve yatan hasta/günübirlik gelirleri analiz edilmelidir.

Gelir Takip Tablosu												
	Ocak			Şubat						Yıl Toplamı		
	Ayakt	Yatan	Toplam	Ayakt	Yatan	Toplam	Ayakt	Yatan	Toplam	Ayakt	Yatan	Toplam
Entegre												
Servisler(adsh)												
Endodonti												
Ortodonti												
Pedodonti												
.....												
TOPLAM												

14.4. Hekim ve branş bazlı gelirler analiz edilmelidir.

14.5. Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının takibi yapılmalıdır.

Tahsil Edilemeyen Fatura Tutarlarının Aylara Göre Dağılımı					
	Ocak	Şubat	art		Yıl Toplamı
SGK (Emekli Sandığı, BAĞ-KUR, 60/G İsteğe Tabi Sigortası Olanlar, 18 Yaş Altı Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Hastalar vb.)					
Banka Sandıkları					
Ücretli Hasta					
Sağlık Turizmi					
Irak Uyraklı Hastalar					
Suriye Uyraklı Hastalar (Geçici Koruma)					
.....					
TOPLAM					

Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde; merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri gibi yerleşim mekanına göre kesilen faturalarının aylık takibi yapılmalıdır.

Yerleşim Mekanları Fatura Takip Tablosu Detay Ekranı						
	Ocak	Şubat	Mart			Yıl Toplamı
Merkez Bina						
..... Ek Bina						
.... Semt Polikliniği						
.....						
.....						
TOPLAM						

14.6. Alacak analizleri düzenli yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

ALACAK TAKİBİ				
	ÖNCEKİ YILDAN DEVİR	OCAK	ŞUBAT	TOPLAM
Alacak Tutarı				

14.7. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standart İçeriği:

Hasta kayıt hataları, hizmet girişleri, fatura kaçakları, branş-hekim bazlı gelir dağılımı, tahsil edilemeyen faturalar gibi başlıklar izlenmeli ve iki aylık periyotlarla analiz edilerek gerekli hallerde iyileştirme yapılmalıdır.

Standart Amacı:

Sağlık tesisinin gelir kaynaklarını güvenli ve düzenli hale getirerek finansal sürdürülebilirliği sağlamaktır.

Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Faturalandırılmayan hizmetlerin tespitiyle gelir kaybı önlenir,
- Kayıt doğruluğuyla hizmetin belgelenmesi sağlanır,
- Branş bazlı performans izlenir ve verimlilik artırılır,
- Mali kaynakların daha planlı ve etkili kullanımı sağlanır.

Standartı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Kayıt doğruluğu süreçlerinin güvence altına alınması

- Hasta başvurularında yapılan kayıt hataları düzenli olarak analiz edilmeli, tekrar eden hataların kaynağı tespit edilerek gerekli eğitim ve düzeltici faaliyetler uygulanmalıdır.

- Kayıt personelinin provizyon süreçleri, eksik bilgi girişi, kimlik doğrulama gibi konularda yetkinliğinin artırılması hedeflenmelidir.

Hizmet girişlerinin tam ve zamanında yapılması

- Tüm poliklinik, gününbirlik hasta hizmetlerinin zamanında ve eksiksiz şekilde HBYS'ye girilmesi sağlanmalı; girişlerin takibi sistematik olarak yapılmalıdır.
- Fatura kaçaklarını önlemek adına hizmet girişleriyle fatura karşılaştırmaları yapılmalı ve farklar hızla raporlanmalıdır.

Gelir kalemlerinin brans, hekim ve hizmet türüne göre analiz edilmesi

- Poliklinik ve gününbirlik hasta gelirleri düzenli olarak hizmet birimi bazında değerlendirilmelidir.
- Hekim bazlı ve brans bazlı gelir performansı analiz edilerek düşük performans gösteren alanlara yönelik hedef odaklı stratejiler belirlenmelidir.

Fatura ve tahsilat süreçleri

- Tahsil edilemeyen faturaların takibi sıklaştırılmalı, nedenleri analiz edilmeli ve gecikmelerin azaltılması amacıyla süreçte yer alan tüm birimler bilgilendirilmelidir.
- Alacak takibiyle ilgili birimler arası koordinasyon sağlanarak takip sistemi güçlendirilmelidir.

Veri analizi ve iyileştirme süreçleri

- Başhekim başkanlığında her iki ayda bir yapılan veri analizleri neticesinde mali süreçlerde aksayan yönler belirlenmeli ve gerekli durumlarda iyileştirme çalışmaları hızla başlatılmalıdır.
- Gelir analiz sonuçları, ilgili yöneticilerle düzenli olarak paylaşılmalı ve ortak eylem planları oluşturulmalıdır.

Personel eğitimi ve sürekli gelişim

- Hasta kayıt, provizyon ve faturalama süreçlerinde görevli personelin bilgi düzeyini artırmaya yönelik belirli aralıklarla eğitim programları düzenlenmelidir.
- Eğitimlerde özellikle SGK, özel sigorta ve diğer ödeme kurumu prosedürlerine uyum, geri ödeme kapsamı ve kodlama konularına ağırlık verilmelidir.

