TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlık Tesisi **Değerlendirme Standartları** Uygulama Rehberi

Hastane

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

2025

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları Uygulama Rehberi

HASTANE - Sürüm 1

2025

İletişim
T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü,
Sağlık Tesisi Değerlendirme ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı
E-posta: khgm.degerlendirme @saglik.gov.tr
Web: **https://khgmdegerlendirmegelistirmedb.saglik.gov.tr/**

İçindekiler

1. SAĞLIK TESİSİ DEĞERLENDİRME STANDARTLARI.....8

1.1. Temel Dayanak ve Kapsam.....8
1.2. Standart Rehberinin Hazırlanma Gerekçesi.....8

2. STANDARTLAR.....8

2.1.Standartların Önemi.....8
2.2.Standartların Genel Amacı.....8
2.3.Standartların Hedefi.....9
2.4.Standartların Kapsamı.....9
2.5.Standartların Mevzuatla İlişkisi.....9
2.6.Standartların Birbiriyle İlişkisi.....9
2.7.Standartların Kategorizasyonu.....10
2.8. Standartların Puanlandırılması.....11
2.8.1.Standart Karşılanma Düzeyi Kararı.....11
2.8.2.Karşılanma Düzeyine Göre Standartlardan Alınan Puan.....11
2.8.3.Değerlendirme Dışı.....11
2.8.4.Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanının Belirlenmesi.....12
2.8.5.Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanını Etkileyen Unsurlar.....12

3. DEĞERLENDİRME SÜRECİNDE GÖREVLİ YAPILAR VE ROLLER.....12

3.1. Merkez Teşkilatı (Sağlık Bakanlığı/Genel Müdürlük).....12
3.2. İl Değerlendirme Komisyonu.....13
3.3. Sağlık Tesisi Değerlendirme Komitesi.....13

4. DEĞERLENDİRME SÜRECİ VE SIKLIĞI.....13

4.1. Sağlık Tesisi Değerlendirme Komitesi (Öz Değerlendirme).....13
4.2. İl Değerlendirme Komisyonu.....13
4.3.Bakanlık Değerlendirme Ekipleri (Merkezi Değerlendirme).....14

5. STANDARTLARIN YAPISI.....14

5.1.Standartların Kullanımı.....14
5.2.Standartların Uygulanmasına Yönelik Yol Haritası.....14
5.3.Mevcut Durum Analizinin Gerçekleştirilmesi.....15
5.4. Kaynak İhtiyacının Belirlenmesi.....19
5.5.Uygulama Aşaması ve Süreç İzleme.....19

İçindekiler

6. STANDARTLARIN UYGULANMASI.....20

STANDART 1: Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....22
STANDART 2: Görüntüleme hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....22
STANDART 3: Laboratuvar hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....27
STANDART 4: Acil servis hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....32
STANDART 5. Ameliyathane hizmetlerinin etkinliği artırılmalıdır.....35
STANDART 6: Koroner Anjiyografi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.....39
STANDART 7: Endoskopi ve Kolonoskopi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.....41
STANDART 8: Doğumhane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....44
STANDART 9: Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınları zamanında bilgilendirilmelidir.....47
STANDART 10: Yoğun bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....49
STANDART 11: Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....52
STANDART 12: Sağlık tesisinde sevklerin analizi yapılmalıdır.....54
STANDART 13: Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.....56
STANDART 14: Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.....58
STANDART 15: Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır....59
STANDART 16: Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.....61
STANDART 17: Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.....63
STANDART 18: Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir....69
STANDART 19: Sağlık tesisinde medikal depo yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.....78
STANDART 20: Hastane gelirlerinin analizi yapılmalıdır.....84
STANDART 21: Hastane giderlerinin analizi yapılmalıdır.....86
STANDART 22: Eğitim kliniği olan kliniklerde görevli akademik unvanlı tabiplerin poliklinik hizmetleri planlanmalı ve hizmet sözleşmeleri takip edilmelidir.....90
STANDART 23: Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.....92
STANDART 24: Evde Sağlık Hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....95
STANDART 25: Kurum Hedef göstergeleri analiz edilmelidir.....97
STANDART 26: Klinik Rehber ve Protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir (O).....98
STANDART 27: Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır (O)..99
STANDART 28: Bakanlık merkez ekibi tarafından sağlık tesisinde yerinde gözlem yapılır (P) 101

Katkı Sağlayanlar

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.)

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 sistematiğinden 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 28 standart yer almakta olup, bunlar 1 çekirdek, 2 opsiyonel, 1 puansız ve 24 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, laboratuvar, acil servis, ameliyathane, doğumhane, yoğun bakım ve müdahale odaları gibi kritik 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:

• Ameliyathane etkinliği (St.5) ile Cihaz yönetimi (St.17) ve Medikal depo yönetimi (St.19) doğrudan ilişkilidir.
• Poliklinik hizmetleri (St.1), görüntüleme (St.2) ve laboratuvar hizmetleri (St.3) ile klinik karar verme süreçleri arasında güçlü bir bağ vardır.
• Hasta iletişimi (St.9, St.23) ile çalışan memnuniyeti (St.13), hasta güvenliği açısından birbirini destekler.
• Uzaktan sağlık (St.27), klinik protokoller (St.26) ve hedef göstergeler (St.25), dijitalleşme ve klinik yönetişim bağlamında birbirine entegredir.
Bu bütünsel yapı, sağlık tesisinin her alanında sistematik bir kalite yaklaşımını teşvik eder.

2.7.Standartların Kategorizasyonu

STANDARTLAR	Standartların Kategorizasyonu	Değerlendirme Ölçütü
Standart 1: Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir	Çekirdek	9
Standart 2: Görüntüleme hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	7
Standart 3: Laboratuvar hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	7
Standart 4: Acil servis hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	8
Standart 5: Ameliyathane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	7
Standart 6: Koroner anjiyografi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.	Normal	5
Standart 7: Endoskopi ve kolonoskopi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.	Normal	5
Standart 8: Doğumhane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	8
Standart 9:Yoğun Bakım ünitesinde yatan hastaların yakınları zamanında bilgilendirilmelidir.	Normal	6
Standart 10: Yoğun bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	8
Standart 11: Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	5
Standart 12: Sağlık tesisinde sevklerin analizi yapılmalıdır.	Normal	7
Standart 13: Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.	Normal	6
Standart 14: Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.	Normal	3
Standart 15: Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.	Normal	14
Standart 16: Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.	Normal	11
Standart 17: Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	3
Standart 18: Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	9
Standart 19: Sağlık tesisinde medikal depo yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	8
Standart 20: Hastane gelirlerinin analizi yapılmalıdır.	Normal	7
Standart 21: Hastane giderlerinin analizi yapılmalıdır.	Normal	9
Standart 22: Eğitim Kliniği olan kliniklerde görevli akademik ünvanlı tabiplerin poliklinik hizmetleri planlanmalı ve hizmet sözleşmeleri takip edilmelidir.	Normal	7
Standart 23: Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.	Normal	5
Standart 24: Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	9
Standart 25: Kurum hedef göstergeleri analiz edilmelidir.	Normal	3
Standart 26: Klinik rehber ve protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir.	Opsiyonel	3
Standart 27. Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır.	Opsiyonel	3
Standart 28: 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): [Değerlendirilen standartlardan elde edilen puan toplamı/(Değerlendirilen standartların puan toplamı – Standartlardan değerlendirme dışı bırakılanların puan toplamı)] x 100 +/- 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, 01.025 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 görevlendirerek 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 Tesisi 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 Tesisi 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.
• Özdeğerlendirme sonuçları, Sağlık Tesisi 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 tesisi 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, hastane 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 gözlemde, poliklinik ve acil serviste 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.

Hastanede verilen hizmet süreçlerinden elde edilen çıktılar, örneğin hasta memnuniyet oranı, laboratuvar sonuç verme süreleri, randevuya uyum oranı, ameliyat sonrası enfeksiyon oranı gibi verilerdir. Bu verilerin analiz edilmesi, hastane yönetimi açısından kaliteyi izleme, sorunları tespit etme ve sürekli iyileştirme sağlama sürecinin temel parçasıdır.

a.Verileri Analiz Etmek Ne Demek?

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 enfeksiyon oranın beklenenden 3 kat fazla olması)

Örnek analizler:

• Aylık poliklinik hasta memnuniyet skorlarının ortalaması ve değişim grafiği
• Beklenen çekim süresi (ör: BT çekim süresi) ile gerçekleşen sürelerin karşılaştırılması
• Yoğun bakım mortalite oranının yıllık hedefle kıyaslanması

b. 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 15 dakikayı geçtiyse, hangi günler bu artış yaşanmış? Hangi poliklinik, branş, hekim gün yoğunluk fazla olduğu sorgulanmalıdır.

c.Uygunsuzluklar için Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet Başlatmak Ne Demek?

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

Düzeltici ve İyileştirici faaliyet örnekleri:

• Hasta memnuniyetinde düşüş varsa ➤➤ Personel iletişim eğitimi başlatmak
• BT sonuç süresi uzamışsa ➤➤ Cihaz bakım takvimi güncellemesi yapmak
• İlaç iade oranı yüksekse ➤➤ Kliniklere ilaç kullanım eğitimi verilmesi

d. 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:
Konu: Yoğun Bakımda MR, BT, USG Randevu Gün Sürelerinin Analizi

a.Toplanan Veri

Yoğun bakım hastaları için istenen MR, BT ve USG işlemlerinde, randevu verilen tarih ile çekimin gerçekleştiği tarih arasındaki gün farkı (bekleme süresi) kayıt altına alınır.

Hasta	İşlem Türü	Randevu Verilen Gün	Çekim Tarihi	Gün Farkı
H1	MR	01.07.2025	03.07.2025	2 gün
H2	BT	02.07.2025	02.07.2025	0 gün
H3	USG	01.07.2025	04.07.2025	3 gün

Veri Toplama Dönemi:
Aylık ya da haftalık olarak düzenli aralıklarla toplanmalıdır.

b.Veri Analizi

Analiz Amacı:
Yoğun bakım hastalarının kritik durumu nedeniyle görüntüleme tetkiklerinde oluşan bekleme sürelerinin tespit edilmesi, sürecin etkinliğinin değerlendirilmesi ve gerekirse iyileştirme yapılmasıdır.

Analiz Göstergeleri:

• Ortalama bekleme süresi (gün farkı ortalaması)
• En uzun bekleme süresi
• Aynı gün içinde çekilen tetkiklerin oranı
• %90'lık zaman dilimi içinde işlem tamamlanan hasta oranı

Örnek Analiz Sonuçları:

• MR için ortalama bekleme süresi: 2,5 gün
• BT için ortalama bekleme süresi: 1 gün
• USG için ortalama bekleme süresi: 3 gün
• Aynı gün yapılan işlemlerin oranı: %40
• %90'lık dilimde tamamlanan tetkik oranı: %60

Hedef: Kritik hastalar için görüntüleme işlemleri en geç 1 gün içinde tamamlanmalıdır.

c.Analiz İncelemesi

İncelemeyi Gerçekleştiren Kişiler / Birimler:
• Kalite Yönetim Birimi
• Sağlık Tesisi Değerlendirme Sorumlusu
• Gösterge Sorumlusu
• Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlusu
• Radyoloji Ünitesi Sorumlusu

İnceleme Soruları:
• Bekleme süresinin uzun olduğu tarihlerde sistematik bir sorun (örneğin cihaz arızası, yoğunluk, personel eksikliği) yaşanmış mı?
• MR, BT veya USG cihazlarının bakım veya kullanım dışı kaldığı günler olmuş mu?
• Yoğun bakım hastalarının tetkik istem süreci zamanında ve doğru şekilde başlatılmış mı?
• Radyoloji birimi istemleri zamanında karşılayabilmiş mi?
• Yoğun bakım önceliği için herhangi bir triyaj algoritması ya da önceliklendirme uygulanıyor mu?
• Önceki analizlerle karşılaştırıldığında sürede iyileşme var mı? yok mu?

Tespit edilen kök neden:
USG talepleri manuel iletiliyor, HBYS'den takip edilemiyor. Hafta sonları işlemler yapılmıyor.

d. Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet
Hedef: Yoğun bakım hastaları için tetkik süresi ≤1 gün

Faaliyetler:
• Randevu önceliklendirme algoritmasının güncellenmesi
• Cihaz ve personel kapasitesinin yeniden planlanması
• Yoğun bakım ile radyoloji arasında iletişim ve koordinasyonun artırılması
• HBYS sisteminde istem – randevu – çekim süreci arasındaki zamanların otomatik izlenmesi

Faaliyet Takibi
Ne zaman izlenecek?
• Belirlenen iyileştirme faaliyetlerinin etkisini değerlendirmek amacıyla 1 ay sonra aynı analiz tekrar edilir.

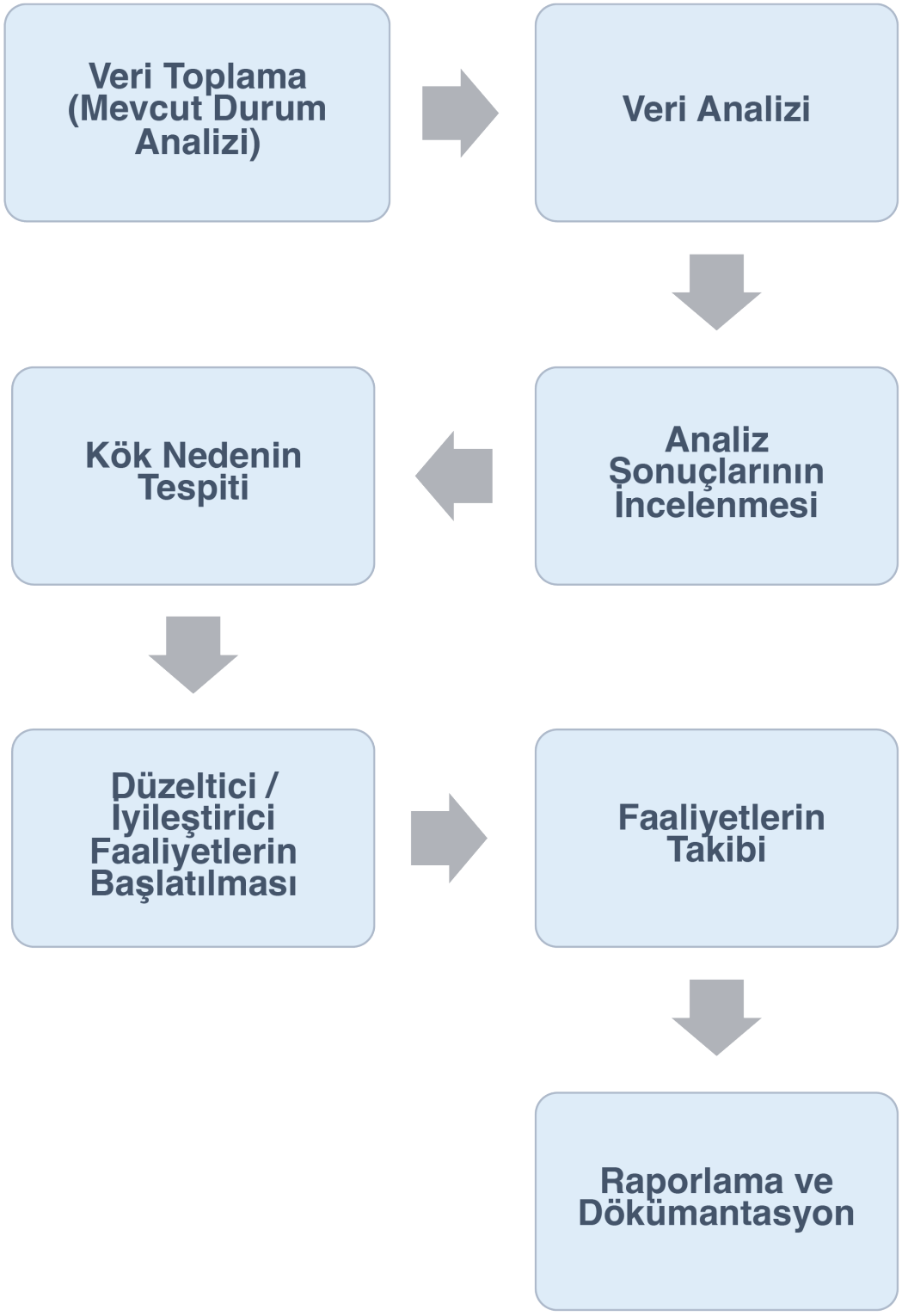
Örnek Sonuç:
USG için ortalama bekleme süresi 3 günden 1,2 güne düştü.
Aynı gün yapılan tetkik oranı %25'ten %60'a yükseldi.

Yorum:
• Kısmi iyileşme sağlandı. Özellikle hafta sonu yapılan tetkiklerde yetersizlik sürüyor.
• Bu sorunun çözümü için ilave faaliyet planı oluşturuldu.

e. Dökümantasyon 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



Sağlık tesisi yöneticileri ve çalışanlar sorumlu oldukları standartlara yönelik mevcut durum analizi yapmalıdır. Bu analiz sırasında aşağıdaki başlıklar temel alınarak değerlendirme yapılmalıdır:

5.3.1.Dokümantasyon Durumu

• Standarda ilişkin mevcut olan politika, prosedür, talimat, kayıt ve formlar nelerdir?
• Hangi dokümanların eksik olduğu veya güncellenmesi gerektiği belirlenmeli midir?

