



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları

ADSM/H

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

2026

Versiyon 2



SAĞLIK TESİSİ DEĞERLENDİRME STANDARTLARI

ADSM/H

**2026
Versiyon 2**

Teşekkür

Bu çalışmanın her aşamasında desteklerini esirgemeyen Kamu Hastaneleri Genel Müdürümüz ve Genel Müdür Yardımcılarımıza, daire başkanlıklarımıza ve tüm çalışanlarımıza, SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı'na, Ağız ve Diş Sağlığı Daire Başkanlığı'na, SGGM İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı'na, saha koordinatörlerimize, Teftiş Kurulu Başkanlığı'na ve TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsüne sonsuz teşekkürlerimizi sunarız.

Sahadan gelen görüşlerle çalışmamıza değer katan il sağlık müdürlerimize, hastane başhekimlerimize ve katkı sağlayan tüm hekimlerimiz ile sağlık çalışanlarımıza içten teşekkür ederiz.

Bu çalışma, sizlerin değerli katkıları ve ortak emeğiyle anlam kazanmıştır.

STANDARTLAR

1. STANDARTLAR

1.1. 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.

1.2. 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.

1.3. 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.

1.4. 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, protez laboratuvarı, dental görüntüleme 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.

1.5. 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.

1.6. Standartların Birbiriyle İlişkisi

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

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

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

Standartlar	Standartların Kategorizasyonu	Değerlendirme Ölçütü
Standart 1 : Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Çekirdek	12
Standart 2 : Poliklinik hizmetleri muayene ve tedavi hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir .	Çekirdek	9
Standart 3 : Dental görüntüleme hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	4
Standart 4 : Protez laboratuvar süreçleri etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	8
Standart 5 : Nöbet, mesai dışı çalışma ve mesai kaydırma hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	4
Standart 6 : Sterilizasyon hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	2
Standart 7 : Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.	Normal	6
Standart 8 : Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.	Normal	3
Standart 9 : Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır. (1)	Normal	6
Standart 10 : Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır. (2)	Normal	5
Standart 11 : Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır. (1)	Normal	5
Standart 12 : Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır. (2)	Normal	6
Standart 13 : Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	4
Standart 14 : Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	7
Standart 15 : Sağlık tesisinde medikal depoların yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	9
Standart 16 : Sağlık tesisi gelirlerinin analizi yapılmalıdır.	Normal	7
Standart 17 : Sağlık tesisi giderlerinin analizi yapılmalıdır.	Normal	6
Standart 18 : Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.	Normal	3
Standart 19 : Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	9
Standart 20 : Kurum Hedef Göstergeleri analiz edilmelidir.	Normal	1
Standart 21 : Klinik rehber ve protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir.	Opsiyonel	3
Standart 22 : Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır.	Opsiyonel	3

1.7. Standartların Kategorizasyonu

Standartlar Bakanlığın politika ve önceliklerine göre Çekirdek, Normal ve Opsiyonel olmak üzere 3 kategoriye ayrılır. Standartların kategorileri dönemsel olarak değişebilir. Çekirdek standartlar “Ç”, Opsiyonel standartlar “O” ve Normal standartlar ise “N” harfi ile ifade edilir.

1.7.1. Standartların Puanlandırılması

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.

1.7.2. 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 “Karşılıyor” ise: Standart Karşılıyor (**K**)
- Standartın en az bir Değerlendirme Ölçütü “Karşılmıyor” ise: Standart Karşılmıyor (**KM**)
- Tüm Değerlendirme Ölçütleri “Kısmen Karşılıyor” ise: Standart Kısmen Karşılıyor (**KK**)
- Değerlendirme Ölçütlerinden bazıları “Kısmen Karşılıyor” bazıları da “Karşılıyor” ise: Fazla olan kategoriye göre Standart Karşılıyor (K) veya Standart Kısmen Karşılıyor (**KK**)
- Değerlendirme Ölçütlerinden “Kısmen Karşılıyor” ve “Karşılıyor” sayıları eşit ise: Standart Karşılıyor (**K**)

1.8. Standartların Puanlandırılması

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

1.8.1. Karşılanma Düzeyine Göre Standartlardan Alınan Puan

- Standart Karşılıyor (**K**): **10 puan**
- Standart Kısmen Karşılıyor (**KK**): **5 puan**
- Standart Karşılmıyor (**KM**): **0 puan**

1.8.2. 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.