STANDART 15 : Sağlık tesisi giderlerinin analizi yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

15.1. Sağlık tesisinin medikal gaz, elektrik, su, yakıt, tehlikeli ve tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderlerinin analizi yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

Gider Takip	
Gider Türü	Ay
Medikal Gaz	
Elektrik	
Su	
Yakıt	
Tıbbi Ve Tehlikeli Atık	
Haberleşme (Telefon, İnternet Vb.)	
Kira	
.....	
Toplam	

Haberleşme Giderleri; 740.03.05.02.01/Posta ve Telgraf Giderleri, 740.03.05.02.02/Telefon Abonelik ve Kullanım Ücretleri,740.03.05.02.03/Bilgiye Abonelik ve İnternet Erişimi Giderleri, 740.03.05.02.04/Haberleşme Cihazları Ruhsat ve Kullanım Giderleri, 740.03.05.02.05/Uydu Haberleşme Giderleri, 740.03.05.02.06/Hat Kira Giderleri,740.03.05.02.90/Diğer Haberleşme Giderleri

15.2. Hasta başına düşen ilaç ve tıbbi sarf malzeme maliyetleri brans ve işlem bazlı analiz edilmelidir.

15.3. Laboratuvar (protez, ortodonti vb.) maliyetleri analiz edilmelidir.

15.4. Mal ve Hizmet alım giderleri analiz edilmelidir.

15.5. Tıbbi atık miktarı ve gideri analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

ATIK MALİYETİ (TL)	
ATIKLAR	AY:
TIBBİ ATIK	

Atık miktarı (kg) maliyeti analiz edilmelidir.

Toplam Tıbbi Atık Miktarı (kg): İlgili dönemde (örneğin bir ayda) hastane genelinde oluşan tıbbi atık miktarı (kg cinsinden).

15.6. Onarım giderleri analiz edilmelidir.

15.7. Borçlanma gün süresi analiz edilmelidir.

15.8. Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri analiz edilmelidir.

Başhekime Bağlı Personel Fazla Mesai, Nöbet Ücreti vb. İşlemlere Esas Takip Tablosu				
Uzmanlık Alanı/Unvan	Adı Soyadı	OCAK		
		Fazla Ücreti	Mesai	Nöbet Ücreti
Diş Hekimi	X Diş Hekimi			
	Y Diş Hekimi			
Diş Hekimi Ortalama				
.....				
Genel Ortalama (Diş Hekim + ... Ortalaması)				

İdari Mali İşler Müdürüne Bağlı Personel Fazla Mesai, Nöbet Ücreti Vb. İşlemlere Esas Takip Tablosu				
Uzmanlık Alanı / Unvan	Adı Soyadı	OCAK		
		Fazla Mesai Ücreti	Nöbet Ücreti	Toplam Maliyet
Memur	X Memuru			
	Y Memuru			
Memur Ortalama				
Sürekli İşçi	T Sürekli İşçi			
	Z Sürekli İşçi			
Sürekli İşçi Ortalama				
.....				
Genel Ortalama (Memur + Sürekli İşçi +.. Ortalaması)				

Personel çalışma listelerinin hazırlanması, nöbet, fazla mesai, icap nöbet takip sistemi HBYS üzerinden oluşturulmalı, personel çalışma listeleri (nöbet, fazla mesai gibi işlemler dahil) bu ekrandan takip edilmelidir. Her üst yönetici (başhekim, idari ve mali hizmetler müdürü, sağlık bakım hizmetleri müdürü vb.) ‘‘Fazla Mesai, Nöbet Ücreti vb. İşlemleri takibini ayrı ayrı yapmalıdır.

Sistem dinamik yapıda olmalıdır. Sistem üzerinden mesai ve nöbet sayıları kontrol edilebilmelidir. İzin, rapor, nöbet ve fazla mesai dökümünün maaş tahakkuk dosyası için imzaya sunulan kısmı bu ekrandan çekilebilmelidir. Aynı zamanda HBYS’nin döner sermaye işlemleri modülünden personel hareketlerine ulaşılabilirdir. Personel çalışma listeleri, adaletli ve verimli olması yönünden yönetim tarafından raporlanmalıdır. Haftalık zorunlu çalışma sürelerinin tamamlanması sağlanmalı, bu süreyi aşan durumlar fazla mesai olarak raporlanmalıdır.

15.9. Başhekim başkanlığında giderlerin iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analizi yapılarak tasarruf alanları belirlenerek gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standart İçeriği:

Tüm gider kalemlerinin (medikal gaz, enerji, personel, tıbbi atık vb.) branş, işlem, kişi bazında analiz edilmesini; iki aylık dönemlerde veriler değerlendirilerek tasarruf olanakları belirlenmesini kapsamaktadır.

Standart Amacı:

Kaynakların etkili kullanımıyla giderleri azaltmak ve mali sürdürülebilirliği sağlamaktır.

Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Enerji ve malzeme israfı önlenir
- Branş bazlı maliyet analiziyle planlama yapılabilir
- Fazla mesai ve personel giderleri optimize edilebilir
- Giderlerin performansa etkisi görülerek önceliklendirme yapılır.

- Değişken giderler kontrol altında tutularak maliyet etkinliği sağlanır.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Giderlerin performans ilişkisi

- Medikal gaz, elektrik, su, yakıt, haberleşme, kira, tıbbi atık gibi temel gider kalemleri düzenli olarak analiz edilmeli, olası maliyet artışları erken fark edilmelidir.
- Hasta başına ilaç ve sarf giderleri ile personel nöbet ücretleri gibi değişken harcamalar brans ve işlem bazında detaylandırılmalıdır.
- Protez laboratuvar giderleri takip edilmelidir.
- Gereksiz harcamaların önüne geçmek için erken uyarı sistemleri geliştirilmelidir.