5.3.2. Eğitim Durumu

• Standart kapsamında personele daha önce verilmiş eğitimler nelerdir?
• Hangi konularda yeni veya tekrarlayıcı eğitimlere ihtiyaç duyulmaktadır?

5.3.3.Süreç İyileştirme İhtiyacı

• Standart kapsamında mevcut süreçler etkili çalışıyor mu? (veri doğruluğu, veri girişleri sorunları, cihazların HBYS entegrasyonu vb.)
• Hangi süreçlerde iyileştirme yapılması gerekmektedir (örneğin randevu yönetimi, hasta yönlendirme, hasta bilgilendirme vb.)

5.3.4.Fiziksel Ortam ve Kaynaklar

• Standardın gerekliliklerini karşılayacak fiziksel altyapı, ekipman, personel veya teknik cihaz ve donanımlar mevcut mu?
• Gerekli olan fiziksel veya teknik düzenlemeler nelerdir?

5.4. Kaynak İhtiyacının Belirlenmesi

Mevcut durum analizinin sonuçları doğrultusunda, standartların uygulanması için gerekli olan aşağıda yer alan kaynaklar detaylandırılmalıdır:

• İnsan kaynağı
• Malzeme ve cihaz
• Finansal kaynak
• Zaman ve iş gücü planlaması

5.5.Uygulama Aşaması ve Süreç İzleme

Belirlenen ihtiyaçların karşılanmasını takiben, standartların tam olarak uygulanmasına yönelik faaliyetler başlatılır. Bu süreçte:

• Gerekli eğitimler verilir.
• Dokümanlar tamamlanır ve yürürlüğe alınır.
• Süreçler ve uygulamalar iyileştirilerek standartlara uyumlu hale getirilir.
• Fiziksel ve teknik düzenlemeler tamamlanır.

Ayrıca uygulamaların izlenmesi, değerlendirilmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanması için periyodik öz değerlendirmeler, performans göstergeleri ve kalite değerlendirme raporları kullanılarak sürekli izleme yapılmalıdır.

6.STANDARTLARIN UYGULANMASI

01 Standart Poliklinik hizmetlerinin etkainliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

1.1. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden alınan randevulu muayene sayıları ve randevu sadakat oranları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

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

1.3. Mesai dışı muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

HEKİM MUAYENE SAYILARI							
Branş Adı	Hekim Adı	İLGİLİ AY:					
		MHRS üzerinden alınan randevulu muayene sayıları	MHRS dışı hasta muayene sayıları	Mesai dışı muayene sayıları	Toplam muayene sayısı	Randevu Sadakat Oranları
A Branşı	X Hekim					
	Y Hekim					
	.....					
A Branşı Toplam/Ortalama						
B Branşı	X Hekim					
	Y Hekim					
	.....					
B Branşı Toplam/ Ortalama						
.....	.....					
	.....					
.....						
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (A BRANŞI+B BRANŞI +....)						

Randevu sadakat oranı: Gerçekleşen Randevu Sayısı/ Alınan Randevu Sayısı

1.4. MHRS'ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin 30 günlük tanımlı çalışma cetvelleri olması hedeflenmeli ancak çalışma cetvelleri 16 günün altına inmemelidir.

1.5. MHRS'de 15 günlük cetvelde %80 doluluğu olan branşlar takip edilmeli, bekleyen randevu oluşmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.

1.6. Aktif bekleyen talep sayıları günlük takip edilmelidir.

1.7. MHRS' ye girilen aksiyonlara uyum ve istisnaların uygunluğu hastane yönetimi tarafından kontrol edilmelidir.

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

1.9. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile poliklinik hizmetleri randevu verme süreleri 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 branş 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

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Branş/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 olması sağlanır.
- Bekleyen randevular ve aktif taleplerin takibiyle hizmet süresi kısalır.
- 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, girilen aksiyonlara (örneğin "ameliyat" gibi) uygun hizmetler sunulmalıdır.

MHRS Verileri:
• Randevu alanların muayeneye gelme oranı (randevu sadakati) düzenli analiz edilmelidir.
• MHRS'de %80 doluluğu aşan branşlar haftalık/aylık takip edilmeli, yeni kapasite oluşturulmalıdır.
• Aktif bekleyen talep sayıları günlük izlenmelidir.

MHRS Dışı Veriler:
• Ayaktan başvuran (elden sıra alan) ve acil/servis/kontrol hastaları da HBYS den sistematik olarak kayda alınmalı ve analiz edilmelidir.

Mesai Dışı Hizmetler:
• Yoğun polikliniklerde hekim/oda sayısına göre mesai dışı hizmet planlaması yapılmalıdır.
• Gönüllülük esasına dayalı 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.

02 Standart Görüntüleme hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

2.1. Polikliniklerden istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

2.2. Acil servisten istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

2.3. Kliniklerden istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

MR VE BT TETKİK SAYILARI									
Branş Adı	Hekim Adı	AY:							
		Poliklinikten istenen MR tetkiki sayısı	Acil Servisten istenen MR tetkiki sayısı	Kliniklerden istenen MR tetkiki sayısı	Toplam istenen MR tetkiki sayısı	Poliklinikten istenen BT tetkik sayıları	Acil Servisten istenen BT tetkik sayısı	Kliniklerden istenen BT tetkik sayısı	Toplam istenen BT sayısı
A Branşı	X Hekim								
	Y Hekim								
	.....								
A Branşı Toplam/Ortalama									
B Branşı	X Hekim								
	Y Hekim								
	.....								
B Branşı Toplam/ Ortalama									
.....	.....								
	.....								
.....									
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (A BRANŞI+B BRANŞI +....)									

USG TETKİK SAYILARI					
Branş Adı	Hekim Adı	AY:			
		Poliklinikten istenen USG tetkik sayıları	Acil Servisten istenen USG tetkik sayısı	Kliniklerden istenen USG tetkik sayısı	Toplam istenen USG Tetkik sayısı
A Branşı	X Hekim				
	Y Hekim				
	.....				
A Branşı Toplam/Ortalama					
B Branşı	X Hekim				
	Y Hekim				
	.....				
B Branşı Toplam/ Ortalama					
.....	.....				
	.....				
.....					
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (A BRANŞI+B BRANŞI +....)					

Radyoloji ünitesinde yapılan USG dahil edilmelidir.

2.4. Görüntülüme (MR, BT, USG) randevu verme gün süreleri analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

MR VE BT RANDEVU VERME GÜN SÜRELERİ				
YIL/ **AY:**				
Tetkik Adı	MR Randevu Verme Hedef Gün Süresi	BT Randevu Verme Hedef Gün Süresi	Sağlık tesisi MR Randevu verme gün süresi	Sağlık tesisi BT Randevu verme gün süresi
MR (Demirbaş)				
BT(Demirbaş)				
MR (Hizmet Alımı)				
BT (Hizmet Alımı)				

Mal ve hizmet alımı sözleşmesi kapsamında kamu sağlık tesisleri arasında yapılan protokolerde hizmet alımı başlığında değerlendirilir.

USG RANDEVU VERME GÜN SÜRESİ		
OCAK AYI		
Tetkik Adı	**Hedef randevu verme gün süresi**	**Randevu verme gün süresi**
Abdominal USG		
Meme USG		
Tiroit USG		
Renkli Doppler USG		

İş günü olarak hesaplanacaktır.

2.5. Görüntülüme (MR, BT, USG) randevuları MHRS üzerinden verilmelidir.

2.6. Sağlık tesisinde görev yapan radyoloji uzmanlarının raporladığı (hizmet alımı dahil) görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları her bir görüntüleme için hekim bazlı analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

RAPORLANAN RADYOLOJİ TETKİK SAYISI				
Radyoloji Hekim Adı Soyadı	**MR**	**BT**	**USG**	**Toplam Tetkik Sayısı**
X Hekim				
Y Hekim				
….				
Hizmet Alımı (kamu sağlık tesisleri dahil) Yapılan Kurum Hekimi				
Hizmet Alımı (kamu sağlık tesisleri dahil) Yapılan Kurum Hekimi				
Toplam Tetkik Sayısı				

Mal ve hizmet alımı sözleşmesi kapsamında kamu sağlık tesisleri arasında yapılan protokolerde hizmet alımı başlığında değerlendirilir.

Ultrasonografik Tetkik Sayısı: Radyoloji uzmanı tarafından raporlanan, Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (Ek-2/B) Genel Uygulamalar-Girişimler Listesinin F Ultrasonografik Tetkikler Başlığı Altındaki 803.310 Ile 803.861 Kodları Arasındaki İşlemleri,

BT Tetkik Sayısı: Radyoloji Uzmanı Tarafından Raporlanan Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (Ek-2/B) Genel Uygulamalar-Girişimler Listesinin 8.3.1. Bilgisayarli Tomografi (Bt) Başlığı Altındaki R100000 Ile R102290 Kodları Arasındaki İşlemleri,

MR Tetkik Sayısı: Radyoloji Uzmanı Tarafından Raporlanan Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (Ek-2/B) Genel Uygulamalar-Girişimler Listesinin 8.3.2. Manyetik Rezonans Görüntüleme (Mg) Başlığı Altındaki R103000 Ile R104870 Kodları Arasındaki İşlemleri,

2.7. Görüntülüme (MR, BT, USG) sonuç/rapor verme gün süreleri analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

MR VE BT SONUÇ VERME GÜN SÜRELERİ				
YIL/**AY:**				
Tetkik Adı	**MR Sonuç verme hedef gün süresi**	**BT Sonuç verme hedef gün süresi**	Sağlık tesisi MR sonuç verme gün süresi	Sağlık tesisi BT sonuç verme gün süresi
MR(Demirbaş)				
BT (Demirbaş)				
MR (Hizmet Alımı))				
BT (Hizmet Alımı)				

Mal ve hizmet alımı sözleşmesi kapsamında kamu sağlık tesisleri arasında yapılan protokolerde hizmet alımı başlığında değerlendirilir.

USG SONUÇ VERME GÜN SÜRESİ		
OCAK AYI		
Tetkik Adı	**Hedef sonuç verme gün süresi**	**Sonuç verme gün süresi**
Abdominal USG		
Meme USG		
Tiroit USG		
Renkli Doppler USG		

Radyoloji ünitesinde yapılan USG dahil edilmelidir. İş günü olarak hesaplanacaktır.

2.8. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile görüntüleme hizmetleri randevu ve sonuç verme süreleri 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, hastanedeki görüntüleme hizmetlerinin (MR, BT, USG) klinik, poliklinik ve acil servis isteklerine göre branş ve hekim bazlı analiz edilmesini, ayrıca randevu ve rapor sürelerinin düzenli analiz edilmesini kapsar. Hizmetin hastaya ne kadar sürede sunulduğu, raporun ne kadar sürede hazırlandığı, hizmetin tekrar edilip edilmediği, cihazların kullanım oranı ve hizmet alımı gibi tüm unsurlar bütüncül olarak takip edilmelidir.

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 beklemeler tespit edilerek önleyici aksiyonlar alınabilir.
- Radyoloji uzmanlarının iş yükü ve performans dağılımı şeffaf biçimde izlenebilir hâle gelir.
- Sağlık hizmeti sunumunda meydana gelebilecek aksaklıklar erken fark edilerek zamanında müdahale sağlanır.
- MR, BT ve USG gibi tetkiklerde hastaların daha hızlı randevu alması ve sonuçlara erken erişmesi mümkün olur.
- 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:
• MR, BT, USG istekleri; poliklinik, acil servis ve klinikler için branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
• Tetkik sayılarına ek olarak, raporlayan radyoloji uzmanlarının bireysel performansı da izlenmelidir.

Randevu Verme ve Sonuç Süreleri:
• Randevu verme süresi (tetkik istek tarihi ile çekim tarihi arası) ve
• Sonuç verme süresi (çekim tarihi ile raporun sisteme giriş tarihi arası)mutlaka günlük izlenmeli, gecikmelerin nedeni analiz edilmelidir.

Tekrarlayan Tetkikler:
• Aynı hastaya aynı görüntüleme tetkiki tekrar istenirken gerekliliği gözden geçirilmelidir.
• 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 kavuşturulmalıdır.

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.

MHRS Uygulaması:
• MR, BT, USG gibi görüntüleme tetkik randevuları MHRS üzerinden verilmelidir. Manuel (elden) randevular asgariye indirilmelidir.

03 Standart Laboratuvar hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

3.1. Polikliniklerden istenen laboratuvar tetkik sayıları her bir tetkik için branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

3.2. Acil servisten istenen laboratuvar tetkik sayıları her bir tetkik için branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

3.3. Kliniklerden istenen laboratuvar tetkik sayıları her bir tetkik için branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

BİYOKİMYA VE MİKROBİYOLOJİ TETKİK SAYISI					
Klinisyen Hekimin Branşı	Klinisyen Hekim Adı Soyadı	AY :			
		Polikliniken istenen tetkik sayısı	Acil servisten istenen tetkik sayısı	Klinikten istenen tetkik sayısı	Toplam isten tetkik sayısı
A Kliniği	X Hekim				
A Kliniği	Y Hekim				
A Kliniği Toplam /Ortalama					
B Kliniği	Z Hekim				
B Kliniği	Q Hekim				
B Kliniği Toplam/Ortalama					
……	……				
……	……				
……					
Genel Toplam/Ortalama (A Kliniği+B Kliniği+….)					

***Tetkik sayısı:** Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (Ek-2/B) BİYOKİMYA başlığı altında bulunan L100000 ile L107600 kodları arasındaki biyokimya işlemlerini ve MİKROBİYOLOJİ ve PARAZİTOLOJİ başlığı altında bulunan 912000- 912330 kodları arasındaki işlemlerini kapsar.

3.4. Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle paylaşılmalıdır.

3.5. Laboratuvar sonuç verme süreleri test bazlı analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

LABORATUVAR TETKİKİ NUMUNE SONUÇ VERME SÜRESİ			
Tetkikler	**Numune Alma ile Laboratuvara Kabul Arasındaki Hedef Süre (dakika)**	**Laboratuvara Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Hedef Süre (dakika)**	**Laboratuvar Tetkiki Numune Sonuç Verme Süresi**
Hemogram			
Glukoz			
BUN			
Kreatinin			
Amilaz			
SGOT			
SGPT			
Direkt Bilirubin			
İndirekt Bilirubin			
Sedimentasyon			
INR			
PTZ			
……..			

Laboratuvar sonuç çıktısında tetkikin istem zamanı, numune alma zamanı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı zaman tarih ve saat olarak belirtilmelidir.

Biyokimya sonuç raporunda ilgili zamanları içeren örnek rapor aşağıda belirtilmiştir.

Örnek Tablo:

…….Hastanesi Biyokimya Sonuç Raporu			
Adı Soyadı		İstemi Yapan Birim	
TC Kimlik No (Kısıtlı)		İstemi Yapan Doktor	
Doğum Tarihi		Numune Türü	
Cinsiyeti		Tetkik İstem Zamanı	:19.02.2025 14:30:45
İşlem/Dosya/Protokol Numarası		Numune Alma Zamanı	:20.02.2025 08:35:42
Rapor Numarası		Numune Kabul Zamanı	:20.02.2025 08:42:35
		Onay Zamanı	:20.02.2025 11:13:02

3.6. Dış laboratuvara gönderilen numunelerin belirlenen zamanda laboratuvara teslimi ve belirlenen zamanda sonuçlarının bildirimine dair gerekli takip yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

DIŞ LABORATUVAR TETKİKİ NUMUNE ALMA- GÖNDERİM VE NUMUNE KABUL- SONUÇ VERME SÜRESİ				
Tetkikler	AY:			
	Numune Alma-Gönderim ile Dış (Laboratuvara (kamu sağlık tesisleri dahil)Kabul Arasındaki Hedef Süre (dk)	Numune Alma-Gönderim ile Dış Laboratuvar (kamu sağlık tesisleri dahil)Kabul Arasındaki Ortalama Süre (dk)	Dış Laboratuvar (kamu sağlık tesisleri dahil)Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Hedef Süre (dk)	Dış Laboratuvar (kamu sağlık tesisleri dahil)Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Ortalama Süre (dk)
……				
……				
……				
……				

Mal ve hizmet alımı sözleşmesi kapsamında kamu sağlık tesisleri arasında yapılan protokolerde hizmet alımı başlığında değerlendirilir.

3.7. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile laboratuvar hizmetleri tetkik istem sayıları ve sonuç verme süreleri 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, laboratuvar tetkiklerinin (kan, idrar, biyokimya vb.) hangi birimlerden ve hangi hekimlerden ne sıklıkla istendiğinin branş ve hekim bazlı analizini, tetkik tekrarlarını, sonuçlanma sürelerini ve gereksiz tetkik isteklerinin önlenmesini kapsar. Tetkik istemlerinin hekim ve branş bazlı analiz edilmesi, sonuç verme sürelerinin test bazlı izlenmesi ve dış laboratuvar süreçlerinin etkin yönetilmesi temel bileşenleridir. Özellikle poliklinik, acil servis ve kliniklerden gelen tetkik isteklerinin kontrolü, bu hizmetin etkinliği açısından kritik rol oynar.