1.8.3. Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanının Belirlenmesi

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

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

1.8.4. 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, 01.08.2025 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.
- Bireysel performansın ölçülmesinde olmazsa olmaz kriter olan “Sağlık tesisleri tarafından e-Nabız'a gönderilen 268 paketindeki veriler ile EKOBS verisinin uyum düzeyi” ni 01.05.2026 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere SDP Hesaplama formülünde, “+/- Sağlık tesisi değerlendirme puanını etkileyen unsurlara eklenmiştir.
- Sağlık tesislerimiz; sağlık çalışanlarımıza zamanında ek ödeme dağıtabilmek ve hekimlerimizin bireysel performansları değerlendirmek adına aynı ay içerisinde iki unsuru da zamanında ve doğru bir şekilde karşılaması gerekmektedir. İlgili ay içinde iki kriterden birinin ya da her ikisinin karşılanamaması durumunda SDP'den 30 puan düşülür. SDP'nin hesaplandığı dört (4) aylık dönem içinde, unsurların karşılanamaması durumunun başka bir ayda tekrar etmesi halinde SDP'den 40 puan düşülür.

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

Dikkat Edilecek Hususlar

- Öz değerlendirmelerde önceki iki aya ait yapılan çalışmalar ve analizler dikkate alınmalıdır.
- İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yapılacak değerlendirmede önceki dört aya ait yapılan çalışmalar ve analizler dikkate alınmalıdır.
- Merkezi değerlendirmede sağlık tesisi değerlendirme puanının geriye dönük hesaplandığı ayın başına kadar olan çalışmalar ve analizler dikkate alınmalıdır.
- Standarda ait rehberlik bilgilerine yer verilmiş ise bu bilgiler sağlık tesisleri için kolaylaştırıcı ve yönlendirici hususlar içermekte olup sağlık tesislerinin bu bilgileri çalışmalarında kullanması önerilmektedir.

01
Standart

Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir (Ç).



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 1.1. MHRS muayene ve devam eden MHRS muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 1.2. Mesai saatleri içerisinde MHRS dışı hasta muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 1.3. Mesai dışı ve mesai kaydırma hizmetlerindeki muayene sayısı branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 1.4. MHRS'ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin 30 günlük tanımlı çalışma cetvelleri olması hedeflenmelidir. MHRS'ye esas polikliniklerdeki tüm hekimler için en geç ayın 10'una kadar bir sonraki ayın cetvelleri tanımlanarak aktifleştirilmesi gerekmektedir.
- 1.5. MHRS 'de 15 günlük cetvelde %80 doluluğu olan branşlar analiz edilmeli, bekleyen randevu oluşmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.
- 1.6. Aktif bekleyen talep sayıları günlük analiz edilmelidir.
- 1.7. MHRS'ye girilen aksiyonların ve istisnaların doğruluğu kontrol edilmelidir.
- 1.8. MHRS Kapalı cetvel tanımlanan hekim sayısı ve nedenleri analiz edilmelidir.
- 1.9. Muayene ve tedavi bekleme süreleri branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 1.10. Devam eden MHRS muayene sadakat oranları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 1.11. Ek ödemeye esas puanların aksiyon kodlarına uygunluğu kontrol edilmelidir.
- 1.12. 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.

02
Standart

Poliklinik hizmetleri muayene ve tedavi hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir (Ç).

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 2.1.** Diş hekimi başına düşen muayene sayısı branş ve hekim bazlı olarak analiz edilmelidir.
- 2.2.** Hasta sayısı ile yapılan işlem sayısı, branş ve hekim bazında analiz edilmelidir.
- 2.3.** Dolgu sonrası 6 ay içerisinde tekrar dolgu /kanal tedavisi /çekim yapılan diş sayısı branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 2.4.** Kanal tedavisi sonrası 6 ay içerisinde tekrar kanal tedavisi /çekim yapılan diş sayısı branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 2.5.** Sabit protez yapılan ayak dişlerine protez işleminden sonraki 6 ay içerisinde herhangi bir tedavi yapılan diş sayısı branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 2.6.** Cerrahi ve periodontoloji polikliniklerinde görev alan her bir diş hekiminin yaptığı cerrahi işlem sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 2.7.** Nöbet kliniği hariç muayene edilen ancak işlem yapılmayan hasta sayısı branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 2.8.** Yeşil listeye kaydedilen ve iç sevk yapılan hasta sayısı ve nedenleri branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 2.9.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

03
Standart

Dental görüntüleme hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 3.1.** Görüntüleme tetkik sayıları (panoramik, periapikal, sefalometrik, BT vb.) branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 3.2.** Tekrar edilen çekim sayıları ve nedenleri teknisyen bazlı analiz edilmeli ve değerlendirme sonuçları teknisyenlerle paylaşılmalıdır.
- 3.3.** Dental görüntüleme cihazlarının kullanım durumu ile arızaları analiz edilmelidir.
- 3.4.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