Kurum hedef göstergelerinin gider bazında takip edilmesi

- Personel ve metrekare başına düşen giderler sağlık tesisinin genel verimliliğini gösterecek biçimde periyodik olarak hesaplanmalıdır.
- Tıbbi atık miktarı ve bununla ilgili maliyetler, çevresel sürdürülebilirlik açısından ayrıca izlenmelidir.

Borçlanma gün süresi ve onarım giderlerinin izlenmesi

- Kurumun mali yükünü yansıtan borçlanma süresi düzenli şekilde değerlendirilerek finansal yönetim politikaları belirlenmelidir.
- Bina ve ekipman onarım giderleri periyodik olarak analiz edilmeli ve gerekirse önleyici bakım planları devreye alınmalıdır.

Tasarruf alanlarının belirlenmesi ve iyileştirme

- Başhekim başkanlığında, her iki ayda bir yapılan veri analizleri sonucunda tasarruf alanları net olarak tespit edilmeli; bu alanlarda hızlı ve etkili aksiyon planları hazırlanmalıdır.

Bilgi paylaşımı ve iş birliği

- Gider analizleri ve sonuçları, ilgili tüm birimlerle düzenli olarak paylaşılmalı, maliyetleri düşürmeye yönelik öneriler alınmalı ve çok disiplinli bir iyileştirme süreci yürütülmelidir.

STANDART 16 : Hasta memnuniyeti ve güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

16.1. Hasta ve hasta yakınlarına bilgilendirme yapılmalı, hasta rızası alınmalıdır.

16.2. Sağlık tesisinde yapılan randevulu işlemler için hastalara varsa yapmaları gereken ön hazırlıklar ile ilgili ön bilgilendirme yapılmalıdır.

16.3. Kimlik doğrulama her aşamada yapılmalıdır.

16.4. El hijyeni sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

16.5. CİMER'e yapılan başvuruların analizi yapılmalıdır.

16.6. Poliklinik hastalarının sağlık tesisi süreci tamamlandıktan 48 saat sonra başhekimlikçe belirlenen sayıda hasta ve soru (rehberlikte belirtilen veya başkaca sorular) esas alınarak eğitimli personel tarafından telefonla aranarak görüşmeler yapılmalıdır.

16.7. Görüşmelerden elde edilen bilgiler doğrultusunda hasta ve hasta yakınlarının geri bildirimlerindeki uygulanabilir öneriler dikkate alınmalı ve buna dair kanıtlar bulunmalıdır. Kanıtlar geri bildirimlerin değerlendirildiğini ve buna dair standart/kalıp önermeler oluşturulduğunu göstermelidir.

16.8. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği:

Hasta ve hasta yakınlarına bilgilendirmesini, hasta rızasının alınmasını, kimlik doğrulama her aşamada yapılmasını, el hijyeni sağlamaya yönelik tedbirler alınmasını, CİMER'e yapılan başvuruların analizi yapılmasını, poliklinik hastalarının sağlık tesisi süreci tamamlandıktan 48 saat sonra başhekimlikçe belirlenen sayıda hasta ve soru (rehberlikte belirtilen veya başkaca sorular) esas alınarak eğitimli personel tarafından telefonla aranarak görüşmeler yapılmasını ve bu görüşmelerin analizinin yapılmasını kapsamaktadır.

Standardın Amacı:

Hasta ve hasta yakınlarının sağlık tesisi hizmetlerine ilişkin deneyim ve görüşlerini sistematik olarak değerlendirmek, sağlık hizmetlerinin kalitesini hasta odaklı bir yaklaşımla geliştirmek ve geri bildirimlere dayalı iyileştirme çalışmalarını hayata geçirerek hasta memnuniyetini ve güvenliğini artırmaktır.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Sağlık tesisi hizmet süreçlerinin hasta bakış açısıyla değerlendirilmesini sağlar.
- Hasta ve hasta yakınlarının önerileri ile süreçlerde iyileşme sağlanır.
- Kurumsal güven artar, hasta memnuniyet puanları iyileşir ve hasta güvenliği sağlanır.
- Veriye dayalı iyileştirme kültürü gelişir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

- Sağlık tesisinin hasta ile temas halinde olan tüm alanlarında hasta ve hasta yakınlarına bilgilendirme yapılmalı, hasta rızası alınmalıdır.
- Sağlık tesisinde yapılan randevulu işlemler için hastalara varsa yapmaları gereken ön hazırlıklar ile ilgili ön bilgilendirme yapılmalıdır.
- Kimlik doğrulama her aşamada yapılmalıdır.
- El hijyeni sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- CİMER'e yapılan başvuruların analizi yapılmalıdır.
- Hasta ve yakınlarının memnuniyetine yönelik çalışmalar yapılırken örnek olarak aşağıdaki tablolardan yararlanılabilir.