Standardın Amacı

- Laboratuvar iş yükünü analiz etmek, gereksiz tetkikleri azaltmak
- Tetkik isteklerini hekim bazlı izlemek, kaynakları etkili kullanmak
- Laboratuvar sonuçlarının hızlı ve güvenilir biçimde hastaya ulaşmasını sağlamak
- Klinik karar verme süreçlerini desteklemek için zamanında ve doğru bilgi üretmek
- Hekimlerin istem alışkanlıklarını iyileştirmek
- Laboratuvar cihaz ve insan kaynağının etkin kullanılmasını sağlamak
- Hasta bakım sürecini hızlandırmak ve tedavi kalitesini artırmak

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Tetkik istemlerinde veri temelli yönetim sağlanır.
- Laboratuvar kaynaklarının verimli kullanımı artar.
- Gereksiz tetkiklerin azalması ile maliyetler düşer.

• Hekimler arası karşılaştırma ve farkındalık ile klinik süreçlerde iyileşme sağlanır.
• Sonuç verme süreleri kısaldıkça hasta memnuniyeti ve tedavi etkinliği artar.
• E-Nabız ve HBYS entegrasyonu sayesinde süreç dijitalleşir ve izlenebilirlik artar.
• Arıza ve cihaz eksikliği gibi teknik sorunlara yönelik hızlı önlem alma kültürü gelişir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz

Branş ve Hekim Bazlı Analiz:
• Poliklinik, acil servis ve kliniklerden istenen tetkikler ayrı ayrı branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
• Özellikle çok sayıda istem yapan branşlar yakından izlenmelidir.

Tetkik Tekrarları ve Uygunsuz İstemler:
• Aynı hastaya aynı tetkik tekrar isteniyor ise nedenleri araştırılmalıdır.
• Gerekirse karar destek sistemleri ile uyarı mekanizmaları kurulmalıdır.

Sonuç Verme Süreleri:
• Tetkik istemi ile sonuç onay süresi düzenli olarak ölçülmelidir.
• Gecikmeler varsa örnek taşıma, cihaz kapasitesi, personel yetersizliği gibi nedenlere göre iyileştirme yapılmalıdır.

Tetkik Sayısı ve Kaynak Kullanımı:
• Laboratuvar cihazları, kit kullanımı ve personel iş yükü dengeli dağıtılmalıdır.
• Gereksiz tetkik yükü, diğer hastaların tetkik sonuçlanma süresini olumsuz etkileyebilir.

Toplantı ve Değerlendirme:
• Başhekim başkanlığında ilgili klinik yöneticileriyle birlikte, iki ayda bir geçmişe dönük tetkik analizleri incelenmelidir.
• Gereksiz istemlerde bulunan hekimlere yönelik eğitim ve bilgilendirme yapılmalı, iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
• Karşılaştırmalar bireysel değerlendirme yerine geliştirme amacıyla yapılmalı; hekimlerle yapıcı biçimde paylaşılmalıdır.

E-Nabız ve HBYS Desteği:
• Daha önce yapılmış testlerin sistemden kontrol edilmesi teşvik edilmelidir.
• Bu süreçte e-Nabız ve HBYS karar destek modülleri aktif kullanılmalıdır.

Eğitim ve Farkındalık:
• Hekimlere akılcı test istemi konusunda düzenli bilgilendirme yapılmalı, rehberler yaygınlaştırılmalıdır.

04 Standart Acil servis hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

4.1. Acil serviste hekim ve sağlık personeli görevlendirmesi gün içerisinde hasta yoğunluğu dikkate alınarak yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

ACİL ACİL SERVİS BAŞVURU SAYISI BAŞVURU SAYISI										
AY:										
Başvuru sayısı										
GÜNLER	Saatler									Günlük Toplam Başvuru Sayısı
	08-16			16-24			24-08			
	Kırmızı Alan	Sarı Alan	Yeşil Alan	Kırmızı Alan	Sarı Alan	Yeşil Alan	Kırmızı Alan	Sarı Alan	Yeşil Alan	
1										
2										
....										
....										
31										
Aylık Toplam Acil Servis Başvuru Sayısı										

Acil servis yeşil, sarı, kırmızı alan başvuru sayılarının saatlik dilimlere göre analizi yapılarak, acil servis başvuru yoğunluğunun fazla olduğu zaman dilimi belirlenmeli, bu yoğunluğu azaltacak düzenlemeler yapılması için gerekli önlemler alınmalıdır. Acil servis çalışma sisteminde en yoğun zaman dilimindeki hizmeti güçlendirebilmek için yoğun olan saatlerde görevli personel (hekim, hemşire, laborant, röntgen teknisyeni, temizlik personeli, güvenlik personeli vb.) sayısının arttırıldığı bir çalışma sistemi oluşturularak personel desteği sağlanmalıdır.

4.2. Acil serviste hastaların müşahede alanında kalış süresi analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

ACİL SERVİS MÜŞAHEDEDE KALIŞ SÜRESİ			
AY:			TOPLAM
Müşahedede Kalış Süresi			

4.3. Acil serviste 8 saat üzeri bekleyen hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.

Örnek Tablo:

ACİL SERVİSTE 8 SAAT VE ÜZERİ KALAN HASTA SAYISI			
AY:			**TOPLAM**
Acil Serviste 8 Saat ve Üzeri Kalan Hasta Sayısı			

4.4. Acil serviste konsültasyon gerçekleştirme süreleri branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

ACİL SERVİS KONSÜLTASYON GERÇEKLEŞTİRME SÜRESİ					
Branş	Hekim Adı Soyadı	**AY:**			
		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dk)		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dk)	
		Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı
A Branşı	X Hekim				
A Branşı	Y Hekim				
A Branşı	.....				
A Branşı Ortalama					
B Branşı	Z Hekim				
B Branşı	Q Hekim				
B Branşı	.....				
B Branşı Ortalama					
.....	.....				
.....	.....				
.....	.....				
Genel Ortalama (A Branşı+B Branşı+.....)					

4.5. Acil serviste istenilen görüntüleme hizmetlerinin sonuç/rapor verme süreleri analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

ACİL SERVİS GÖRÜNTÜLEME TETKİKİ SONUÇ VERME SÜRESİ		
AY:		
Tetkik Adı	**Hedef Süre**	**Acil Servis Görüntüleme Tetkiki Sonuç Verme Süresi**
MR		
BT		
USG		

4.6. Acil serviste istenilen laboratuvar tetkiklerinin sonuç/rapor verme süreleri analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

ACİL SERVİS LABORATUVAR TETKİKİ SONUÇ VERME SÜRESİ		
Tetkik Adı	**Hedef Süre**	**Acil Servis Laboratuvar Tetkiki Sonuç Verme Süresi**
Hemogram sonuç verme süresi		
Glukoz sonuç verme süresi		
Amilaz sonuç verme süresi		
CK-MB sonuç verme süresi		
Troponin-I sonuç verme süresi		
Troponin-T sonuç verme süresi		
Diğer		

4.7. Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle paylaşılmalıdır.

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

Standardın İçeriği

Acil servislerde sunulan hizmetlerin kalitesini ve etkinliğini değerlendirmek amacıyla; hasta yoğunluğu, personel görevlendirmesi, bekleme süreleri, tetkik sonuçlanma süreleri ve konsültasyon süreçleri analiz edilmelidir. Acil serviste hizmet sunumunu etkileyen tüm süreçler branş ve hekim bazlı olarak takip edilmeli, elde edilen veriler karar süreçlerinde kullanılmalı ve gerektiğinde iyileştirme aksiyonları alınmalıdır.

Standardın Amacı

• Acil servise başvuran hastaların hızlı ve doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlamak
• Hasta yoğunluğunun etkili yönetimi ile acil servislerde hizmet kalitesini artırmak
• Müşahede sürelerini ve beklemeleri azaltarak hasta güvenliği ve memnuniyetini sağlamak
• Tetkik, konsültasyon ve yatış gibi işlemlerin sürelerini kısaltarak tanı ve tedavi süreçlerini hızlandırmak
• Acil servis hizmetlerinin etkinliğini ölçerek ve geliştirerek verimli ve sürdürülebilir bir acil servis hizmeti sunmak

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

• Hasta bekleme süreleri kısalır, hasta devir hızı artar.
• Personel planlaması daha verimli hale gelir, yoğun saatlerde hizmet aksaması önlenir.
• Yatış ve transfer süreçleri düzenlenir, hastaların ilgili branşlara daha hızlı devri sağlanır.
• Acil servis kullanımının istatistiksel olarak takibi ve yönetimi kolaylaşır.
• Gereksiz yoğunluk önlenerek hizmet kapasitesi artırılır.
• İyileştirme alanları daha net görünür ve hedefe yönelik müdahaleler yapılabilir.

Bu standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz

Acil Servise Başvuru Yoğunluğu:

• 08:00–16:00, 16:00–24:00 ve 24:00–08:00 saat dilimlerinde acil servise yapılan başvuru sayıları günlük olarak HBYS üzerinden takip edilmelidir.
• Başvuru yoğunluğu analiz edilerek, en yoğun zaman diliminde personel sayısı artırılmalıdır.

Personel ve Kaynak Yönetimi:

• Acil servis çalışanlarının mesai planlaması, kapasite ve yoğunluğa göre ayarlanmalıdır.

Hasta Bekleme Süreçleri:

• İlk kayıt, muayene, müşahedeye giriş ve çıkış zamanları ayrı ayrı HBYS 'de kayıt altına alınmalıdır.
• 8 saat üzeri bekleyen hastaların nedenleri analiz edilmeli, gecikme nedenleri (laboratuvar, görüntüleme, konsültasyon) ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Konsültasyon ve Tetkik Süreleri

• Branş ve hekim bazlı konsültasyon süreleri izlenmeli ve uzayan süreler için ilgili birimlerle iyileştirme planı yapılmalıdır.
• Görüntüleme ve laboratuvar sonuç verme süreleri analiz edilmeli, kritik testler ve acil çekimlere öncelik verilmelidir.

Yatış ve Transfer Süreçleri

• Servise veya yoğun bakıma yatışı planlanan hastaların işlemleri öncelikli yapılmalıdır.
• HBYS üzerinde, ilgili kliniklere öncelikli yatış için "yakın" ve "diğer branş" listeleri başhekimlikçe tanımlanmalı ve sistematik yerleştirme sağlanmalıdır.

Veri Analizi ve İyileştirme Süreci

• İki ayda bir, önceki iki aya ait tüm acil servis performans verileri analiz edilerek değerlendirme toplantısı yapılmalı, gecikme nedenlerine ilişkin aksiyon planları oluşturulmalıdır.

05 Standart Ameliyathane hizmetlerinin etkinliği artırılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

5.1. Ameliyat randevuları MHRS üzerinden (acil vakalar hariç) verilmelidir.

5.2. Mesai içi ameliyat sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

5.3. Mesai dışı ameliyat sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

AMELİYAT SAYISI VE GRUPLARI												
AY:												
Branşlar	Hekim Adı Soyadı	Ameliyat Grubu*								Toplam Ameliyat Sayısı	
		A		B		C		D ve E			
		Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı
A Kliniği	X Hekim										
	Y Hekim										
A Kliniği / Branş Toplam											
B Kliniği	Z Hekim										
	Q Hekim										
B Kliniği / Branş Toplam											
.....	.....										
.....											
GENEL TOPLAM (A KLİNİĞİ+B KLİNİĞİ+.....)											

*Ameliyat grupları Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan "Girişimsel İşlemler Listesi 'ne göre tanımlanmalıdır.
*Bir cerrahın sadece ameliyathanede yaptığı ameliyatlar dikkate alınmalıdır.

5.4. Her bir ameliyat masasında yapılan ameliyatların başlangıç ve bitişleri ile ameliyat (vaka) aralarındaki bekleme süreleri (temizlik vb.) HBYS' de izlenebilmelidir.

Örnek Tablo:

AMELİYATHANE VAKALAR ARASI BEKLEME SÜRESİ									
Vakalar	Ameliyat Masası 1			Ameliyat Masası 2			Ameliyat Masası 3		
	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)
1. Vaka	08:15	08:45	30			-			-
2. Vaka	09:25	12:05	40						
3. Vaka									
.....									
.....									

Başlangıç saati olarak anestezi başlangıç zamanı alınmalıdır.

Bitiş saati olarak anestezi bitiş zamanı alınmalıdır.

1. vakanın bitiş saati ile 2. vakanın başlangıç saati arasındaki fark bekleme süresi olarak raporlanmalıdır.

5.5. İptal edilen ve/veya ertelenen ameliyatların kök neden analizi yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

İPTAL EDİLEN VE ERTELENEN AMELİYAT SAYISI			
Branş Adı	**Hekim Adı Soyadı**	**Liste ile Ameliyathaneye Bildirilen Hasta Sayısı**	**Ameliyatı Ertelenen veya İptal Edilen Toplam Hasta Sayısı**
A Kliniği	X Hekimi		
	Y Hekimi		
A Kliniği / Branş Toplam			
B Kliniği	Z Hekimi		
	Q Hekimi		
B Kliniği / Branş Toplam			
Genel Toplam (A Kliniği + B Kliniği+….)			

5.6. Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı olarak hekimlerle paylaşılmalıdır.

5.7. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile ameliyathane hizmetlerinin 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, ameliyathane hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi ve izlenmesine yönelik ölçütleri kapsar. Ameliyat randevularının dijital ortamda düzenlenmesi, ameliyat masalarının etkin kullanımı, vaka aralarındaki sürelerin optimizasyonu, iptal ve erteleme nedenlerinin analiz edilmesi ve bu verilerle yönetsel kararlar alınması bu standardın temelini oluşturur. Mesai içi ve dışı ameliyat sayıları branş ve hekim bazında analiz edilmelidir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi eksiksiz uygulanmalıdır. Hizmetlerin etkinliği başhekim ve ilgili yöneticilerce düzenli olarak değerlendirilmelidir.

Standart Amacı

• Ameliyathane kaynaklarının (ameliyat salonu, personel, malzeme) etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak,
• Ameliyatların zamanında ve planlı yapılmasını temin etmek,
• Ameliyat iptal ve erteleme nedenlerini belirleyip azaltmak,
• Hasta güvenliğini artırmak ve cerrahi süreçlerde kaliteyi yükseltmek,
• Cerrahi ekipler arasında doğru iletişim ve koordinasyonu sağlamak,
• Sürekli iyileştirme kültürü ile ameliyathane hizmetlerini geliştirmek.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

• Ameliyat masalarının, ameliyathane ekipmanlarının ve personelin etkinliği artar.
• Bekleme sürelerinin azalması, ameliyat iptallerinin düşmesi hasta memnuniyetine doğrudan etki eder.

• Gecikmelerin ve ameliyat dışı bekleme sürelerinin azalması sayesinde mesai içi iş yükü dengelenir.
• Hekim ve branş bazında karşılaştırmalar yapılarak klinik performans objektif değerlendirilir.
• Verilerle yönetilen sistem sayesinde aksaklıklar zamanında tespit edilerek çözüm üretilebilir.
• Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulaması ile hasta güvenliği standart hale gelir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Ameliyat Randevuları:
• Tüm elektif ameliyat randevularının MHRS üzerinden verilmesi sağlanmalı, manuel kayıtlar sonlandırılmalı.
• Randevu geç verilme nedenleri (personel, malzeme, hasta talebi, kapasite yetersizliği) analiz edilmelidir.

Ameliyat Verimliliği Takibi:
• Her ameliyat masasının ilk ve son vaka saatleri ile vakalar arası süreler HBYS'de kayıt altına alınmalıdır.
• Ameliyat arası sürelerin (temizlik, hazırlık) ölçümü, verimlilik analizinin temelidir.

Performans Analizi
• Mesai içi ve dışı ameliyat sayıları branş/hekim bazlı analiz edilmelidir.
• Düşük verimlilikte çalışan ameliyathane masalarının kullanımına yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalı, verimsiz kullanılan zamanlar optimize edilmelidir.
• Branş/hekim karşılaştırmaları yapılmalı ve hekimlerle paylaşılmalıdır.

Ameliyat İptal/Ertelenme Analizi
• Ameliyatların iptal ve ertelenme nedenleri (hasta kaynaklı, ameliyathane işleyişi vb.) detaylı incelenmelidir.
• Kök neden analizleri yapılmalı ve sürekli veri ile desteklenmelidir.

HBYS Kullanımı ve Zaman Kayıtları
• Ameliyatla ilgili tüm zamanlar (hasta alınma, kesi, bitiş, uyandırma, çıkış) HBYS üzerinden izlenmelidir.
• Mümkünse barkod sistemiyle hasta bilekliği üzerinden zaman damgası alınmalıdır.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
• Tüm cerrahi aşamalarda eksiksiz uygulanmalı, ekip üyelerine düzenli eğitim ve değerlendirmeler sağlanmalıdır.
• Uygulamalar habersiz izlemelerle denetlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

Değerlendirme Süreci
• Başhekim başkanlığında her 2 ayda bir, önceki 2 ayın verileri analiz edilmelidir.
• Analize cerrahi branş sorumluları, kalite birimi, HBYS birimi dahil edilmelidir.
• Gerekli durumlarda iyileştirme eylem planı oluşturulmalıdır.

06 Standart Koroner Anjiyografi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

6.1. Koroner anjiyografi randevuları (acil hastalar hariç) MHRS üzerinden takip edilmelidir.

6.2. Her bir anjiyografi odasında yapılan anjiyoların başlangıç ve bitişleri ile anjiyo (vaka) aralarındaki bekleme süreleri (temizlik vb.) HBYS' de izlenebilmelidir.