04
Standart

Protez laboratuvar süreçleri etkinliği analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 4.1.** Sağlık tesisinde protez ölçü bekleme süresi ölçülmeli ve ölçü kabulü standartlara uygun olarak yapılmalıdır.
- 4.2.** Protez laboratuvarına kabul edilmeyen ölçüler, sağlık tesisi tarafından hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 4.3.** Sağlık tesisi tarafından protez teslim süreleri yapılan protezin türüne göre hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 4.4.** Sağlık tesisinde yapılan protez ve tekrar edilen protez sayıları (hizmet alımı dahil) klinik, hekim ve tekniker/teknisyen bazlı analiz edilmelidir.
- 4.5.** Sağlık tesisinde yapılan yer tutucu, çocuk protezleri ve sayıları hekim ve branş bazlı analiz edilmelidir.
- 4.6.** Poliklinikte kaybolan protezler, alçı model ve ölçüler hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 4.7.** Hekim ve teknisyen bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı ve ilgili personel ile paylaşılmalıdır.
- 4.8.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

05
Standart

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



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 5.1.** Nöbet hizmetleri, mesai dışı çalışmada bekleme süresi ve acil tedavi ihtiyacı olan hastalar analiz edilmelidir.
- 5.2.** Nöbet hizmetleri ve mesai dışı çalışmada hasta sayısı/yapılan tedavi sayısı analiz edilmelidir.
- 5.3.** Mesai kaydırma hizmeti verilmesi halinde etkinliği, randevu süreleri, hasta bekleme süreleri, hasta sayısı/yapılan tedavi sayısı analiz edilmelidir.
- 5.4.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

06
Standart

Sterilizasyon hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

6.1. Sterilizasyon ve dezenfeksiyon süreçleri analiz edilmelidir.

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

07
Standart**Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.**

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

7.1. Çalışanlardan görüş, öneri, şikayet ve geri bildirimler alınmasına yönelik iletişim kanalları oluşturulmalıdır.

7.2. Sağlık tesisi çalışanlarının sağlık tesisi yöneticileri ile görüşme taleplerine ilişkin bir sistematik geliştirilmeli ve duyurulmalıdır.

7.3. Çalışanların görüş, öneri, şikayet ve geri bildirimleri aylık olarak değerlendirilmelidir.

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

7.5. Çalışanların aidiyet duygularını ve motivasyonlarını artıracak faaliyetler planlanmalıdır.

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

08
Standart

Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 8.1.** Bina turları; başhekimin ve ilgili kişilerin katılımı ile sağlık tesisinin fiziki alt yapısı ve işleyişi, hizmet işleyişi, malzeme ve cihazların kullanım durumu, temizlik ve hijyen başta olmak üzere sağlık tesisinin tüm alanlarını kapsayacak şekilde en az iki ayda bir ve gerektiğinde yapılmalıdır.
- 8.2.** Bina turunda tespit edilen uygunsuzluk ve eksiklikler görsel ve yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır.
- 8.3.** Bina turunda tespit edilen uygunsuzluk ve eksikliklere yönelik düzeltici iyileştirici faaliyet başlatılmalıdır.

09
Standart

Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır (1).



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 9.1.** Web sitesi güncel olmalıdır.
- 9.2.** Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmeli ve bu birimde görev alacak personel hasta memnuniyeti, hasta hak ve sorumlulukları ile iletişim becerileri konularında eğitim almalıdır.
- 9.3.** Kişisel temizlik alanlarının düzenli temizliği sağlanmalı; bu alanlarda sıvı veya köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve pedallı çöp kutusu bulundurulmalıdır.
- 9.4.** Sağlık tesisindeki temizlik işlemleri düzenli olarak kontrol edilmeli; sorumlular, sorumlulukları ile kontrol yöntemi ve aralıkları net şekilde belirlenmelidir.
- 9.5.** Bekleme alanlarında hasta potansiyeline göre uygun nitelik ve sayıda oturma alanları bulunmalıdır.
- 9.6.** 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.

10
Standart

Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır (2).



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

10.1. Sağlık tesisinde her alanda mahremiyet sağlanmalıdır.

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

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

10.4. Tekerlekli sandalye ve sedye kullanımında hasta güvenliği sağlayacak şekilde önlemler alınmalıdır.

10.5. 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.

11
Standart

Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır (1).

**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ**

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

11.2. Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.

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

11.4. Sağlık tesisi genelinin ve kritik birimlerin güvenlik kameraları ile izlenebilirliği sağlanmalıdır.

11.5. 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.

12
Standart

Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır (2).



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 12.1.** Acil çıkışlar her an çıkışa hazır, ulaşılabilir ve işlevsel olmalıdır.
- 12.2.** Yangın önlemleri düzenli (yangın algılama ve söndürme sistemleri, yangın dolapları ve tüpleri) aralıklarla gözden geçirilmelidir.
- 12.3.** Çatılar, yangın ve acil durumlara karşı ve belirli periyotlarda kontrol edilmelidir.
- 12.4.** Jeneratör, asansör ve kesintisiz güç kaynaklarının güvenli kullanımı sağlanmalıdır.
- 12.5.** Sağlık tesisinde su ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz sağlanmalıdır.
- 12.6.** 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.