Bildirim Kaynağı	Bildirim Sayısı	% Oranı *	Olumsuz Bildirim Sayısı	Olumsuz Bildirim Oranı**
Dilek ve öneri kutuları				
Hasta hakları birimi (yerinde çözülen+sisteme girilen)				
Web sayfasına gelen				
Kurumsal mail adresine gelen				
SABİM				
CİMER				
İç yazışma ile gelen				
Hasta anket önerileri				
.....				
Toplam Sayı				

* Bildirim Kaynağına gelen bildirim sayısının toplam bildirim sayısına oranını ifade eder.

** Bildirim Kaynağına gelen olumsuz bildirim sayısının toplam bildirim sayısına oranını ifade eder.

OLUSMUZ BİLDİRİM YAPILAN BÖLÜM	Bildirim Sayısı	% Oranı
1 Nolu Poliklinik		
Ortodonti		
Pedodonti		
Görüntüleme		
Protez Laboratuvarı		
.....		
Toplam Sayı		

Hasta ve yakınlarının yaptıkları olumsuz dilek ve önerilerin içeriklerine yönelik örnek analiz yapılmalıdır.

OLUSMUZ BİLDİRİMLERİN İÇERİK ANALİZİ		
Bildirim içerikleri	Bildirim sayısı	% Oranı
Yemek		
Temizlik		
Güvenlik		
Fiziksel, çevresel yapı, malzeme, cihaz ve onarım ile ilgili sorunlar		
İlgisizlik, bilgilendirme ve yönlendirme eksikliği		
Randevu alma		
.....		
TOPLAM		

- Poliklinik hastalarının sağlık tesisi süreci tamamlandıktan 48 saat sonra başhekimlikçe belirlenen sayıda hasta ve soru (rehberlikte belirtilen veya başkaca sorular) esas alınarak eğitimli personel tarafından telefonla aranarak görüşmeler yapılmalıdır.
- Görüşmeleri yapacak personel, iletişim becerileri güçlü ve tercihen halkla ilişkiler veya benzeri alanlarda hizmet içi eğitim almış kişiler arasından seçilmelidir.

Kapsamlı ve sistematik veri toplama

- Görüşülen hastaların ve hasta yakınlarının yaşı, cinsiyeti ve eğitim durumu gibi demografik bilgiler kayıt altına alınmalıdır.
- Standart sorular çerçevesinde hasta ve yakınlarının yaşadıkları zorluklar, beklentiler ve öneriler sistematik şekilde toplanmalıdır.
- Görüşme soruları açık uçlu ve yönlendirici olmayan nitelikte olmalıdır (örnek: “Sağlık tesisimizden hizmet alırken ne tür zorluklar yaşadınız?”).

Örneklem seçilirken;

Poliklinik Hastaları İçin Örneklem Belirleme Önerisi

Kapsam: sağlık tesisinde işlemleri tamamlandıktan sonraki 48 saat içinde görüşme yapılmalıdır.

Örneklem Sayısı: Aylık toplam poliklinik hasta sayısının %1-2’si önerilir (sağlık tesisi büyüklüğüne göre).

Seçim Yöntemi: Basit rastgele örnekleme veya sistematik örnekleme. (Örneğin her 50. hasta).

Dikkat Edilecek Nokta: Farklı polikliniklerden dengeli dağılım sağlanmalı.

Servis Hastaları İçin Örneklem Belirleme Önerisi (ADSH’ler için)

Kapsam: Taburculuktan 48 saat sonra görüşme yapılmalıdır.

Örneklem Sayısı

Aylık toplam servis taburculuklarının %5-10’u görüşme için yeterli ve sürdürülebilir.

- Büyük sağlık tesislerinde bu oran %5’e yakın tutulmalı (örnek: 1000 taburculukta 50 hasta)
- Küçük/orta ölçekli sağlık tesislerinde %10’a kadar çıkarılabilir.

Seçim Yöntemi: Katmanlı Rastgele Örnekleme (en etkili yöntem)

- Cerrahi işlem alanlar, pedodonti ve engelli hastalara göre hasta dağılımı dengelenir.
- Örn: Cerrahi müdahale yapılan hasta 20, pedodonti hastası 15, engelli hasta 10 vs.

Görüşme Planlaması

- Görüşmeler, eğitimli sağlık personeli (tercihen hasta hakları birimi veya tıbbi sekreter) tarafından yapılmalı.
- Standart görüşme formu kullanılmalı (memnuniyet, bilgilendirme, taburculuk sonrası bakım, ilaç kullanımı gibi sorular içermeli)

Düzenli izleme ve raporlama

- Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir toplanarak önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir.

- Değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici faaliyetler planlanmalı ve hızla uygulamaya alınmalıdır.

STANDART 17 : Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir
DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

17.1. Hasta taleplerinin hızlı ve doğru şekilde alınması için 7/24 hizmet veren çağrı merkezleri ve online başvuru sistemleri kurulmalıdır.

17.2. Aciliyet durumuna göre talepler sınıflandırılarak önceliklendirilmelidir.

17.3. Taleplerin karşılanma süreci izlenmeli, hastalardan alınan geri bildirimlerle süreçler geliştirilmelidir.

17.4. Hastaların tedavi planları takip edilmeli, düzenli kontrol ve değerlendirmeler yapılmalıdır.

17.5. Evde sağlık hizmetleri kapsamında yapılan hasta ziyaretleri ve bu ziyaretlerde yapılan girişimsel işlemler (muayene, protez uyum kontrolü, küçük cerrahi müdahaleler vb.) analiz edilmelidir.