Örnek Tablo:

ANJİYO ODASI VAKALAR ARASI BEKLEME SÜRESİ									
Vakalar	Anjiyo Odası 1			Anjiyo Odası 2			Anjiyo Odası 3		
	Başlangıç Saati*	Bitiş Saati**	Bekleme Süresi (dk) ***	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)
1. Vaka	08:15	08:45	30			-			-
2. Vaka	09:25	12:05	40						
3. Vaka									
……..									
……..									

6.3. ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) tanısı alarak primer perkütan koroner girişim (PKG) planlanan hastalarda, kapı-balon süresi analiz edilmelidir.

6.4. Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen koroner anjiyografi sayılarının kök nedenleri hasta/hekim bazlı analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

İPTAL EDİLEN VE ERTELENEN ANJİOGRAFİ SAYISI			
Hekim Adı Soyadı	Liste İle Anjiyo Odasına Bildirilen Hasta Sayısı	Gerçekleşen Anjiyografi Sayısı	Anjiyografisi Ertelenen veya İptal edilen toplam hasta sayısı
X Hekimi			
Y Hekimi			
Z Hekimi			
…			

Anjiografisi ertelenen veya iptal edilen hasta sayısı her bir neden için ayrı ayrı kayıt edilecektir.

6.5. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile koroner anjiyografi hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği

Koroner anjiyografi odalarında yapılan işlemlerin planlanması, izlenmesi ve analiz edilmesiyle odaların etkin kullanımı sağlanmalıdır. Randevu takibi, işlem süreleri, iptal/ertelenme nedenleri ve cihaz durumu gibi veriler düzenli toplanmalı ve değerlendirilmelidir. Her bir odanın kullanım verimliliği, hekim ve klinik bazlı değerlendirilerek iyileştirme alanları tespit edilmeli ve sistematik iyileştirme adımları uygulanmalıdır.

Standardın Amacı

•Anjiyografi odalarının kapasitesini ve kullanımını optimize etmek,
•İşlem sürelerini azaltmak, bekleme ve boş kalma sürelerini minimize etmek,
•Planlanan işlemlerin gerçekleştirilme oranlarını artırmak, iptal ve ertelemeleri azaltmak
•Acil vakalarda kapı-balon süresini azaltarak hasta yaşam kalitesini artırmak
•Kaynakların verimli kullanılmasını temin etmek ve sağlık hizmet kalitesini artırmak.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

•Oda kullanım verimliliği artar, boş geçirilen zamanlar azaltılır.
•Cihaz arızaları ve iptal nedenleri sistemli şekilde izlenerek hızlı müdahale sağlanır.
•Hekim ve klinik bazlı performans değerlendirmesi yapılabilir.
•Kaynakların adil ve etkin dağılımı mümkün hale gelir.
•Acil müdahalelerde başarı oranı artar, komplikasyon ve ölüm riski azalır.
•Randevu sistemi ve hasta akışı daha etkin planlanabilir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Koroner anjiyografi hizmetlerinin yönetimi, hastanenin kapasitesi, anjiyografi oda sayısı, insan gücü ve vaka türlerine göre yapılandırılmalıdır. Özellikle zaman yönetimi, veri analizi, cihaz güvenliği ve performans değerlendirmesi sistematik bir şekilde yürütülmelidir.

Randevu Yönetimi ve Takibi

•Acil dışı koroner anjiyografi randevuları MHRS üzerinden takip edilmelidir.
•Randevu sisteminde yaşanan iptaller ve ertelemeler düzenli analiz edilerek kök nedenlerine ulaşılmalıdır.
•Randevu yönetimi ve takibi; HBYS ve MHRS üzerinden entegre yürütülmelidir.

Anjiyografi Odası Kullanımı

•Anjiyografi odası kullanımı süre bazlı izlenmelidir.
•Anjiyografi başlangıç ve bitiş saatleri ile işlemler arası bekleme süreleri HBYS üzerinden anlık izlenebilir olmalıdır.
•Bekleme sürelerinin mümkünse hasta bilekliği ile barkod okutularak kaydedilmesi sağlanmalıdır.

Kapı-Balon Süresi

•ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) tanısı alarak primer perkütan koroner girişim (PKG) planlanan hastalarda, kapı-balon süresi (acil servise giriş ile balonun koroner arterde şişirilmesi arasındaki süre) düzenli analiz edilmelidir.
•Kapı-balon süresindeki uzamalara neden olan süreçler (laboratuvar, görüntüleme, personel vb.) belirlenerek düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalıdır.
İptal ve erteleme nedenleri
•Her iptal ve erteleme işlemi HBYS'ye nedenleri ile birlikte kaydedilmelidir.
•Hasta, hekim veya cihaz kaynaklı nedenler ayrıştırılarak kök neden analizleri yapılmalıdır.

Klinikler Arası Kullanım Dengesizliği

•Aynı anjiyo odasını kullanan klinikler arasında vaka sayısı, iptal oranı ve oda kullanım süresi karşılaştırmalı analiz edilmelidir.
•Etkin kullanmayan birimlerin günleri, kaynakları verimli kullanan birimlere devredilmelidir.

Cihaz Arızaları ve Bakım Takibi

•Arızalar, müdahale süreleri ve cihaz eksiklikleri kayıt altına alınmalı, çözüm süreleri izlenmelidir.
•Onarım ve cihaz temini süreçleri hızlıca başlatılmalı, hizmet kesintisi önlenmelidir.

Verilerin Analizi ve İyileştirme Süreci

•Başhekim başkanlığında, ilgili yöneticilerin katılımı ile her iki ayda bir anjiyo hizmetleri verileri analiz edilmelidir.
•Hekim bazlı veriler karşılaştırmalı paylaşılmalı ve gerekli durumlarda iyileştirme planları başlatılmalıdır.

07 Standart Endoskopi ve Kolonoskopi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

7.1. Endoskopi ve kolonoskopi işlem listeleri (acil hastalar hariç) MHRS üzerinden yapılmalıdır.

7.2. Endoskopi ve kolonoskopi randevu verme gün süreleri analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

ENDOSKOPİ VE KOLONOSKOPİ RANDEVU VERME GÜN SÜRESİ				
AY:				
Tetkik Adı	**Endoskopi Hedef Randevu Verme Gün Süresi**	**Kolonoskopi Hedef Randevu Verme Gün Süresi**	**Endoskopi Randevu Verme Gün Süresi**	**Kolonoskopi Randevu Verme Gün Süresi**
X Hekimi				
Y Hekimi				
Z Hekimi				
.....				

7.3. Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen endoskopi ve kolonoskopi sayısı hasta/ hekim bazlı analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

İPTAL EDİLEN VE ERTELENEN ENDOSKOPİ VE KOLONOSKOPİ SAYISI						
Hekim Adı Soyadı	Liste İle Endoskopi Odasına Bildirilen Hasta Sayısı	Liste İle Kolonoskopi Odasına Bildirilen Hasta Sayısı	Gerçekleşen Endoskopi Sayısı	Gerçekleşen Kolonoskopi	Endoskopisi Ertelenen Veya İptal Edilen Toplam Hasta Sayısı	Kolonoskopisi Ertelenen Veya İptal Edilen Toplam Hasta Sayısı
X Hekimi						
Y Hekimi						
Z Hekimi						
…						

7.4. İlk vaka başlama saati, son vaka bitiş saati ile vakalar arasındaki süre, HBYS üzerinden izlenebilmelidir.

Örnek Tablo:

ENDOSKOPİ ODASI VAKALAR ARASI BEKLEME SÜRESİ						
Vakalar	**Endoskopi Odası 1**			**Endoskopi Odası 2**		
	Başlangıç Saati*	Bitiş Saati**	Bekleme Süresi (dk) ***	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (dk)
1. Vaka	08:15	08:45	-			-
2. Vaka	09:25	12:05	40			
3. Vaka						
……..						
……..						

*Başlangıç saati olarak anestezi başlangıç zamanı alınmalıdır.

**Bitiş saati olarak anestezi bitiş zamanı alınmalıdır.

***1. vakanın bitiş saati ile 2. vakanın başlangıç saati arasındaki fark bekleme süresi olarak raporlanmalıdır.

Örnek Tablo:

ENDOSKOPİ VE KOLONOSKOPİ RANDEVU VERME GÜN SÜRESİ				
AY:				
Tetkik Adı	**Endoskopi Hedef Randevu Verme Gün Süresi**	**Kolonoskopi Hedef Randevu Verme Gün Süresi**	**Endoskopi Randevu Verme Gün Süresi**	**Kolonoskopi Randevu Verme Gün Süresi**
X Hekimi				
Y Hekimi				
Z Hekimi				
.....				

7.5. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile endoskopi ve kolonoskopi hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle 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, endoskopi ve kolonoskopi işlemlerinin zamanında, planlı ve kaynakların verimli kullanıldığı şekilde gerçekleştirilmesini hedefler. Randevuların planlanması, işlemlerin gerçekleşme oranı, iptallerin ve ertelemelerin nedenleri, işlem süreleri ve odaların kullanım verimliliği düzenli olarak analiz edilmelidir. Ayrıca, bu veriler klinik ve hekim bazlı karşılaştırmalı olarak değerlendirilerek sürekli iyileştirme sağlanmalıdır.

Standardın Amacı

•Endoskopi ve kolonoskopi işlemlerinin planlı, zamanında ve verimli şekilde yapılmasını sağlamak
•İptal ve erteleme oranlarını azaltarak hasta memnuniyetini yükseltmek ve klinik süreci aksatmadan sürdürmek
•Oda ve cihaz kullanımında maksimum verim sağlamak
•Hekim ve klinik performansını nesnel verilere dayalı olarak değerlendirmek

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

•İşlem odalarının etkin kullanımı sağlanır, atıl kapasite en aza indirilir.
•İptal ve erteleme nedenleri analiz edilerek tekrarları önleyici adımlar atılır.
•İşlem süreleri kısalır, hasta bekleme süresi azalır, hasta sirkülasyonu hızlanır.
•Randevu süreleri kısalır, planlı sağlık hizmeti sunumu gelişir.
•Hekim performansı şeffaf ve adil şekilde değerlendirilebilir.
•Cihaz arızaları önceden tespit edilerek hizmet sürekliliği korunur.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

MHRS Üzerinden Takip ve Analiz:

•Endoskopi ve kolonoskopi randevuları MHRS üzerinden düzenli olarak kayıt altına alınmalı, işlem listeleri (acil hastalar hariç) bu sistemde takip edilmelidir. Randevu verme süreleri, iptal ve erteleme oranları hasta ve hekim bazında analiz edilmelidir.
İşlem sürelerinin ve aralarındaki bekleme zamanlarının izlenmesi:
•İlk vaka başlama saati, son vaka bitiş saati ve vakalar arasındaki bekleme süreleri HBYS üzerinden izlenmeli; böylece işlem odalarının kullanım verimliliği takip edilmelidir.

Kaynakların Etkin Kullanımı ve İş Yükü Dengesi:

•Endoskopi ve kolonoskopi odalarının kullanım etkinliği düzenli olarak analiz edilmeli; verimsiz kullanılan birimlerin kaynakları, daha etkin kullanan birimlere devredilerek iş yükü dengelenmelidir.

Cihazların Sürekli Takibi ve Bakımı:

•Cihaz arızalarının süresi, nedenleri ve onarım zamanları takip edilmelidir.
•Sürekli arıza veren cihazlar için yenileme veya bakım süreçleri başlatılmalıdır.

Verilerin Analizi ve İyileştirme Süreci:

•Başhekim başkanlığında, ilgili yöneticilerin katılımı ile her iki ayda bir endoskopi ve kolonoskopi hizmetleri verileri analiz edilmelidir.
•Hekim bazlı veriler karşılaştırmalı paylaşılmalı ve gerekli durumlarda iyileştirme planları başlatılmalıdır.

08 Standart Doğumhane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

8.1. Gebelik süreci doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve anne adaylarına danışmanlık hizmeti vermek ve normal doğumu teşvik etmek üzere ebe polikliniği ve gebe okulu açılmalıdır.

8.2. Gebe okuluna başvuran ve eğitim alan gebenin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığının (normal doğum, sezaryen, ölü doğum vb.) takibi yapılmalıdır.

8.3. Doğum hizmeti sunulan hastaneler, anne dostu ve bebek dostu hastane olmalı ve süreçlerine yönelik çalışmalar başlatılmalıdır.

8.4. TDL alanları (Travay, Doğum, Lohusa) ile doğumhaneler etkin şekilde kullanılmalı; doğum sayıları dikkate alınarak, travay süresince her gebe için birebir ebe desteği sağlayacak şekilde yeterli sayıda ebenin istihdamı sağlanmalıdır.

8.5. Ebelerin eşlik ettiği normal doğum sayıları analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

EBE BAŞINA DÜŞEN NORMAL DOĞUM SAYISI			
Ebe Adı Soyadı	OCAK		
	Toplam normal doğum sayısı	Ebenin gerçekleştirdiği / eşlik ettiği normal doğum sayısı	Ebe başına düşen normal doğum sayısı
……			
……..			
……			

8.6. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılan normal doğum, primer sezaryen sayıları analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

DOĞUM SAYILARI						
AY						
	Normal Doğum Sayısı		Primer Sezaryen Sayısı		Toplam Doğum Sayısı	
Hekim /Adı Soyadı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı
X Hekim						
Y Hekim						
…….						
Toplam Ortalama						

**Primer sezaryen oranı (%) = (Primer sezaryen sayısı / Toplam doğum sayısı) X100

Çoğul doğumlar tek sayılır.Ölü doğumlar hesaplamaya dahil edilmelidir.

Müdahaleli doğumlar toplam sayıya dahil edilecek.

8.7. Sezaryen endikasyonları, özellikle Robson 1 ve 2. gruplar temel alınarak, her ay düzenli analiz edilmelidir.

8.8. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analizler yapılarak sonuçlar ilgili hekim ve ebelerle değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği

Bu standart, doğum hizmetlerinin kaliteli, güvenli ve anne-bebek dostu bir yaklaşımla sunulmasını ve bu hizmetlerin sürekli olarak izlenip değerlendirilmesini kapsar.

Ebe polikliniği ve gebe okulu gibi destekleyici yapıların kurulması, normal doğumun teşviki, sezaryen oranlarının analiz edilmesi, doğum öncesi-bilgilendirme süreçlerinin güçlendirilmesi ve doğumhanelerin personel ve fiziki kapasite açısından etkin kullanılmasını sağlar.

Standardın Amacı

•Normal doğumu teşvik etmek ve sezaryen oranlarını azaltmak
•Anne ve yenidoğan sağlığını korumak
•Doğuma hazırlık süreçlerini iyileştirmek
•Ebe desteğini artırarak birebir doğum takibi sağlamak
•Doğumhane kaynaklarının verimli kullanımını sağlamak

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

•Doğum hizmetlerinin kalitesi ve güvenliği artar.
•Hasta memnuniyeti yükselir, sezaryen oranları azalır.
•Anne dostu ve bebek dostu unvanlarının kazanılmasıyla kurumsal prestij yükselir.
•Normal doğuma yönlendirme sayesinde tıbbi endikasyon dışı sezaryen uygulamaları önlenir.
•Doğuma hazırlık süreci güçlenir; anne adayları kendilerini daha güvende hisseder.
•Doğum sürecine eşlik eden ebe sayısı artar; komplikasyon riski azalır.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Ebe Polikliniği ve Gebe Okulu

•Tesis bünyesinde ebe odası veya ebe polikliniği açılmalı; gebe takibi yapan ebeler görevlendirilmelidir.
•Gebe okulu, gebelere doğuma hazırlık eğitimi verecek şekilde organize edilmelidir.

Eğitim Alan Gebelerin Doğum Şekli

•Gebe okuluna katılan her gebeye ait doğum tipi (normal, sezaryen, ölü doğum vb.) HBYS üzerinden takip edilmelidir.
•Bu veriler, eğitimlerin etkinliğini gösteren kritik bir göstergedir.

Anne ve Bebek Dostu Hastane Kriterleri

•Anne dostu ve bebek dostu hastane belgelendirmesi için gerekli kalite ve uygulama adımları başlatılmalıdır.
•Emzirme danışmanlığı, ten tene temas, doğum sonrası bakım gibi uygulamalar yerleştirilmelidir.

TDL Alanlarının ve Ebelerin Etkin Kullanımı

•Travay-Doğum-Lohusa (TDL) alanları doğum sayısına uygun olarak düzenlenmeli, her gebe için doğum boyunca birebir ebe desteği sağlanmalıdır.
•Ebelerin çalışma planları buna göre yapılmalı, eksik personel tespiti halinde il sağlık müdürlüğü ile iş birliği sağlanmalıdır.

Doğum Şekli ve Sezaryen Endikasyonları Analizi

•Normal doğum, primer sezaryen ve endikasyonları uzman bazlı analiz edilmelidir.
•Özellikle Robson 1 ve 2 gruplarındaki sezaryen oranları ay ay takip edilmeli, endikasyon dışı artışlar araştırılmalıdır.

Veri analizi ve iyileştirme süreçleri

•İki ayda bir, başhekim başkanlığında tüm veriler hekim ve ebelerle karşılaştırmalı şekilde değerlendirilmelidir.
•Gerektiğinde doğumhane ekip eğitimleri, çalışma düzeni, cihaz ve alan iyileştirmeleri gibi önlemler alınmalıdır.