13
Standart

Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ**

13.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırın HBYS üzerinden izlenebilirliği sağlanmalıdır.

13.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızada kalma sürelerinin takibi HBYS üzerinden yapılmalıdır.

13.3. Sağlık tesisindeki tüm cihazların periyodik bakım, kalibrasyon ve kontrolleri düzenli ve planlı şekilde yürütülmelidir.

13.4. 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.

14
Standart

Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

14.2. Sağlık tesisinde birim ve ara depolarda ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili stok ve HBYS miktar ve miad uyumu kontrolü yapılmalıdır.

14.3. Birimlerde ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok miktarları 5 günlük tüketim miktarına uyumu kontrol edilmelidir.

14.4. Sağlık tesisinde miadı yaklaşan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin HBYS’de takibi yapılmalıdır.

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

14.6. Sağlık tesisinde faturalandırılabilir ürünlerin (pakete dahil ürünler hariç) uygun zamanda hasta üzerine düşümünün kontrolü yapılmalıdır. Kullanıma istinaden faturalandırma yapılması konusu kontrol edilmelidir.

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

15
Standart

Sağlık tesisinde medikal depoların yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

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

15.4. Medikal depo kapsamında yer alan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin tüketim doğrultusunda hastabaşı İTS/ÜTS bildirim ve faturalandırma uygunluğu kontrol edilmelidir (ADSH-Genel Anestezi).

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

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

15.7. Medikal depoda bulunan tekil takibi yapılan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin İTS/ ÜTS verisi ile fiili miktar uyumu kontrol edilmelidir. MKS'de giriş /çıkış bildirimleri ile İTS/ÜTS kayıtlarının uyumu kontrol edilmelidir.

15.8. Medikal depo kapsamında yer alan tıbbi sarf malzeme ve laboratuvar malzemelerinin stok takibi yapılmalıdır.

15.9. 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.

16
Standart

Sağlık tesisi gelirlerinin analizi yapılmalıdır.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

16.2. Hastaya sunulan hizmetlerin eksiksiz ve zamanında girilmesi sağlanmalı ve takipleri yapılmalıdır. Fatura kaçaklarının önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

16.3. Tahakkuk gelirleri analiz edilmelidir.

16.4. Hekim ve branş bazlı gelirler analiz edilmelidir.

16.5. Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının takibi yapılmalıdır.

16.6. Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde; merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri gibi yerleşim mekanına göre tahakkuk ve işlem sayılarının aylık takibi yapılmalıdır.

16.7. 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.

17
Standart

Sağlık tesisi giderlerinin analizi yapılmalıdır.

**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ**

17.1. Ana gider kalemlerinin (Personel, İlaç ve Tıbbi Malzeme, Hizmet Alım, İşletme ve Kanuni Yükümlükler) analizi yapılmalıdır.

17.2. Sağlık tesisinin işletme giderleri içinde yer alan elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderlerinin ve tüketim miktarlarının analizi yapılmalıdır.

17.3. Hasta başı ilaç ve tıbbi malzeme gideri, personel başı fazla mesai gideri, metrekare başına enerji gideri, yatılan gün başına tıbbi atık giderinin analizi yapılmalıdır.

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

17.5. Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri analiz edilmelidir.

17.6. Başhekim başkanlığında giderlerin iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

18
Standart

Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

18.1. Poliklinik hastalarının sağlık tesisi süreci tamamlandıktan, gününbirlik servis hastaları (ADSH'lar için) ise taburcu olduktan 48 saat sonra başhekimlikçe belirlenen sayıda hasta ve soru (rehberlikte belirtilen veya başkaca sorular) esas alınarak eğitimli personel tarafından telefonla aranarak görüşmeler yapılmalıdır.

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

18.3. 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.

19
Standart

Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ**

19.1. Evde sağlık talepleri öncelik durumuna göre sınıflandırılmalıdır.

19.2. Evde sağlık taleplerinin karşılanma süreci izlenmeli, hastalardan alınan geri bildirimlerle süreçler geliştirilmelidir.

19.3. Evde sağlık hastalarının tedavi planları takip edilmeli, düzenli kontrol ve değerlendirmeler yapılmalıdır.

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

19.5. Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

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

19.7. Hizmet süreci ve sonuçları HBYS üzerinden izlenebilmelidir.

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.

20
Standart

Kurum Hedef Göstergeleri analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

20.1. Kurum hedef göstergeleri Başhekim tarafından takip edilmelidir.

21
Standart

Klinik Rehber ve Protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir (O).



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

21.3. 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.

22
Standart

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

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

22.3. 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.



TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

2026
Versiyon 2