Evde Sağlık Hizmetleri Girişimsel İşlem Takip Tablosu				
	Ocak	Şubat		TOPLAM
Dolgu işlem sayısı				
Kanal tedavisi işlem sayısı				
Sabit protez sayısı				
Hareketli protez sayısı				
Çekim işlem sayısı				
Detartraj işlem sayısı				
Diğer yapılan işlemler				

Sağlık tesisinin web sitesinden evde sağlık hizmeti konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. İlgili ayda yapılan dolgu, kanal tedavisi, sabit protez vb. tüm girişimsel işlemler aylık olarak takip edilecektir

17.6. Evde sağlık hizmeti verilen hasta sayısı analiz edilmelidir.

Evde Sağlık Hizmetleri Takip Tablosu				
	Ocak	Şubat		TOPLAM
Evde Sağlık Biriminde Çalışan Toplam Hekim Sayısı				
Toplam Hekim Dışı Sağlık Personeli Sayısı				
Hekim Başına Düşen Hasta Sayısı				
Hekim Dışı Sağlık Personeli Başına Düşen Hasta Sayısı				
İlgili Ayda Yeni Hasta Sayısı				
İlgili Ayda Takip Edilen Hasta Sayısı				
İlgili Ayda Toplam Ziyaret Sayısı				
*İlgili Ayda Ziyaret Sıklığı Değeri				

**İlgili ayda gerçekleşen toplam ziyaret sayısı / ilgili ayda takip edilen hasta sayısı şeklinde hesaplanmalıdır.*

17.7. Evde sağlık ekibinin (hekim, yardımcı sağlık personeli) başvurudan sonra ziyarete kadar geçen sürenin takibi yapılmalıdır.

17.8. Kullanılan tıbbi ekipman ve malzemeler güncel, steril ve ihtiyaçlara uygun olmalıdır.

17.9. Evde sağlık hastasına uzaktan hasta değerlendirme sistemi vasıtasıyla görüntülü görüşme ile ihtiyaç halinde uzaktan hasta değerlendirmesi yapılmalıdır.

17.10. Hizmet süreci ve sonuçları HBYS üzerinden izlenebilmelidir.

17.11. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği:

Evde sağlık hizmetlerine başvuru, taleplerin karşılanması, hizmetin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik tüm süreçleri ile multidisipliner iş birliği, uzaktan değerlendirme entegrasyonu ve HBYS üzerinden izlenebilirliği kapsamaktadır.

Standardın Amacı:

Evde sağlık hizmetlerinin hasta odaklı, hızlı, güvenilir ve sürekli sunulmasını sağlamak, taleplerin etkin şekilde almak, önceliklendirerek ve yöneterek hasta güvenliğini ve hizmet verimliliğini artırmaktır.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Taleplerin hızlı ve organize şekilde karşılanması sayesinde hasta memnuniyeti artar.
- Disiplinler arası koordinasyon güçlenir.
- Dijital izlenebilirlik ve kalite takibi sağlanır.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

ağrı Merkezi Ve Başvuru Süreci

- Evde Sağlık Hizmetlerine yönelik olarak; Bakanlığın 7/24 hizmet veren ağrı merkezi (ALO 444 38 33) ve çevrim içi başvuru sistemleri üzerinden yapılan hasta başvuruları sonrasında, ilgili sağlık tesisinin evde sağlık birimi tarafından, yönlendirilen hastaların ilk değerlendirme ziyaretleri en geç 72 saat içinde gerçekleştirilmelidir. Bu uygulama, Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Sunumuna Dair Yönerge ve ilgili mevzuat hükümleri doğrultusunda yürütülmelidir.
- Talepler, aciliyet ve tıbbi öncelik durumuna göre sistematik şekilde sınıflandırılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Hizmet planlama ve süreç izleme

- Talep ve başvurular sonrası hastaların hizmet süreci, ilk değerlendirmeden tedavi takibine kadar düzenli olarak izlenmeli ve HBYS üzerinden belgelenmelidir. Taleplerin karşılanma süreci analiz edilmelidir.

- Hastaların tedavi planları takip edilmeli, düzenli kontrol ve değerlendirmeler yapılmalıdır. Evde sağlık hizmetleri kapsamında yapılan hasta ziyaretleri ve bu ziyaretlerde yapılan girişimsel işlemler (muayene, protez uyum kontrolü, küçük cerrahi müdahaleler vb.) takip edilmelidir.
- Evde sağlık ekibinin (hekim, yardımcı sağlık personeli) başvurdan sonra ziyarete kadar geçen sürenin takibi yapılmalıdır.
- Kullanılan tıbbi ekipman ve malzemeler güncel, steril ve ihtiyaçlara uygun olmalıdır.
- İlgili ayda yapılan dolgu, kanal tedavisi, sabit protez vb. tüm girişimsel işlemler takip edilecektir Başvuru ile ilk ziyaret arasındaki süre ölçülmeli, gecikme yaşanan durumların nedenleri (personel eksikliği, ulaşım sorunları vb.) analiz edilmelidir. Mesai saatleri içerisinde randevu taleplerinin karşılanamaması durumunda mesai dışında ve hafta sonunda taleplerin karşılanmasına yönelik planlamalar yapılmalıdır.

Multidisipliner yaklaşım ve uzaktan hizmet

- Evde sağlık hizmetlerinde görevli ekipler arası iletişim ve iş birliği güçlendirilmelidir.
- Gerekli durumlarda Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi kullanılarak görüntülü görüşmelerle hasta değerlendirmesi yapılmalıdır.