Gebe ile ebe eşleştirilmesi ve doğum alanlarının tanıtılması

•Doğuma üç ay kala gebeye, doğum yapacağı alan gezdirilmeli, doğumhane ekibi tanıtılmalı ve süreci yönetecek ebe önceden belirlenmelidir.
•Bu yaklaşım, doğum korkusunu azaltır, doğum sürecinin güvenli geçmesine katkı sağlar.

09 Standart Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınları zamanında bilgilendirilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

9.1. Hasta yakınlarına ilk başvuruda; hastanın klinik durumu, tedavi süreci, yoğun bakım ziyaret kuralları ve olası sevk durumu hakkında gerekli bilgilendirme eksiksiz şekilde yapılmalıdır.

9.2. Bilgilendirmelerin kim tarafından ne zaman, nerede, nasıl, ne şekilde ve kimlere yapılacağı belirlenmelidir.

9.3. Hasta yakınları günlük (hafta sonu ve resmî tatil günleri dahil) bilgilendirilmelidir.

9.4. Yoğun bakım üniteleri ziyaret kuralları ve ziyaretçilerin uyması geren kurallar belirlenerek, hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.

9.5. Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve hasta ziyaretine dair kayıtlar tutulmalıdır.

9.6. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile yoğun bakım bilgilendirme süreçleri 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, yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının ilk başvurudan itibaren, her gün düzenli olarak ve belirli yöntemlerle bilgilendirilmesini; bu bilgilendirmelerin kayıt altına alınarak izlenmesini, analiz edilmesini ve gerekli durumlarda süreç iyileştirmelerinin yapılmasını kapsamaktadır.

Standardın Amacı

•Hasta yakınlarının yoğun bakım sürecine dair net, zamanında ve düzenli bilgi edinmesini sağlamak,
•Ziyaret ve bilgilendirme uygulamalarını standardize etmek,
•Sağlık profesyonelleri ve hasta yakını arasındaki iletişimi güçlendirmek,

•Bilgilendirme süreçlerini şeffaf ve denetlenebilir hale getirmek,
•Hasta yakınlarının güven duygusunun güçlendirilmesi hasta/hasta yakını memnuniyeti sağlamak,
•Kriz anlarında iletişim kazalarını azalmak,
•Klinik karar verme süreçlerinde hasta yakını ile uyum içinde ilerlemek.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

•Bilgilendirme eksikliğinden kaynaklanan stres, öfke ve kaygılar azalır ve hasta yakını memnuniyetinde artış olur.
•İletişim kaynaklı hatalar azalır; sevk, ölüm ya da prognozda bozulma gibi süreçler yönetilebilir hale gelir.
•Bilgilendirme ve ziyaret prosedürlerinin yazılı ve standart olması sayesinde kaotik durumlar engellenir.
•Süreç netliğinin sağlanması, sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltır, güvenli ortam sunar.
•Kayıtların tutulması ve analiz edilmesi ile sürekli gelişim sağlanabilir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

İlk Bilgilendirme Süreci

•Hasta ilk yoğun bakıma kabul edildiğinde, hasta yakınlarına hastanın durumu, tedavi süreci, ziyaret kuralları ve olası sevk ihtimalleri hakkında eksiksiz bilgi verilmelidir.
•Bilgilendirme yapan personel kendisini tanıtmalı, yaka kartı kullanılmalıdır.

Bilgilendirme Sürecinin Standardizasyonu

•Bilgilendirmelerin "kim tarafından, ne zaman, nerede, nasıl, kimlere" yapılacağı yazılı olarak belirlenmelidir.
•Bilgilendirme görevini üstlenen kişiler, belirli saatlerde ve belirlenen kişilere (tercihen birinci derece yakın) düzenli bilgi sunmalıdır.

Düzenli Bilgilendirme

•Hasta yakınları hafta sonu ve resmî tatil günleri dahil olmak üzere her gün bilgilendirilmelidir.
•Bu bilgilendirme kısa ve rutin değil, hastanın genel durumu, tedavi seyri ve beklenen süreçlerle ilgili güncel bilgiler içermelidir.

Ziyaret Kuralları ve Planlama

•Yoğun bakım ziyaret kuralları yazılı olarak belirlenmeli ve hasta yakınlarına açıkça bildirilmelidir.
•Ziyaret saatleri ve kuralları, bilgilendirme süreciyle uyumlu olmalıdır.

Kayıt ve Takip

•Bilgilendirme ve ziyaretlere dair tüm kayıtlar tarih, saat, bilgilendiren kişi ve bilgilendirilen kişi ile birlikte HBYS veya manuel sistemde tutulmalıdır.
•Özellikle hasta sevki, prognozun değişmesi, entübasyon, yoğun tedavi gereksinimi gibi kritik süreçlerde yapılan bilgilendirmeler ayrıntılı biçimde belgelenmelidir.

Veri Analizi ve Sürekli İyileştirme

•İki ayda bir, başhekim başkanlığında ilgili yöneticilerin katılımıyla, geçmiş iki aya ait bilgilendirme kayıtları analiz edilmelidir.

•Süreçte tespit edilen eksiklikler için iyileştirme planları yapılmalı; örneğin eksik kayıt tutma, geciken bilgilendirme, ziyaret şikayetleri vs.
•Değerlendirme sonuçları ilgili personelle paylaşılmalı ve eğitici/önleyici adımlar atılmalıdır.

10 Standart Yoğun bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

10.1. Yoğun bakım ünitelerinde yatak doluluk oranı analiz edilmelidir.

10.2. Yoğun bakım ünitelerinde uzun süreli yatışlar analiz edilmeli ve yoğun bakım ünitelerinde uzamış yatışların önlenmesi amacıyla, belirli periyotlarla (haftalık) yerinde endikasyon değerlendirmeleri yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

YOĞUN BAKIMDA HEDEF SÜRENİN ÜZERİNDE YATAN HASTA SAYISI		
Yoğun Bakım Adı	AY:	
	Yoğun Bakım En Uzun Yatış Hedef Süre	Yoğun Bakım Hedef Süresinin Üzerinde Yatan Hasta Sayısı
3.Seviye KVC YB		
3.Seviye Nöroloji YB		
3.Seviye Reanimasyon YB		
2.Seviye Dahiliye Yoğun Bakım		
2.Seviye Çocuk YB		

10.3. Yoğun bakımda kullanılan monitör, ventilatör ve kan gazı cihazlarının e-Nabız'a veri gönderimi takip edilmelidir.

10.4. Yoğun bakım ünitelerinde hasta değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler HBYS üzerinden yapılmalıdır.

10.5. Yoğun bakım ünitelerinde basınç yaralanmaları analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

BASINÇ YARASI OLAN HASTA SAYISI									
Yoğun Bakım Adı	AY								
	3.Seviye KVC YB	3.Seviye Nöroloji YB Fazla	3.Seviye Reanimasyon YB	3.Seviye Yoğun Bakım	2.Seviye Dahiliye YB	2.Seviye Çocuk YB	2.Seviye Yoğun Bakım	.....	Genel Ortalama (3.Seviye YB +2.Seviye
Basınç yarası olan toplam hasta sayısı									
Basınç yarası gelişen toplam hasta sayısı									

Basınç Yarası Olan Toplam Hasta Sayısı = (İlk defa basınç yarası oluşan hasta sayısı + Mevcut basınç yarası olan hasta sayısı + Yeni basınç yarası açılan hasta sayısı+Evresi artan hasta sayısı)

Basınç Yarası Gelişen Toplam Hasta Sayısı = (İlk defa basınç yarası oluşan hasta sayısı + Yeni basınç yarası açılan hasta sayısı+evresi artan hasta sayısı)

İlk defa basınç yarası oluşan hasta sayısı : Yoğun bakıma kabulünde vücudunda hiç basınç yarası bulunmayan yatış süresi içinde ilk defa yara açılan hasta sayısını ifade eder.

Mevcut basınç yarası olan hasta sayısı : Yoğun bakıma kabulünde basınç yarası bulunan hasta sayısını ifade eder.

Yeni basınç yarası açılan hasta sayısı: Yoğun bakıma kabulünde basınç yarası mevcutken başka bir bölgede basınç yarası oluşan hasta sayısını ifade eder (Örneğin yoğun bakıma kabulünde sacrumda basınç yarası var iken yoğun bakımda yatarken trokanterde basınç yarası gelişmesi).

Evresi Artan Hasta Sayısı: Evresinde artış olan hasta sayısını ifade eder (Örneğin Evre II'den Evre III basınç yarlanmasının çıkması)

10.6. Yoğun bakım ünitelerinde hastane kaynaklı enfeksiyonlar analiz edilmelidir.

10.7. Yoğun bakım hastalarının evde sağlık hizmetlerine entegrasyonunu sağlamak amacıyla, sosyal çalışmacılar kapsamlı ve koordineli bir şekilde gerekli müdahale ve yönlendirme çalışmalarını yürütmelidir.

10.8. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı 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, yoğun bakım hizmetlerinin verimli, güvenli ve kaliteli yürütülmesini sağlamak amacıyla çeşitli performans göstergelerinin düzenli olarak izlenmesi ve analiz edilmesini içerir.
Yatak doluluk oranı, uzun süreli yatışlar, hastane enfeksiyonları, basınç yaralanmaları, dijital klinik ölçek kullanımı, cihazlardan e-Nabız'a veri gönderimi ve evde sağlık hizmetlerine entegrasyon süreçleri bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Standardın Amacı

•Yoğun bakım yatak kapasitesini etkin ve adil biçimde kullanmak
•Hasta bakım kalitesini artırmak, hasta güvenliğini sağlamak
•Uzun süreli yatışları önleyerek kaynak kullanımını optimize etmek
•Enfeksiyon ve komplikasyon oranlarını azaltmak
•Evde sağlık ve sosyal hizmet süreçlerini bütünleştirmek
•Dijital takip ve performans analizleriyle iyileştirmeleri sistematik hale getirmek

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

•Kısıtlı yoğun bakım yataklarının daha çok hastaya erişimini sağlar.
•Hasta bakım süreçlerinde kalite ve süreklilik sağlanır.
•Yoğun bakım personelinin yükü dengelenir, hasta devir hızı artar.
•Yatan hasta süreleri kısaldığı için yatak sirkülasyonu artar.
•Enfeksiyon ve bası yarası gibi komplikasyonların azalması, hem klinik hem maliyet avantajı sağlar.
•Sosyal hizmet ve evde bakım süreçleri sayesinde hasta taburculukları planlı ve güvenli hale gelir.
•e-Nabız ve HBYS entegrasyonuyla dijitalleşme artar, ulusal sağlık veri sistemleri güçlenir.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Yatak Doluluk Oranlarının Takibi

•Her yoğun bakım ünitesinin doluluk oranı haftalık/aylık izlenmeli ve analiz edilmelidir.
•Aşırı doluluk ya da düşük kullanım durumlarında neden-sonuç ilişkisi kurulmalıdır.

Uzun Süreli Yatışları Değerlendirin ve Endikasyon Toplantıları

•Haftalık olarak hasta bazlı endikasyon değerlendirme toplantıları yapılmalı, özellikle >14 gün yatışı olan hastalar ele alınmalıdır.
•Uzamış yatışlara neden olan klinik, sosyal ya da organizasyonel engeller kaldırılmalıdır.
Monitör, ventilatör, kan gazı cihazları e-nabız veri gönderimi
•Bu cihazlardan otomatik veri aktarımı sağlanmalı; veri aktarımı gerçekleşmeyen cihazlar için teknik müdahale yapılmalıdır.
•Veri bütünlüğü, e-Nabız istatistikleri açısından önemlidir.

Tüm Klinik Ölçeklerin HBYS Üzerinden Kullanımı

•APACHE, SOFA gibi yoğun bakım ölçekleri kâğıt ortam yerine HBYS içinde değerlendirilmeli, bu sayede izlenebilirlik sağlanmalıdır.
•Klinik karar destek sistemleriyle entegrasyon sağlanmalıdır.

Basınç Yaraları ve Enfeksiyonların Takibi

•Her bir yoğun bakım hastasında gelişen bası yarası ve nozokomiyal enfeksiyonlar hemşirelik bakım formlarına entegre edilmelidir.
•Oranlar birim bazlı analiz edilerek önleyici eylem planları oluşturulmalıdır.

Sosyal Hizmet Birimi ile Evde Sağlık Entegrasyonu

•Uzun yatış yapan veya taburculuğa hazırlanan hastaların evde sağlık birimine entegrasyonu, sosyal çalışmacı koordinasyonunda yapılmalıdır.
•Gerektiğinde aile desteği, cihaz temini, bakım planlaması organize edilmelidir.

Verilerin analizi ve iyileştirme süreci

•Tüm bu veriler, başhekim koordinasyonunda iki ayda bir analiz edilmeli ve önceki dönemle karşılaştırılmalıdır.
•Gerekli görülen durumlarda eğitim, organizasyonel değişiklikler veya altyapı iyileştirmeleri hızla başlatılmalıdır.

11 Standart Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

11.1. Palyatif bakım kliniklerinde görev alan sağlık çalışanlarına alana özgü eğitimler verilmelidir.

11.2. Palyatif bakım kliniklerinde; diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı, psikolog ve manevi bakım uzmanı hasta ve ailesini disiplinlerine ait değerlendirme ölçekleri ile değerlendirmek üzere ziyaret etmelidir.

11.3. Multidisipliner ekip toplantıları ayda en az bir kez yapılmalıdır.

11.4. Palyatif bakımda uzun süreli yatışlar analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

PALYATİF BAKIMDA HEDEF SÜRENİN ÜZERİNDE YATAN HASTA SAYISI		
AY:		
	Palyatif Bakım En Uzun Yatış Hedef Süre	Palyatif Bakımda Hedef Süresinin Üzerinde Yatan Hasta Sayısı
Palyatif Bakım 1		
Palyatif Bakım 2		

11.5. 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

Bu standart, palyatif bakım kliniklerinde hizmet kalitesini artırmak için sağlık çalışanlarının eğitiminden hasta ve ailesinin multidisipliner ekiplerce düzenli değerlendirilmesine, uzun süreli yatışların analizinden iyileştirme çalışmalarına kadar tüm süreçlerin sistematik olarak izlenmesini kapsar. Ekipte hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, manevi bakım uzmanı, sosyal çalışmacı gibi disiplinler yer alır . Multidisipliner ekip hasta ve ailesini ilk yatışta ve sonrasında disiplinlerine ait değerlendirme ölçekleri değerlendirmelidir. Sorun var ise disiplinine ait günlük yok ise en az 72 saatte bir tekrar değerlendirmelidir. Ayrıca, iki ayda bir veriler analiz edilip değerlendirilir.

Standardın Amacı

•Palyatif bakım hizmetlerinde hasta ve aile odaklı, multidisipliner bir bakım modeli oluşturmak
•Sağlık çalışanlarının palyatif bakıma özgü bilgi ve becerilerini artırmak
•Hastaların yaşam kalitesini ve konforunu yükseltmek
•Uzun süreli yatışları analiz ederek gereksiz hastane kalışlarını azaltmak
•Hasta ve aile ihtiyaçlarına yönelik sürekli iyileştirme süreçleri oluşturmak

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

•Kaliteli ve etkin palyatif bakım sunumu sağlanır.
•Ekip içi iletişim ve koordinasyon güçlenir; hastaya bütüncül yaklaşım artar.
•Eğitimli personelle hasta bakımının standardı yükselir.
•Uzun yatış süreleri azaltılarak hastane kaynakları daha etkin kullanılır.
•Hasta ve aile memnuniyeti artar; hastane itibarı güçlenir.
•Sağlık verilerinin sistematik izlenmesi ile aksiyon planları hızlı uygulanır.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Sağlık Çalışanlarına Alana Özgü Eğitimlerin Sürekliliği:

•Palyatif bakımda görev yapan tüm sağlık çalışanlarına (hekim, hemşire, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, manevi bakım uzmanı, sosyal çalışmacı vb.) alanlarına özgü güncel ve kapsamlı eğitimler düzenli olarak verilmelidir. Bu eğitimler, palyatif bakımın temel felsefesi, etik ve yasal çerçevesi, ağrı ve semptom yönetimi gibi kritik konuları içermelidir.

Multidisipliner Ekip Ziyaret ve Değerlendirmeleri:

•Hasta ve ailesi, multidisipliner ekip tarafından kendi disiplinlerine özgü değerlendirme ölçekleri kullanılarak ziyaret edilmeli ve değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeler HBYS üzerinden takip edilmeli ve ekip üyeleri arasında koordinasyon sağlanmalıdır. Psikolojik ve sosyal destek bilgilerinin gizliliği korunarak erişim kısıtlamaları sağlanmalıdır.

Düzenli Multidisipliner Toplantılar:

•Palyatif bakım ekibi, ayda en az bir kez toplanarak hastaların durumu, tedavi planları ve bakım süreçlerini gözden geçirmeli, sorunları tartışmalı ve çözümler üretmelidir.

Uzun Süreli Yatışların Analizi:

•Palyatif bakımda uzun süre yatan hastalar düzenli olarak analiz edilmeli, bu durumun nedenleri ve bakım süreçleri detaylı olarak incelenmelidir. Bu analizler doğrultusunda evde sağlık hizmetleri gibi alternatif bakım modellerine geçiş planlanmalıdır.

Veri Analizi ve İyileştirme Çalışmaları:

•Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla her iki ayda bir, önceki iki aya ait veriler analiz edilmeli; tespit edilen sorunlar için gerekli iyileştirme çalışmaları zamanında başlatılmalıdır.