Birimler arası entegrasyon

- Sağlık tesisinin bulunduğu bölgedeki sağlık tesisi, aile hekimlikleri, il/ilçe müdürlükleri, engelli/yaşlı bakım merkezleri, belediyeler, vb. ile koordinasyon içinde çalışan sağlık tesisleri, birlikte çalışma protokolleri olan yerlerle bilgi güvenliği kapsamında entegrasyon sağlanabilir.

Düzenli analiz ve sürekli iyileştirme

- Her iki ayda bir, önceki iki aya ait veriler analiz edilerek hizmetin performansı değerlendirilmelidir.
- Başhekim başkanlığında yapılan bu toplantılarda aksayan alanlar tespit edilmeli, gerekli düzeltici faaliyetler planlanmalı ve uygulamaya alınmalıdır.
- Süreç boyunca hasta ve hasta yakını geri bildirimleri toplanmalı, bu geri bildirimler hizmet kalitesini artırmaya yönelik analizlerde kullanılmalıdır.
- Mesai saatleri dışında ve hafta sonlarında hizmet verebilme kapasitesi gözden geçirilmeli ve ihtiyaç durumuna göre düzenlemeler yapılmalıdır.

STANDART 18: Kurum hedef göstergeleri analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

18.1. Kurum hedef göstergeleri ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki aya ait veriler baz alınarak analiz edilmelidir.

18.2. Kurum hedef göstergelerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

18.3. Kurum hedef göstergelerine ilişkin analizler sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği:

Kurum hedef göstergelerin aylık olarak analiz edilmesi, değerlendirilmesi, raporlanması ve bu analizlere göre iyileştirme süreçlerinin yürütülmesini içerir.

Standardın Amacı:

Kurum hedef göstergelerinin düzenli olarak değerlendirilmesiyle stratejik yönetim kararlarının veriye dayalı alınması, kaynakların daha etkin kullanılması ve kalite göstergelerinin iyileştirilmesidir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Hedeflenen kaliteye ulaşma düzeyi görülür.
- Göstergeler yoluyla hizmetlerin güçlü ve zayıf yönleri ortaya konur.
- Kaynaklar daha doğru yönlendirilir.
- Gelişim ve kalite artışı sürekli hale gelir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Veriye dayalı analiz süreci

- Kurum hedef göstergeleri her ay düzenli olarak analiz edilmeli ve analizde bir önceki aya ait veriler esas alınmalıdır.
- Bu analizler sonraki ayın ilk 7 günü içinde tamamlanmalı ve belge ile kayıt altına alınmalıdır.

Sisteme entegrasyon ve erişim

- Göstergelere ilişkin veriler, tercihen HBYS aracılığıyla toplanmalı ve analiz edilmelidir.
- Kullanılan sistemlerde veri doğruluğu, güncellik ve bütünlük düzenli olarak kontrol edilmelidir.

Sorumlulukların belirlenmesi

- Her hedef gösterge için ilgili sorumlu birimler ve personeller net şekilde tanımlanmalı ve bilgilendirilmelidir.
- Göstergelerin izlenmesi ve raporlanmasına yönelik görev dağılımları yazılı hale getirilmelidir.

Raporlama ve paylaşım

- Göstergelere ilişkin analiz ıktıları, başhekimlik ve st yönetim ile düzenli biçimde paylaşılmalı; bu süreç, yönetsel kararların şekillenmesine katkı sunmalıdır.
- Paylaşımlar, sadece rakamsal değil, aynı zamanda yorumlanmış ve hedefle karşılaştırılmış biçimde olmalıdır.

İyileştirme odaklı yaklaşım

- Hedef göstergelerde sapma tespit edildiğinde, buna yönelik düzeltici ve önleyici faaliyetler hızlıca planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Bu faaliyetlerin takibi yapılmalı, çıktılarına dair kanıt dosyaları oluşturulmalı ve izlenebilir hale getirilmelidir.

STANDART 19: Klinik rehber ve protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir (o).

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

19.1. Klinik rehber ve protokollere erişim (eğitim, materyal, dijital erişim vb.) sağlanabilmelidir.

19.2. Hekimlere/sağlık çalışanlarına klinik rehber ve protokollerin kullanım amacı ve içeriği hakkında eğitimler verilmelidir.

19.3. Bakanlıkça veya sağlık tesisi /ilgili branş tarafından belirlenen branş/hastalık bazlı klinik rehber ve protokollere uyum iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler esas alınarak değerlendirilmelidir.

Standardın İçeriği:

Sağlık tesislerinde klinik rehber ve protokollerin sağlık çalışanları tarafından erişilebilir olması, bu konuda eğitimlerin verilmesi ve belirli aralıklarla rehberlere uyum düzeyinin değerlendirilmesini kapsar.

Standardın Amacı:

Klinik kararların bilimsel temellere dayanmasını sağlamak, hasta güvenliğini ve tedavi kalitesini artırmak için rehberlere uyum düzeyini izlemek ve geliştirmektir.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Klinik uygulamalar standardize edilir.
- Hasta güvenliği artar.
- Tedavi hataları ve uygulama farklılıkları azalır.
- Klinik kararlar ulusal/uluslararası kılavuzlara dayanır.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Erişim kolaylığı

- Klinik rehber ve protokollerin tüm sağlık çalışanları tarafından dijital (HBYS, intranet, mobil uygulama) veya basılı materyal aracılığıyla erişilebilir olması sağlanmalıdır.
- Erişim sistemleri güncel tutulmalı, yeni başlayan personele rehberlere ulaşım konusunda yönlendirme yapılmalıdır.

Eğitim ve farkındalık

- Klinik rehberlerin kapsamı, kullanım amacı ve uygulama yolları konusunda hekim ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik düzenli eğitimler planlanmalıdır.
- Eğitimlerin içeriği güncel gelişmelerle uyumlu olmalı ve katılım kayıtları tutulmalıdır.

Uyumun izlenmesi ve analizi

- Klinik rehber ve protokollere uyum oranı, branş/hastalık bazlı olacak şekilde iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde analiz edilmelidir.
- Analizler şeffaf biçimde paylaşılmalı, düşük uyum gösteren birimlere yönelik geri bildirim sağlanmalıdır.

İyileştirme ve geri bildirim

- Uyum düzeyi düşük çıkan birimler/birim grupları için hedefli tekrar eğitimleri ve rehber içerik hatırlatmaları yapılmalıdır.
- Klinik rehberlerin uygulanabilirliği konusunda sahadan gelen geri bildirimler dikkate alınmalı, gerekli revizyon önerileri üst yönetimle paylaşılmalıdır.

Mevzuata uyum

- Sağlık tesisi tarafından kullanılan tüm klinik rehber ve protokoller, Bakanlıkça yayımlanan güncel rehberlerle tutarlı olmalı, çelişkili durumlar tespit edildiğinde gerekli güncellemeler zamanında yapılmalıdır.

STANDART 20: Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır (o).

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

20.1. Uzaktan sağlık hizmetleri verilmesine yönelik çalışmalar başlatılmalıdır. Bu kapsamda il sağlık müdürlükleri/ başhekimlikler sağlık bilişim alt yapısını kurarak sağlık tesisi ve klinik bazlı tescillerini yaparak kliniklerde uzaktan hasta değerlendirme sistemi (UHDS) vasıtasıyla hizmet sunumuna başlamalıdır.

20.2. Tüm görüşmeler, öneriler, tanı ve tedavi süreçleri HBYS üzerinde kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.

20.3. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile uzaktan sağlık hizmetlerinin etkin sunumu değerlendirilmeli, iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği

Bu standart, Sağlık Bakanlığı mevzuatına uygun şekilde yetkilendirilmiş sağlık profesyonelleri tarafından uzaktan sağlık hizmetlerinin (tele-tıp, online konsültasyon vb.) güvenli, etkin, kesintisiz ve izlenebilir biçimde sunulmasını kapsar. Uzaktan hasta değerlendirme sistemi (UHDS) kullanımı, HBYS kayıtları, veri güvenliği ve izlenebilirliğe yönelik teknik altyapı ile yönetsel planlamaların oluşturulması ve bu hizmetlerin düzenli olarak analiz edilmesi gerekir.

Standardın Amacı

- Dijitalleşen sağlık hizmetlerine entegre olarak hasta erişimini kolaylaştırmak.
- Uzaktan sağlık uygulamalarında hizmet kalitesi ve hasta güvenliğini temin etmek.
- Uzaktan sağlık hizmetlerinin kayıt altına alınarak izlenebilir ve değerlendirilebilir olmasını sağlamak.

- Mevcut klinik branşlarda hekimlerin uzaktan konsültasyonlarını sistemli hale getirmek.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Coğrafi engeller ortadan kalkar, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan hastalara erişim sağlanır.
- Gereksiz fiziksel randevular azalır , zaman ve kaynak verimliliği sağlanır.
- Hasta, bulunduğu yerden sağlık hizmetine ulaşabilir, hasta memnuniyeti artar.
- HBYS altyapısı, veri güvenliği ve tele-sağlık entegrasyonu güçlenir.
- Yönetimsel kararlar için veriye dayalı analiz ortamı oluşur.

Bu Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Altyapı ve tescil süreci

- Uzaktan sağlık hizmeti sunumuna başlamadan önce sağlık tesisi ve klinik branş bazında Sağlık Bakanlığı mevzuatına uygun tescil işlemleri tamamlanmalıdır.
- Uzaktan hasta değerlendirme sistemi (UHDS) için gerekli bilişim altyapısı (güvenli bağlantılar, ses ve görüntü sistemleri) eksiksiz kurulmalıdır.

Kayıt ve izlenebilirlik

- Tüm uzaktan sağlık görüşmeleri, tanı ve tedavi süreci ayrıntılarıyla birlikte Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden eksiksiz kaydedilmelidir.
- Görüşmelere dair verilerin mahremiyet ve kişisel veri güvenliği ilkelerine uygun biçimde korunması sağlanmalıdır.

Yönetişim ve izleme

- Başhekim başkanlığında, ilgili yöneticilerin katılımıyla düzenli olarak analiz toplantıları yapılmalı; her iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içinde önceki iki aya ait veriler değerlendirilmelidir.
- Analiz sonuçları doğrultusunda eksiklikler için zamanında düzeltici faaliyetler başlatılmalı ve raporlanmalıdır.