Ekip İçi Koordinasyon ve İletişim:

•Multidisipliner ekip üyeleri arasında etkili iletişim sağlanmalı, hasta bakımında bütüncül yaklaşım benimsenmeli ve hasta ile ailesinin yaşam kalitesini artıracak kararlar ortak alınmalıdır.

12 Standart — Sağlık tesisinde sevklerin analizi yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

12.1. Sağlık tesisinde il içi yapılan sevklerde her bir hasta için; sevk eden birim (Acil servis, poliklinik, yoğun bakım, yataklı servisler için), sevk eden branş, sevk eden hekim, sevk edilen hastane, sevk edilen branş, sevk nedeni, sevke neden tanı kodu ve adı, sevk yöntemi bilgileri HBYS' de kayıt altına alınmalıdır.

12.2. Sağlık tesisinde il dışı yapılan sevklerde her bir hasta için; sevk eden birim (Acil servis, poliklinik, yoğun bakım, yataklı servisler için), sevk eden branş, sevk eden hekim, sevk edilen il, sevk edilen hastane, sevk edilen branş, sevk nedeni, sevke neden tanı kodu ve adı, sevk yöntemi bilgileri HBYS' de kayıt altına alınmalıdır.

Örnek Tablo:

Sevk Analizleri					
AY:	Acil Servis	Yoğun Bakımlar	Poliklinikler	Yataklı Servisler	**TOPLAM**
Sevk Sayısı*					
İl İçi Sevk Sayısı					
İl Dışı Sevk Sayısı					
Muayene Başına Toplam Sevk Sayısı					

*** Sevk Sayısı :** Sağlık tesisinin ilgili bölümlerinden yapılan resmi sevk sayısı.

İl İçi Sevk Sayısı: Sağlık tesisinin ilgili bölümlerinden il içine yapmış olduğu resmi sevk sayısı.

İl Dışı Sevk Sayısı: Sağlık tesisinin ilgili bölümlerinden il dışına yapmış olduğu resmi sevk sayısı.

Muayene Başına Toplam Sevk Sayısı (1.000 Muayene başına): İlgili Bölümden Yapılan Toplam Sevk Sayısı X 1.000 / Toplam Muayene Sayısı

12.3. Sağlık tesisinden kurum dışı yapılan sevkler ilgili branş hekimi tarafından gerçekleştirilmelidir.

12.4. Sağlık tesisinden kurum dışı yapılan sevkler; mesai saatlerinde acil servis sorumlu başhekim yardımcısının, mesai saatleri dışında nöbetçi idari şef hekimin bilgisi dahilinde yapılmalıdır.

12.5. Acil serviste hastalar tarafından imzalanan tedavi red formları; hasta bilgisi, ilgili hekim, başvuru saati ve tanısı dikkate alınarak analiz edilmelidir.

12.6. Acil servisin 112 ile diğer sağlık tesislerinden aldığı sevk sayısı analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

ACİL SERVİSİN 112 İLE DİĞER SAĞLIK TESİSLERİNDEN ALDIĞI SEVK SAYISI	
	AY:
Acil Servisin 112 İle Diğer Sağlık Tesislerinden Aldığı Sevk	

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

Standardın İçeriği

Sağlık tesisinden il içi ve il dışı sevklerde hasta, sevk eden birim, hekim, sevk edilen yer, tanı kodu, sevk nedeni gibi bilgiler HBYS'de eksiksiz kayıt altına alınır. Kurum dışı sevkler ilgili branş hekimi tarafından yapılır, mesai saatlerinde acil servis sorumlu başhekim yardımcısı; mesai dışı ise nöbetçi idari şef hekimin bilgisi dahilinde gerçekleştirilir. Acil serviste tedavi reddi ve 112'den gelen sevkler düzenli analiz edilir. Başhekim koordinasyonunda iki ayda bir sevk verileri değerlendirilir ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılır.

Standardın Amacı

•Sevk süreçlerinin şeffaf, düzenli ve kayıtlı yönetilmesini sağlamak
•Sevk gerekçelerini, tanılarını ve yöntemlerini doğru kayıt altına alarak veriye dayalı analiz yapmak
•Sağlık kaynaklarının etkin kullanımı ve sevk zincirinde aksaklıkların önlenmesi
•Acil servis ve diğer birimler arasında koordinasyon ve iletişimi güçlendirmek

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

•Sevklerin doğru ve detaylı izlenmesi sayesinde hizmet kalitesi artar
•Sevk nedenlerine göre planlama ve kaynak yönetimi yapılabilir
•Hasta güvenliği ve memnuniyeti artar
•Kurumlar arası iletişim ve işbirliği gelişir, gereksiz sevklerin önüne geçilir
•Performans ve süreç iyileştirme çalışmaları sağlıklı verilere dayanır

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Sevk Kayıtlarının Eksiksiz ve Doğru Tutulması:

•Sevk işlemlerinde her hastaya ait sevk eden birim, branş, hekim bilgileri; sevk edilen il, hastane, branş ve sevk nedeni ile tanı kodu ve adı gibi bilgilerin HBYS sistemine eksiksiz, doğru ve zamanında kaydedilmesi sağlanmalıdır.

Sevk Sürecinin Yetkililerce Yönetilmesi:

•İl içi ve dışı sevkler sadece ilgili branş hekimleri tarafından gerçekleştirilmelidir. Kurum dışı sevkler mesai saatlerinde acil servis sorumlu başhekim yardımcısının, mesai dışında ise nöbetçi idari şef hekimin bilgisi dahilinde yapılmalıdır.

Tedavi Red Formlarının Analizi:
•Acil serviste hastalar tarafından imzalanan tedavi red formları; hasta bilgileri, ilgili hekim, başvuru saati ve tanısı dikkate alınarak düzenli analiz edilmelidir. Bu sayede tedavi reddi nedenleri ve sayıları izlenebilir.

Sevklerin Düzenli İzlenmesi ve Analizi:
•Acil servisin 112 ve diğer sağlık tesislerinden aldığı sevk sayıları ile sağlık tesisinden yapılan sevkler başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla her iki ayda bir analiz edilmelidir. Önceki iki aya ait veriler, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde değerlendirilmelidir.

İyileştirme Çalışmalarının Zamanında Başlatılması:
•Analizler sonucunda tespit edilen aksaklıklar veya iyileştirme gerektiren durumlar için gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler hızlıca başlatılmalıdır.

Kaynakların Etkin Kullanımı:
•Sevk verilerinin düzenli değerlendirilmesi sağlık kaynaklarının etkin kullanımı için kritik öneme sahiptir; bu nedenle sevk süreçlerinin her aşaması titizlikle yönetilmelidir.

Ekip İçi Koordinasyon:
•Başhekim, başhekim yardımcısı ve acil servis sorumlu hekimi arasında sevklerle ilgili sürekli iletişim ve koordinasyon sağlanmalıdır.

13 Standart — Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

13.1. Çalışanlardan görüş, öneri, şikâyet ve geri bildirimler alınmasına yönelik iletişim kanalları oluşturulmalıdır.

13.2. Hastane çalışanlarının hastane yöneticileri ile görüşme taleplerine ilişkin bir sistematik geliştirilmeli ve duyurulmalıdır.

13.3. Çalışanların görüş, öneri, şikâyet ve geri bildirimleri aylık olarak değerlendirilmelidir.

13.4. İlgili çalışanlara değerlendirme sonuçları ve alınan kararlara dair geri bildirim yapılmalıdır.

13.5. Çalışanların aidiyet duygularını ve motivasyonlarını artıracak faaliyetler planlanmalıdır.

13.6. 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

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.

Standardın 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

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

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 iyileştirici 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.

14 Standart — Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

14.1. Bina turları; başhekim ve başhekim tarafından belirlenen birim sorumlularının katılımı ile iki ayda bir yapılmalıdır. Gerektiğinde bu sıklık arttırılabilir.

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

14.3. Bina turunda tespit edilen uygunsuzluk ve eksikliklere yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği

Başhekim ve görevlendirdiği birim sorumluları tarafından en az iki ayda bir bina turu 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 iyileştirici 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 Etmeliyiz?

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.

Düzeltici ve İyileştirici 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 değerlendirme aracı olarak değil; eğitim, farkındalık ve kurumsal öğrenme aracı olarak görülmelidir.
•Katılımcı bir yaklaşımla, çalışan görüşlerine de yer verilerek sürece dahil edilmelidir.

15 Standart Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

15.3. Hastanedeki tüm temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri düzenli olarak kontrol edilmeli; sorumlular, sorumlulukları ile kontrol yöntemi ve aralıkları net şekilde belirlenmelidir.

15.4. Hastanede haşere, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.

15.5. Mutfak kokularının hastane hizmet alanlarına karışmasını önleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.

15.6. Gıdalar, uygun servis ısısı, kapalı sunum ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.

15.7. Sağlık tesisinde mahremiyet her alanda sağlanmalıdır.

15.8. Hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

15.9. Hasta yatakları, yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatlarda hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.

15.10. Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

15.11. Tekerlekli sandalye ve sedye kullanımında hasta güvenliğini sağlayacak şekilde önlemler alınmalıdır.

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

15.13. Web sitesi güncel olmalıdır.

15.14. 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

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 Etmeliyiz?

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 klinik ve hizmet alanında hasta mahremiyeti güvence altına alınmalıdır.

Fiziksel Konfor ve Güvenlik

•Hasta odaları yeterli havalandırma ve aydınlatmaya sahip olmalı; yataklar hasta güvenliğini sağlayacak özellikte olmalıdır.
•Tuvalet ve banyolarda hemşire çağrı sistemlerinin çalışır durumda olması sağlanmalıdır.
•Tekerlekli sandalye ve sedyelerde hasta güvenliği için sabitleyici sistemler kontrol edilmelidir.
•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 değerlendirmeler yapılmalıdır.

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.
•Hastane web sitesi düzenli olarak güncellenmeli, hizmet bilgileri ve başvuru kanalları doğru şekilde sunulmalıdır.

Değerlendirme ve İyileştirme

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

16 Standart — Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

16.1. Hastane 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.

16.2. Acil çıkışlar her an çıkışa hazır, ulaşılabilir ve işlevsel olmalıdır.

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

16.4. Jeneratör, asansör ve kesintisiz güç kaynaklarının güvenli kullanımı sağlanmalıdır.

16.5. Hastanede su, elektrik ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz sağlanmalıdır.

16.6. Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.

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

16.8. Hastanedeki tüm malzeme ve cihazların periyodik bakım, kalibrasyon ve kontrolleri düzenli ve planlı şekilde yürütülmelidir.

16.9. Hastane genelinin ve kritik birimlerin güvenlik kameraları ile izlenebilirliği sağlanmalıdır.

16.10. Çatılar, yangın ve acil durum risklerine karşı belirli periyotlarla denetlenmelidir.

16.11. Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analizler yapılarak sonuçlar ilgili hastane çalışanları ile değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

Standardın İçeriği

Hastane 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 değerlendirilir. 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 imkânı.
•Kaynakların kesintisiz ve güvenli şekilde işletilmesi.
•Tesis ve ekipmanların güvenli, uzun ömürlü ve etkin çalışmasını sağlar.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Yönlendirme ve Alan Tanımlamaları

•Hastane 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 göstermelidir.

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 İşleyişi
•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 İzlenebilirlik
•Hastane genel alanları ile özellikle kritik birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane çevresi vb.) kamera sistemleri ile izlenebilir olması sağlanmalıdır.
•Kamera sistemleri çalışır durumda tutulmalı ve kayıtların yedeklenmesi sağlanmalıdır.

Çatı ve Yapısal Alanların Değerlendirilmesi
•Çatılar, yangın ve acil durum riskleri açısından periyodik olarak incelenmeli, tehlike arz eden durumlara hızla müdahale edilmelidir.

Periyodik İzleme ve İyileştirme Süreci
•Başhekim başkanlığında ilgili birimlerle iki ayda bir toplantılar yapılmalı; elde edilen bulgular analiz edilerek sonuçlar hastane çalışanları ile paylaşılmalıdır.
•İyileştirme ihtiyacı görülen alanlarda derhal düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalı, uygulama süreci izlenmelidir.

17 Standart Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

17.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırların HBYS üzerinden izlenebilirliği sağlanmalıdır.

BİYOMEDİKAL DAYANIKLI TAŞINIR TAKİP TABLOSU																					
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	*Değerlendirme Detay
1																					
2																					
.....																					
31																					
Toplam																					

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

17.2. 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	Sözleşme kapsamında / Sözleşme kapsamında olan
1													
2													
.....													
31													
Toplam													

Aktif Cihaz Sayısı: Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Envanter Yönetimi Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinden 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 taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinden 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 taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinden 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 No	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 Ekranın'nda yer alan biyomedikal dayanıklı taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinden belirtilen alanlara ait bilgiler alınacaktır.

**Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Dayanıklı Envanter Yönetimi Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinden 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 taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinden 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 taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinden 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 taşınıra ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinden 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															
Toplam															

17.3. 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

Cihazların, özellikle biyomedikal dayanıklı taşınırların, HBYS sistemi üzerinden aktif, pasif ve arıza süreleri ile birlikte kayıt altına alınması sağlanır. Şehir Hastanelerinde Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmetleri Kapsamında Ek-13 Tıbbi Ekipmanlara yönelik SBYS/Tesis Yönetim Sistemi üzerinden aktif, pasif, arızalı durumu izlenebilmeli ve MKYS ile gerçek zamanlı durum güncellemesi sağlanabilmelidir. Envanter Yönetimi 1.5.5.7. Şirket, SBYS Hizmetleri kapsamında kurulan Sağlık Tesisi içindeki tüm Tıbbi Ekipmanlar için denetlenebilir envanter yönetim sistemini uygulayacaktır. 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 Etmeliyiz?

HBYS Üzerinden Cihazların İzlenebilirliği

•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.
•Arızalı cihaz sayısı fazla olan birimler analiz edilerek kullanıcı eğitimleri tekrarlanmalıdır.

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 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 İyileştirme 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 ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalı, alınan önlemlerin etkisi takip edilmelidir.

18 Standart Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

18.2. Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili stok ve HBYS miktar ve miad uyumu kontrolü yapılmalıdır.

18.3. Özellikli birim ve kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok miktarları 5 günlük tüketim miktarına uyumu kontrol edilmelidir.

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*
Acil Servis	(Jenerik Kalem Sayısı)	-	(İlgili Birimin Toplam İlaç Miktarı)	(İlgili Birimin Toplam İlaç Tutarı)	(5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı)	(5 Günlük İlaç Tüketim Tutarı)
Yoğun Bakım-1 Servisi						
Yoğun Bakım-2 Servisi						
Yoğun Bakım-3 Servisi						
Ameliyathane						
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu						
Diyaliz Deposu						
Görüntüleme Deposu						
Anestezi Deposu						
Servis Eczanesi *						
Diğer						
TOPLAM	**-**	**-**	**Toplam İlaç Miktarı**	**Toplam İlaç Tutarı**	**-**	**-**

Servis İlaç Deposu (Ekran Detayı)

Servis İlaç Deposu -2						
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***
Acil Servis	2	-	652	347,58	740	391,67
	Parasetamol 500 mg tb	-	525	210	600	240
		Örnek-1 500 mg tb	300	120	-	-
		Örnek-2 500 mg tb	100	38,75	-	-
		Örnek-3 500 mg tb	125	51,25	-	-
	Hiyosin-N-butilbromür	-	127	137,58	140	151,67
		Örnek-4	127	137,58	-	-

İlgili 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.

SERVİS TIBBİ SARF MALZEME DEPOSU						
Birim Adı	**Tıbbi Sarf Malzeme Tanımı****	**Tıbbi Sarf Malzeme Adı**	**Stok Miktarı**	**Stok Tutarı**	**5 Günlük Tüketim Miktarı Ortalaması***	**5 Günlük Tüketim Tutar Ortalaması***
Acil Servis	-	-	(İlgili Birim Toplam Miktarı)	(İlgili Birim Toplam Tutarı)	(Toplam5 Günlük Tüketim Miktarı)	(Toplam5 Günlük Tüketim Tutarı)
Yoğun Bakım-1 Servisi						
Yoğun Bakım-2 Servisi						
Yoğun Bakım-3 Servisi						
Ameliyathane						
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu						
Diyaliz						
Görüntüleme Deposu						
Anestezi Deposu						
Diğer						
TOPLAM	**-**	**-**	**Tüm Birimler İçin Toplam Miktar**	**Tüm Birimler İçin Toplam Tutar**	**-**	**-**

Servis Tıbbi Sarf Malzeme Deposu (Ekran Detayı)

SERVİS TIBBİ SARF MALZEME DEPOSU						
Birim Adı	**Tıbbi Sarf Malzeme Tanımı****	**Tıbbi Sarf Malzeme Adı*****	**Stok Miktarı**	**Stok Tutarı**	**5 Günlük Tüketim Miktarı Ortalaması***	**5 Günlük Tüketim Tutar Ortalaması***
Yoğun Bakım Servisi	-	-	1.180	6.140,62	1380	7.351,3
	İnfüzyon Pompa Seti Tek Yollu	-	500	5.810	600	6.972
		Örnek-1	300	3.486		
		Örnek-2	200	2.324		
		…				
	Nazogastrik Sonda Lateks No 16	-	200	116	230	133,4
		Örnek-3	150	87	-	-
		Örnek-4	50	29	-	-
		…				

18.4. Sağlık tesisinde miadı yaklaşan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin HBYS'de takibi yapılmalıdır.

MİADI YAKLAŞAN İLAÇ				
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)	-
İlaç Depo				
Acil Servis				
Yoğun Bakım-1 Servisi				
Yoğun Bakım-2 Servisi				
Ameliyathane				
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu				
Diyaliz				
Görüntüleme Deposu				
Anestezi Deposu				
Diğer ……..				
Toplam	-	**Toplam Miktar**	**Toplam Tutar**	-

* MKYS'de tanımlı ilaç adını ifade etmektedir.

Miadı Yaklaşan İlaç (Ekran Detayı)

MİADI YAKLAŞAN İLAÇ - 2				
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**	**04.09.2025**
	Örnek-2 1000 mg Flakon	**50**	**225**	**11.09.2025**
Acil Servis	-	…	…	-
	Örnek-3 …	…	…	…

MİADI YAKLAŞAN TIBBİ SARF MALZEME				
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)	-
Acil Servis				
Yoğun Bakım-1 Servisi				
Yoğun Bakım-2 Servisi				
Ameliyathane				
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu				
Diyaliz				
Görüntüleme Deposu				
Anestezi Deposu				
Diğer ……..				
Toplam	-	**Toplam Miktar**	**Toplam Tutar**	-

18.5. Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için HBYS uyarı vermelidir.

18.6. Sağlık tesisinde belirlenen birim ve kliniklerde kısmi doz bildiriminin uygunluğu kontrol edilmelidir.

Kısmi Doz İmha						
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****
Acil Servis	(Jenerik Kalem Sayısı)	-	-	-	-	(İlgili Birimin Toplam İmha Edilen Tutarı)
Yoğun Bakım-1 Servisi						
Yoğun Bakım-2 Servisi						
Yoğun Bakım-3 Servisi						
Ameliyathane						
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu						
Anestezi Deposu						
Çocuk Servisi						
Kemoterapi İlaç Hazırlama Ünitesi						
TPN Solüsyonu Dolum Ünitesi						
Aseptik İlaç Hazırlama Ünitesi						
Diğer ……..						
Toplam						**Toplam Tutar**

Kısmi Doz İmha (Ekran Detayı)

Kısmi Doz İmha Yönetici Takip 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****
Kemoterapi İlaç Hazırlama Ünitesi	2	-	-	-	-	254,69
	Trastuzumab 150 mg Flakon	-	-	35	mg	248,96
		Örnek-1 150 mg	Flakon	10	mg	71,13
		Örnek-2 150 mg	Flakon	25	mg	177,83
	Sisplatin 10 mg 20 ml IV Flakon	-	-	5	mg	5,73
		Örnek-3 10 mg 20 ml IV Flakon	Flakon	5	mg	5,73

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

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

18.7. Tüm kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin iade oranları kontrol edilmelidir.

ORDER İADE ORANI							
Hekim Adı Soyadı	AY/YIL						
	Order Sayısı	Orderda Yer Alan Toplam İlaç Sayısı	Orderda Yer Alan Ortalama İlaç Sayısı	İlaç İade Edilen Order Sayısı	İade Edilen İlaç Sayısı	Order İade Oranı %	Orderda İade Edilen İlaç Oranı %
X Hekim	100	1200	12	20	180	20	15
Y Hekim							
…. Hekim							
Anestezi Yoğun Bakımı Toplam/Ortalama							
X Hekim							
Z Hekim							
…. Hekim							
Nöroloji Servisi Toplam/Ortalama							
…. Hekim							
…. Hekim							
……. **Toplam/Ortalama**							
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (Anestezi YB+ Nöroloji Servisi +…..)							

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

18.9. 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

Sağlık tesisinin ihtiyacına uygun ilaç ve tıbbi sarf malzeme listesi hazırlanır. HBYS'de stok ve miat takibi yapılır. 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

Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf malzeme ihtiyacının doğru olarak belirlenmesi, stok yönetiminin etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesi, stok yönetim sürecinin izlenebilir olması ve süreç analizlerinin gerçekleştirilerek maliyet etkinliğinin artırılmasıdır.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

•Sağlık tesisi ilaç ve tıbbi sarf malzeme ihtiyacının doğru olarak belirlenmesine olanak sağlar.
•Doğru ihtiyaç planlaması doğrultusunda ilaç ve tıbbi sarf malzeme tedarikinin zamanında yapılmasını sağlayarak sağlık hizmet sunumunda aksaklık yaşanmasını önler.
•İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miadı dolmadan tespit edilmesini ve miadının dolmadan kullanılmasının sağlanması için önlem alınmasına olanak verir.
•Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf malzemenin izlenebilir olmasını ve stok yönetiminin güçlendirilmesine katkıda bulunur.
•İzlenebilir bir sistemin oluşturulması ile sürecin yönetimi analiz edilerek etkinliği ve verimliliği artırılabilir.
•Stok yönetiminin öngörülebilir olmasını sağlar.
•Stok yönetiminde kontrole ve hesap verilebilirliğe katkıda bulunur.
•Süreç yönetiminin etkinliğinin artırılması ile mali sürdürülebilirliğe katkı sağlanır.

Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

İhtiyaç Tespit Komisyonunun Etkinliği

•İhtiyaç tespit komisyonu kurulmalı, toplantı çıktıları kayıt altına alınmalı ve kararların uygulamaya yansıması , komisyonun etkinliği izlenmelidir.
•Komisyonun üyeleri; klinik ihtiyaçları bilen, eczacı, 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 kontrol edilmeli uyumsuzluklar zamanında düzeltilmelidir.
•Bu kontrol süreci periyodik olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
•Uyumsuzluk varsa uyumsuzluğun sebebi araştırılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

Özellikli Birimlerde 5 Günlük Tüketim Esasına Göre Stok Takibi

•Medikal depodan; Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.
•Özellikli birimlerdeki (yoğun bakım, ameliyathane vb.) stok miktarlarının günlük ortalama tüketime uygunluğu değerlendirilmelidir.
•5 günlük tüketim seviyesi aşan stoklar tespit edilerek stok devir hızını artıracak önlemler alınmalıdır.
•Zorunlu bulundurulması gereken ilaç ve tıbbi sarf malzemeler değerlendirme dışında bırakılmalıdır.

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 öncelikli olarak miadı dolmadan sağlık tesisinde kullanımı sağlanmalı veya başka sağlık tesisine devri gerçekleştirilerek mali kayıplar önlenmelidir.

Kısmi Doz ve İade Süreçleri

•Özellikle kemoterapi, pediatri ve palyatif gibi alanlarda uygulanan kısmi doz bildirimleri HBYS ve klinik kayıtlarla uyumlu olmalıdır.
•Birim ve servislerde kısmi doz kullanıma konu olan ilaçların belirlenerek kullanılmayan ilaç dozunun israfının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla ilaçlar aseptik ortamda Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimatına" uygun olarak hazırlanmalıdır.
•İade oranı yüksek olan servis/klinikler belirlenmelidir. İade oranlarının düşürülmesi için ürünlerin iade nedenleri analiz edilmeli, gerekli düzenlemeler yapılarak önlemler alınmalıdır.

Faturalandırma ve Düşüm Uygulamaları

•Tüm kliniklerde 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 İyileştirme Süreçleri

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

19 Standart Sağlık tesisinde medikal depo yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

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		-	-

Kritik Öneme Sahip Laboratuvar Malzemesi Takip Tablosu					
Birim Adı	**Malzeme Tanımı**	**Malzeme Adı**	**Mevcut Laboratuvar Stok Miktarı**	**Kritik Stok Miktarı**	**60 Günlük Tüketim Miktarı**
Depo	…	-			
		Örnek-1		-	-
		Örnek-2		-	-
		Örnek-3		-	-
	…	-			
		Örnek-4		-	-

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

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

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

Hareket Görmeyen İlaç			
Depo/Birim Adı	**İlaç Adı**	**Stok Miktarı**	**Stok Tutarı**
İlaç Depo	-	(İlgili Birime Ait Toplam Miktarı)	(İlgili Birime Ait Toplam Tutar)
Eczane			
Acil Servis			
Yoğun Bakım-1 Servisi			
Yoğun Bakım-2 Servisi			
Yoğun Bakım-3 Servisi			
Ameliyathane			
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu			
Diyaliz			
Görüntüleme Deposu			
Anestezi Deposu			
Diğer ……..			
Toplam	**-**	**Toplam Miktar**	**Toplam Tutar**

Hareket Görmeyen İlaç (Ekran Detayı)

Hareket Görmeyen İlaç			
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**
Acil Servis			

Hareket Görmeyen Tıbbi Sarf Malzeme			
Depo/Birim Adı	**Malzeme Adı**	**Stok Adedi**	**Stok Tutarı**
Tıbbi Sarf Depo	-	(İlgili Birime Ait Toplam Adet)	(İlgili Birime Ait Toplam Tutar)
Acil Servis			
Yoğun Bakım-1 Servisi			
Yoğun Bakım-2 Servisi			
Yoğun Bakım-3 Servisi			
Ameliyathane			
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu			
Diyaliz			
Görüntüleme Deposu			
Anestezi Deposu			
Diğer ……..			
Toplam	**-**	**Toplam Adet**	**Toplam Tutar**

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

19.7. 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.

İlaç						
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 Malzeme						
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.

19.8. 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

Medikal depoda tutulan tüm ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin stok miktarı ve miat bilgileri HBYS ile uyumlu şekilde takip edilir. Hareketsiz stoklar ve kritik stok seviyeleri izlenir, İTS/ÜTS verileriyle tekil izleme sağlanır. Tüm bu süreçler başhekim başkanlığında düzenli olarak analiz edilir.

Standartın Amacı

Stok yönetimi süreçlerinde şeffaflık ve izlenebilirlik sağlayarak etkin kaynak kullanımı ve hasta güvenliğini temin etmek.

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 Etmeliyiz?

Stok Takibi HBYS ile Uyumu

•Medikal depodaki fiili stok miktarları ve miat bilgileri ile HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) üzerindeki kayıtlar düzenli olarak karşılaştırılmalıdır. Periyodik sayımlar eczacı tarafından yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

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 değerlendirmeler 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 oluşturmasına 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 İyileştirme 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.

20 Standart — Hastane gelirlerinin analizi yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

20.2. Hastane hizmetlerinin eksiksiz ve zamanında girilmesi sağlanmalı ve takipleri yapılmalıdır. Fatura kaçaklarının önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

20.3. Acil servis, poliklinik ve yatan hasta gelirleri analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

GELİR TAKİP				
AY:				
	Acil Servis	**Poliklinik**	**Yatan Hasta**	**Toplam**
Beyin ve Sinir Cerrahisi				
Gastroentroloji				
Genel Cerrahi				
Kardiyoloji				
Ortopedi ve Travmatoloji				
Radyasyon Onkolojisi				
2. Basamak Yoğun Bakım				
KVC Yoğun Bakım				
.....				
TOPLAM				

20.4. Hekim ve branş bazlı gelirler analiz edilmelidir.

20.5. Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının takibi yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

TAHSİL EDİLEMEYEN FATURA TUTARI		
AY		**TOPLAM**
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 Uyruklu Hastalar		
Suriye Uyruklu Hastalar (Geçici Koruma)		
.....		
TOPLAM		

20.6. Alacak takipleri düzenli yapılmalıdır.

Örnek Tablo:

ALACAK TAKİBİ				
	ÖNCEKİ YILDAN DEVİR	OCAK	ŞUBAT	TOPLAM
Alacak Tutarı				

20.7. 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:

Hastanenin gelir kaynaklarını güvenli ve düzenli hale getirerek finansal sürdürülebilirliği sağlamaktır.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

•Faturalandırılamayan 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

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Kayıt Doğruluğu Süreçleri Güvence Altına Alınması

•Hasta başvurularında yapılan kayıt hataları düzenli olarak analiz edilmeli, tekrar eden hataların kaynağı tespit edilerek gerekli eğitim ve düzeltici ve iyileştirici faaliyetler uygulanmalıdır.
•Kayıt personelinin provizyon süreçleri, eksik bilgi girişi, kimlik doğrulama gibi konularda yetkinliğinin artırılması hedeflenmelidir.

Hizmet Girişlerinin Tam ve Zamanında Yapılması

•Tüm poliklinik, acil ve yatan 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 Kalemleri Branş, Hekim ve Hizmet Türüne Göre Analiz Edilmesi

•Acil, poliklinik ve yatan hasta gelirleri düzenli olarak hizmet birimi bazında değerlendirilmelidir.
•Hekim bazlı ve branş 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 İyileştirme 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 kapsamları ve kodlama konularına ağırlık verilmelidir.

21 Standart Hastane giderlerinin analizi yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

Örnek Tablo:

GİDER TAKİP	
GİDER TÜRÜ	**AY**
Medikal gaz	
Elektrik	
Su	
Yakıt	
Tıbbi ve tehlikeli atık	
Haberleşme (Telefon, internet 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

21.2. Hasta başına düşen ilaç ve tıbbi sarf malzeme maliyetleri branş ve işlem bazlı analiz edilmelidir.

21.3. Personel nöbet, icap nöbeti ve fazla mesai ücretleri analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ MÜDÜRÜNE BAĞLI PERSONEL FAZLAMESAİ, NÖBET ÜCRETİ VB. İŞLEMLERİ					
Meslek Disiplini	**Adı Soyadı**	**AY:**			
		Fazla Mesai	İcap Nöbeti	Nöbet	Toplam Maliyet
Hemşire	X Hemşire				
	Y Hemşire				
Hemşire Ortalama					
Anestezi Teknisyeni	T Anestezi Teknisyeni				
	Z Anestezi Teknisyeni				
Anestezi Teknisyeni Ortalama					
……	……				
……	……				
Genel Ortalama (Hemşire + Anestezi Teknisyeni + ..)					

BAŞHEKİME BAĞLI PERSONEL FAZLA MESAİ, NÖBET ÜCRETİ VB. İŞLEMLERİ					
Meslek Disiplini	Adı Soyadı	AY:			
		Fazla Mesai	İcap Nöbeti	Nöbet	Toplam Maliyet
Hekim	X Hekim				
	Y Hekim				
Hekim Ortalama					
Eczacı	T Eczacı				
	Z Eczacı				
Eczacı Ortalama					
.....	.....				
.....	.....				
Genel Ortalama (Hekim + Eczacı +..)					

İDARİ MALİ İŞLER MÜDÜRÜNE BAĞLI PERSONEL FAZLA MESAİ, NÖBET ÜCRETİ VB. İŞLEMLERİ					
Meslek Disiplini	Adı Soyadı	AY:			
		Fazla Mesai	İcap Nöbeti	Nöbet	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 +..)					

Personel çalışma listelerinin hazırlanması, nöbet, fazla mesai, icap nöbet takip sistemi SBYS 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 SBYS'nin döner sermaye işlemleri modülünden personel hareketlerine ulaşılabilmelidir. 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.

4 ve üzeri eczacı olan sağlık tesislerinde eczacılar için nöbet sistemi oluşturulmalıdır.

Fazla Mesai, Nöbet Ücreti vb. İşlemlere Esas Yönetici Takip Tablosu ;
•400 yatak ve üzeri hastanelerde Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürüne,
•Şehir Hastanelerinde Destek ve Kalite Müdürü ile Teknik Hizmetler Müdürüne bağlı personeller için de oluşturulmalıdır.

21.4. Yatak, personel ve metrekare başına düşen giderler analiz edilmelidir.

21.5. Mal ve hizmet alım giderleri analiz edilmelidir.

21.6. Yatılan gün başına tıbbi atık miktarı ve gideri analiz edilmelidir.

Örnek Tablo:

ATIK MALİYETİ (TL)	
ATIKLAR	AY:
TIBBİ ATIK	

Atık miktarı (kg) maliyeti analiz edilmelidir.

Yatılan Gün Başına Tıbbi Atık Miktarı (kg)= Toplam Tıbbi Atık Miktarı (kg)/Toplam Yatılan Gün SayısıX100

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

Toplam Yatılan Gün Sayısı: İlgili dönemde tüm servislerdeki hastaların toplam yatış gün sayısıdır.

21.7. Onarım giderleri analiz edilmelidir.

21.8. Borçlanma gün süresi analiz edilmelidir.

21.9. 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 kalemleri (medikal gaz, enerji, personel, tıbbi atık vb.) branş, işlem, kişi bazında analiz edilmeli; iki aylık dönemlerde veriler değerlendirilerek tasarruf olanakları belirlenmelidir.

Standart Amacı:

Kaynakların etkili kullanımıyla giderleri azaltmak ve mali sürdürülebilirliği sağlamaktır.

Standardın 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.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Giderlerin Performans İlişkisi

•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 branş ve işlem bazında detaylandırılmalıdır.
•Gereksiz harcamaların önüne geçmek için erken uyarı sistemleri geliştirilmelidir.

Kurum Hedef Göstergelerinin Gider Bazında Takip Edilmesi

•Yatak, personel ve metrekare başına düşen giderler sağlık tesisinin genel verimliliğini gösterecek biçimde periyodik olarak hesaplanmalıdır.
•Yatılan gün başına düşen tıbbi atık miktarı ve bununla ilgili maliyetler, çevresel sürdürülebilirlik açısından ayrıca izlenmelidir.