Süreklilik ve kalite

- Hizmet sunumunda süreklilik esastır; sistem arızaları, bağlantı sorunları gibi teknik aksaklıklar için yedek çözümler planlanmalıdır.
- Uzaktan sağlık hizmeti veren personelin ilgili mevzuat ve sistem kullanımı konusunda düzenli eğitimi sağlanmalıdır.

Etik ve hasta odaklılık

- Uzaktan hizmetlerde, hastanın rızası mutlaka alınmalı ve işlemler etik kurallara uygun şekilde yürütülmelidir.

Uzaktan değerlendirmeyeyle çözülemeyecek durumlar tespit edilerek hastanın yüz yüze hizmete yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

STANDART 21 : Bakanlık merkez ekibi tarafından sağlık tesisinde yerinde gözlem yapılır (p).

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

21.1. Bakanlık merkez ekibi tarafından sağlık tesisinin, poliklinik ve ortak alanlarında gözle m yapılır.

21.2. Belirlenen alanlarda temizlik, hijyen, havalandırma, fiziki mekanların düzeni ve yeterliliği, çalışanların hasta ve hasta yakınları ile iletişimi konularında gözlem yapılır.

21.3. Belirlenen alanlardaki gözlem raporu SDS üzerinden Başhekimliğe iletilir.

Standardın İçeriği

Bu standart, Sağlık Bakanlığı merkez ekibi tarafından sağlık tesisinin nöbet hizmet alanları, poliklinik ve ortak alanlarda yerinde gözlem yapılmasını kapsamaktadır. Gözlemlerin odak noktaları arasında temizlik, hijyen, havalandırma, fiziki düzen ve hasta iletişimi bulunmaktadır. Gözlem bulguları SDS sistemi üzerinden raporlanmalı ve başhekimliğe sunulmalıdır.

Standardın Amacı

- Sağlık tesislerinin hasta ve çalışan güvenliğini etkileyen fiziksel ve hizmet koşullarının sahada değerlendirilmesi.
- Temizlik, düzen, iletişim gibi hizmet kalitesine doğrudan yansıyan alanlarda iyileştirme alanlarını belirlemek.
- Yerinde gözlem ile objektif ve somut değerlendirme verileri elde etmek.
- Değerlendirme süreçlerini şeffaf ve izlenebilir hale getirmek.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Temizlik, iletişim, hijyen gibi alanlarda hizmet kalitesi artar.
- Doğrudan hastayla temas edilen alanlarda gözlemlenen eksikliklerin giderilmesi hasta memnuniyetini artırır.
- SDS üzerinden yapılan kayıt ve raporlamaların izlenebilir olması, kurumun kurumsal hafızasının oluşmasına katkı sağlar.
- Gözlem kriterlerine dayalı alan yönetimi, süreçlerin standardize edilmesini ve sürdürülebilir hizmet kalitesinin sağlanmasını mümkün kılar.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Fiziksel ortam ve temizlik

- Nöbet hizmet alanları, poliklinik, danışma ve bekleme alanları gibi hasta yoğunluğu yüksek hizmet alanlarında temizlik sürekliliği sağlanmalıdır.
- Yerler, yüzeyler, lavabolar, bekleme koltukları, asansör butonları ve hasta yönlendirme panoları görsel ve fonksiyonel olarak temiz olmalıdır.
- Temizlik personelinin görünür ve ulaşılabilir alanlarda planlı çalıştığına dair izlenim verilmelidir (örneğin görev çizelgeleri, temizlik logları vb.).

Hijyen ve havalandırma

- El antiseptiği istasyonları erişilebilir, dolu ve işlevsel olmalıdır.
- Tuvaletler, lavabolar ve musluklar düzenli kontrol edilerek koku, kir ve arıza gibi sorunlardan arındırılmış olmalıdır.
- Havalandırma sistemleri aktif ve sessiz çalışır durumda olmalı; pencere ve menfezler tozdan arındırılmış olmalıdır.

Fiziki mekânların düzeni ve erişilebilirlik

- Hasta yönlendirme panoları, yön tabelaları, branş listeleri güncel, okunaklı ve doğru yerleştirilmiş olmalıdır.
- Ortak alanlardaki aydınlatma, bekleme koltuklarının temizliği ve sağlamlığı, duvarlarda yer alan bilgilendirme afişleri kontrol edilmelidir.

Çalışan tutum ve iletişimi

- Hasta ve hasta yakınlarıyla doğrudan iletişim kuran personel (danışma, güvenlik, hemşire vb.) nezaket, açıklık ve rehberlik yaklaşımı içinde olmalıdır.

Kurumsal hazırlık ve izleme

- Gözlem bulgularına yönelik geçmiş analizlerin, başhekimlik düzeyinde ele alınıp raporlandığına dair belgeler hazır bulundurulmalıdır.
- Daha önceki gözlemlerde tespit edilen eksikliklere yönelik düzeltici faaliyet planları somut adımlarla hazırlanmış ve izleniyor olmalıdır.

SDS gözlem raporlamasına yönelik hazırlık

- Bakanlık ekibi tarafından SDS'ye girilen raporlar, sağlık tesisi içi kalite ekiplerince hızla değerlendirilerek düzeltici/önleyici faaliyet sürecine aktarılmalıdır.
- SDS raporlarına dayalı olarak kurum hafızasında iz bırakacak biçimde iyileştirme çalışmaları belgelenmelidir.