Borçlanma Gün Süresi ve Onarım Giderlerinin İzlenmesi

•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 İyileştirme

•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 İş Birliği

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

22 Standart Eğitim kliniği olan kliniklerde görevli akademik unvanlı tabiplerin poliklinik hizmetleri planlanmalı ve hizmet sözleşmeleri takip edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

22.1. Mevcut akademik ünvanlı tabiplerin aylık çalışma cetvellerindeki poliklinik listeleri (tarih, saat, poliklinik oda numarası, yeri, açılan MHRS kapasitesi) hazırlanmalıdır.

22.2. Mevcut akademik ünvanlı tabiplerin sayısı ve branş dağılımı poliklinik listesine eklenmelidir.

22.3. Akademik ünvanlı tabiplerin poliklinik listesi uyum durumu takip edilmeli, her ayın sonunda değerlendirilerek kayıt altına alınmalıdır.

22.4. Birlikte kullanım yönetmeliği kapsamında protokol imzalanan hastanelerde çalışan akademisyenlere (2547 sayılı kanun 38. Madde kapsamında görevlendirilenler dahil) hizmet sözleşmelerinin imzalatılması, imzalatılan hizmet sözleşmelerinin elektronik ortamda Uzmanlık Eğitimi Yönetimi Sistemi'ne (UEYS) yüklenmesi takip edilmelidir.

22.5. Başhekim tarafından imzalatılan hizmet sözleşmesinde yer alan kriterlerin gerçekleşmelerinin takibi yapılarak, değerlendirilmelidir. (MUAF)

22.6. İmzalatılan hizmet sözleşmelerinin hedef kriterlerinin (bilimsel çalışmalar, eğitim faaliyetleri, sağlık hizmeti sunumu) İl Sağlık Müdürlüklerine resmi yazı ile iletilmelidir.

22.7. 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.

Standardın İçeriği:

Eğitim kliniklerinde görev yapan akademik unvanlı tabiplerin poliklinik hizmetleri ile ilgili planlama, aylık cetvellerin oluşturulması, hizmet sözleşmelerinin imzalanması ve UEYS sistemine yüklenmesi gibi süreçlerin düzenli olarak takip edilmesini içerir. Ayrıca bu sözleşmelere dair hedeflerin takibi ve İl Sağlık Müdürlükleri ile paylaşımı da bu standarda dahildir.

Standardın Amacı:

Bu standart, akademik kadroların sağlık hizmet sunumundaki rollerini netleştirerek, hizmet planlamasında şeffaflık sağlamak ve kurumsal performansı artırmak amacıyla oluşturulmuştur. Akademik personelin klinik katkılarının kayıt altına alınmasını ve hizmet sözleşmelerinin sistematik şekilde yürütülmesini hedefler.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

•Akademik kadronun poliklinik katkısı görünür hale gelir.
•Hizmet sözleşmelerinin takibi ile akademik performans ile klinik hizmet dengesi sağlanır.
•Sözleşmelerin UEYS'ye yüklenmesiyle mevzuat uyumu sağlanır.
•Kurum içi kaynak planlamasında doğruluk ve şeffaflık artar.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Poliklinik Listelerinin Detaylı ve Güncel Tutulması

•Akademik unvanlı tabiplerin aylık çalışma cetvelleri, poliklinik tarih, saat, oda numarası ve MHRS kapasitesi gibi bilgileri eksiksiz içerecek şekilde titizlikle hazırlanmalıdır.
•Tabiplerin sayısı ve branş dağılımı poliklinik listesine net olarak yansıtılmalıdır.

Uyum Takibi ve Kayıtların Düzenli Güncellenmesi

•Akademik unvanlı tabiplerin poliklinik listesi ile çalışma planları arasındaki uyum düzenli olarak takip edilmeli, her ay sonunda değerlendirilerek kayıt altına alınmalıdır.

Hizmet Sözleşmelerinin Eksiksiz ve Elektronik Takibi

•Protokol kapsamında birlikte çalışan akademisyenlerle hizmet sözleşmeleri imzalatılmalı, bu sözleşmeler elektronik ortamda UEYS sistemine zamanında yüklenmelidir.
•Hizmet sözleşmelerindeki kriterlerin gerçekleşme durumu düzenli olarak izlenmeli ve değerlendirilmelidir (muaf tutulacaktır).

Hedef Kriterlerin Resmi Bildirimi

•Hizmet sözleşmeleri İl Sağlık Müdürlüklerine resmi yazı ile zamanında iletilmelidir.

Periyodik Analiz ve Sürekli İyileştirme

•Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir toplanarak, önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir.
•Analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmaları planlanmalı ve uygulanmalıdır.

23 Standart — Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

23.1. Poliklinik hastalarının hastane süreci tamamlandıktan ve servis hastaları taburcu olduktan 48 saat sonra başhekimlikçe belirlenen sayıda hasta ve soru esas alınarak eğitimli personel tarafından telefonla aranarak görüşmeler yapılmalıdır.

23.2. Yoğun bakım hastalarının taburcu olması veya sevk edilmesinden 48 saat sonra başhekimlikçe belirlenen sayıda hasta yakınına ve eğitimli personel tarafından telefonla aranarak görüşmeler yapılmalıdır.

23.3. Yoğun Bakım hastalarından 10 gün üzerinde yatışı olan hasta yakınlarına Başhekimlikçe belirlenen sayıda hasta yakınına ve eğitimli personel tarafından telefonla aranarak görüşmeler yapılmalıdır.

23.4. 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 önermeler oluşturulduğunu göstermelidir.

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

Standardın İçeriği:

Poliklinik, servis ve yoğun bakım hastaları ile hasta yakınları ile telefon görüşmeleri yapılmasını, bu görüşmelerden elde edilen geri bildirimlerin analiz edilmesini, uygulanabilir önerilerin dikkate alınmasını ve bu süreçlerin iki ayda bir analiz edilerek iyileştirme çalışmalarına dönüştürülmesini kapsar.

Standardın Amacı:

Hasta ve hasta yakınlarının hizmet deneyimlerinin öğrenilmesini sağlayarak, hasta odaklı hizmet yaklaşımını güçlendirmek ve geri bildirimler yoluyla kalite iyileştirme sürecine katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

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

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Eğitimli ve İletişimi Güçlü Personel

•Görüşmeleri yapacak personel, iletişim becerileri güçlü ve tercihen halkla ilişkiler veya benzeri alanlarda hizmet içi eğitim almış kişiler arasından seçilmelidir.

Zamanlama ve Kapsam

•Poliklinik hastaları ile servis ve yoğun bakım hastalarının yakınları, taburculuk veya sevk işleminden sonraki belirlenen zaman dilimlerinde (48 saat veya 10 gün üzeri yatış süresi) düzenli olarak telefonla aranmalıdır.

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: "Hastanemizden hizmet alırken ne tür zorluklar yaşadınız?").

Örneklem seçilirken;

Poliklinik Hastaları İçin Örneklem Belirleme Önerisi

Kapsam: Taburculuktan sonraki 48 saat içinde görüşme yapılmalıdır.
Örneklem Sayısı: Aylık toplam poliklinik hasta sayısının %1-2'si önerilir (hastane büyüklüğüne göre).
Seçim Yöntemi: Basit rastgele örnekleme veya sistematik örnekleme. (Örneğin her 50. hasta).
Dikkat Edilecek Nokta: Farklı branşlardan dengeli dağılım sağlanmalı.

Servis Hastaları İçin Örneklem Belirleme Önerisi

Kapsam: Taburculuktan 48 saat sonra görüşme yapılmalıdır.

Örneklem Sayısı

Aylık toplam servis taburculuklarının %5-10'u görüşme için yeterli ve sürdürülebilirdir.
•Büyük hastanelerde bu oran %5'e yakın tutulmalı (örnek: 1000 taburculukta 50 hasta)
•Küçük/orta ölçekli hastanelerde %10'a kadar çıkarılabilir.

Seçim Yöntemi: Katmanlı Rastgele Örnekleme (en etkili yöntem)

•Servislerin türüne göre hasta dağılımı dengelenir.
•Her ana servisten (dahiliye, genel cerrahi, ortopedi, kadın doğum vb.) orantılı sayıda hasta seçilir. Örn: Dahiliye'den 20, Genel Cerrahi'den 15, Kadın Doğum'dan 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)

Yoğun Bakım Hasta Yakınları (Taburcu/Sevk Edilenler)

•**Kapsam:** Hasta sevkinden/çıkışından 48 saat sonra aranacak yakınlar.
•**Örneklem Sayısı:** Aylık toplam yoğun bakım çıkışlarının %20-30'u önerilir.
•**Seçim Yöntemi:** Katmanlı örnekleme (cerrahi YB, dahili YB, çocuk YB gibi alt gruplardan eşit oranlarda seçilebilir).

Yoğun Bakımda 10 Günden Fazla Yatan Hastaların Yakınları

Kapsam: Uzun süreli YB hastalarının yakınları.

Örneklem Sayısı

•YB 10+ gün yatan hasta sayısının %30-50'si örneklem olarak alınabilir.
•Bu oran, hastane iş gücü ve kapasitesine göre ayarlanmalıdır.

Seçim Yöntemi

Katmanlı rastgele örnekleme önerilir:

Örnek:

Yoğun Bakımda 10+ Gün Yatan Hastalar için Örneklem Belirleme
Hastane Verisi (1 Aylık)

Yoğun Bakım Türü	10 Gün Üzeri Yatan Hasta Sayısı (Aylık)
Dahili YB	40
Cerrahi YB	20
Nörolojik YB	10
Toplam	**70**

Örneklem Oranına Göre Görüşülecek Hasta Yakını Sayısı

Oran	Görüşülecek Yakın Sayısı
%30	70 x 0.30 = **21 kişi**
%50	70 x 0.50 = **35 kişi**

Eğer hastanede görüşme yapacak 1-2 personel varsa; **%30** örneklem uygundur.
Eğer güçlü bir hasta iletişim ekibi varsa ve zaman yeterliyse; **%50** örneklem seçilebilir.

%30 Örneklem Dağılımı (21 Hasta Yakını)

YB Türü	10+ Gün Yatan	%30'u	Görüşülecek Sayı
Dahili YB	40	12	12 kişi
Cerrahi YB	20	6	6 kişi
Nörolojik YB	10	3	3 kişi

Geri Bildirimlerin Etkin Değerlendirilmesi

•Elde edilen geri bildirimler dikkatle analiz edilmeli, uygulanabilir öneriler belirlenmeli ve bu önerilere yönelik iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
•Bu süreçlerin tümü, somut kanıtlarla belgelenmeli ve sürekli gelişim kapsamında standartlara entegre edilmelidir.

Düzenli İzleme ve Raporlama

•Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir toplanarak önceki iki aya ait veriler değerlendirilmelidir.
•Değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler planlanmalı ve hızla uygulamaya alınmalıdır.

24 Standart Evde Sağlık Hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

24.2. Talepler öncelik durumlarına göre sınıflandırılmalıdır.

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

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

24.5. Evde sağlık hastalarının değerlendirilmesinde multidisipliner ekipler arasında etkin iletişim ve iş birliği ihtiyaç halinde Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi vasıtasıyla görüntülü görüşme ile sağlanmalıdır.

24.6. Palyatif bakım yataklı servisi bulunan sağlık tesislerinde evde sağlık birimleri ile entegrasyon oluşturulmalıdır.

24.7. Kronik yara bakım hizmeti sunulan sağlık tesislerinde evde sağlık birimleri ile entegrasyon oluşturulmalıdır.

24.8. Hizmet süreci ve sonuçları HBYS üzerinden izlenebilmelidir.

24.9. 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:

Evde sağlık hizmetleri; başvuruların alınması, taleplerin değerlendirilmesi, hizmetin planlanması, uygulanması, izlenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi aşamalarını kapsayan bütüncül bir süreçtir. Bu süreçte, 7/24 hizmet veren T.C. Sağlık Bakanlığı çağrı merkezi aracılığıyla iletilen yönlendirmelere hızlı ve etkin şekilde yanıt verilmesi esastır.

Hizmet sunumunda, hastaların klinik durumuna göre önceliklendirme yapılması; multidisipliner ekiplerle iş birliği içinde çalışılması; uzaktan değerlendirme yöntemlerinin kullanılması; palyatif bakım ve kronik yara yönetimi gibi özel hizmet alanlarının sürece entegre edilmesi gerekmektedir. Tüm süreçlerin şeffaf ve izlenebilir şekilde yürütülmesi adına, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden kayıtların düzenli olarak tutulması büyük önem arz etmektedir.

Standardın Amacı:

Evde sağlık hizmetlerinin hasta odaklı, hızlı, güvenilir ve sürekli sunulmasını sağlamak; taleplerin etkin şekilde alınması, önceliklendirilmesi ve yönetilmesi ile hasta güvenliğini artırmak ve hizmet verimliliğini geliştirmektir.

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.
•Palyatif ve yara bakım hizmetleriyle entegrasyon kurumu daha yetkin hale getirir.

Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Çağrı Merkezi ve Başvuru Süreci

•Evde Sağlık Hizmetlerine yönelik olarak; Bakanlığın 7/24 hizmet veren çağrı 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. (Evet olarak değerlendirilecektir).
•Talepler, aciliyet ve tıbbi öncelik durumuna göre sistematik şekilde sınıflandırılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Hizmet Planlama ve Süreç İzleme

•Talep ve başvurular sonrası hastaların hizmet süreci, ilk değerlendirmeden tedavi takibine kadar düzenli olarak izlenmeli ve HBYS üzerinden belgelenmelidir.
•Süreç boyunca hasta ve hasta yakını geri bildirimleri toplanmalı, bu geri bildirimler hizmet kalitesini artırmaya yönelik analizlerde kullanılmalıdır.

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

•Palyatif bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde evde sağlık hizmet birimiyle entegrasyon sağlanmalı, süreçler birlikte planlanmalıdır.
•Kronik yara bakımı sunulan kurumlarda da aynı şekilde evde sağlık ekipleri ile koordinasyon kurulmalı ve takip mekanizmaları oluşturulmalıdır.

Düzenli Analiz ve Sürekli İyileştirme

•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 ve iyileştirici faaliyetler planlanmalı ve uygulamaya alınmalıdır.
•Mesai saatleri dışında ve hafta sonlarında hizmet verebilme kapasitesi gözden geçirilmeli ve ihtiyaç durumuna göre düzenlemeler yapılmalıdır.

25 Standart — Kurum Hedef göstergeleri analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

25.3. 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 çıktıları, başhekimlik ve üst 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 iyileştirici faaliyetler hızlıca planlanmalı ve uygulanmalıdır.
•Bu faaliyetlerin takibi yapılmalı, çıktılarına dair kanıt dosyaları oluşturulmalı ve izlenebilir hale getirilmelidir.

26 Standart — Klinik Rehber ve Protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir (O)

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

26.3. Bakanlıkça veya hastane/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 İzlenmesi 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

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

27 Standart Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır. (O)

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

27.1. Uzaktan sağlık hizmetleri verilmesine yönelik çalışmalar başlatılmalıdır. Bu kapsamda il sağlık müdürlükleri/ hastane başhekimlikleri sağlık bilişim alt yapısını kurarak hastane ve branş bazlı tescillerini yaparak klinik branşlarda uzaktan hasta değerlendirme sistemi (UHDS) vasıtasıyla hizmet sunumuna başlamalıdır.

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

27.3. 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.
•Yönetsel kararlar için veriye dayalı analiz ortamı oluşur.

Bu Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Altyapı ve Tescil Süreci

•Uzaktan sağlık hizmeti sunumuna başlamadan önce hastane 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 İzlenebilirlik

•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 İzleme

•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 ve iyileştirici 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 değerlendirmeyle çözülemeyecek durumlar tespit edilerek hastanın yüz yüze hizmete yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

28 Standart — Bakanlık merkez ekibi tarafından sağlık tesisinde yerinde gözlem yapılır. (P)

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

28.1. Bakanlık merkez ekibi tarafından sağlık tesisinin acil servis, poliklinik ve ortak alanlarında gözlem yapılır.

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

28.3. Belirlenen alanlardaki gözlem raporu Sağlık Tesisleri Değerlendirme Sistemi (SDS) üzerinden Başhekimliğe iletilir.

Standardın İçeriği

Bu standart, Sağlık Bakanlığı merkez ekibi tarafından hastanelerdeki acil servis, poliklinik ve ortak alanlarda yerinde gözlem yapılmasını kapsamaktadır. Gözlemlerin odak noktaları arasında temizlik, hijyen, havalandırma, fiziki düzen ve hasta iletişimi bulunmaktadır. Bulgular 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

•Acil servis, 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.
•Sedye, tekerlekli sandalye ve acil müdahale arabaları erişime engel olmayacak şekilde düzenlenmeli, kullanıma hazır olmalıdır.
•Ortak alanlardaki aydınlatma, bekleme koltuklarının temizliği ve sağlamlığı, duvarlarda yer alan bilgilendirme afişleri kontrol edilmelidir.

Çalışan Tutum ve İletişimi

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

Kurumsal Hazırlık ve İzleme

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

SDS Gözlem Raporlamasına Yönelik Hazırlık

•Bakanlık ekibi tarafından SDS'ye girilen raporlar, hastane içi kalite ekiplerince hızla değerlendirilerek düzeltici ve iyileştirici faaliyet sürecine aktarılmalıdır.
•SDS raporlarına dayalı olarak kurum hafızasında iz bırakacak biçimde iyileştirme çalışmaları belgelenmelidir.

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

2025