



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlık Tesisi  
**Değerlendirme  
Standartları**  
Uygulama Rehberi

**ADSM/H**

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

2026

**Versiyon 2**





# **Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları Uygulama Rehberi**

## **ADSM/ADSH- Sürüm 2**

**2026**

### **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

<b>1. SAĞLIK TESİSİ DEĞERLENDİRME STANDARTLARI</b> .....	8
1.1. Temel Dayanak ve Kapsamı.....	8
1.2. Standart Rehberinin Hazırlanma Gerekçesi.....	8
<b>2. DEĞERLENDİRME SÜRECİNDE GÖREVLİ YAPILAR VE ROLLER</b> .....	8
2.1. Merkez Teşkilatı (Sağlık Bakanlığı/Genel Müdürlük).....	8
2.2. İl Değerlendirme Komisyonu.....	9
2.3. Sağlık Tesisleri Değerlendirme Komitesi.....	9
<b>3. DEĞERLENDİRME SÜRECİ VE SIKLIĞI</b> .....	9
3.1. Sağlık Tesisleri Değerlendirme Komitesi (Öz Değerlendirme).....	9
3.2. İl Değerlendirme Komisyonu.....	10
3.3. Bakanlık Değerlendirme Ekipleri (Merkezi Değerlendirme).....	10
<b>4. STANDARTLARIN YAPISI</b> .....	11
4.1. Standartların Kullanımı.....	11
4.2. Standartların Uygulanmasına Yönelik Yol Haritası.....	11
4.3. Mevcut Durum Analizinin Gerçekleştirilmesi.....	11
4.4. Kaynak İhtiyacının Belirlenmesi.....	16
4.5. Uygulama Aşaması ve Süreç İzleme.....	16
<b>5. STANDART UYGULANMASI</b> .....	17
<b>STANDART 1</b> : Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir. (Ç).....	17
<b>STANDART 2</b> : Poliklinik hizmetleri muayene ve tedavi hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir. (Ç).....	22
<b>STANDART 3</b> : Dental görüntüleme hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.....	28
<b>STANDART 4</b> : Protez laboratuvar süreçleri etkinliği analiz edilmelidir.....	31
<b>STANDART 5</b> : Nöbet, mesai dışı çalışma ve mesai kaydırma hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.....	38
<b>STANDART 6</b> : Sterilizasyon hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....	40
<b>STANDART 7</b> : Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.....	43
<b>STANDART 8</b> : Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.....	45
<b>STANDART 9</b> : Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır (1).....	47
<b>STANDART 10</b> : Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır (2).....	50
<b>STANDART 11</b> : Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır (1).....	54
<b>STANDART 12</b> : Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır (2).....	56
<b>STANDART 13</b> : Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.....	61
<b>STANDART 14</b> : Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.....	66
<b>STANDART 15</b> : Sağlık tesisinde medikal depo yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.....	72
<b>STANDART 16</b> : Sağlık tesisi gelirlerinin analizi yapılmalıdır.....	78
<b>STANDART 17</b> : Sağlık tesisi giderlerinin analizi yapılmalıdır.....	80
<b>STANDART 18</b> : Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.....	84
<b>STANDART 19</b> : Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.....	87
<b>STANDART 20</b> : Kurum hedef göstergeleri analiz edilmelidir.....	91
<b>STANDART 21</b> : Klinik rehber ve protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir (O).....	93
<b>STANDART 22</b> : Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır (O).....	95

# Sunuş

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

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

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

Rehber, değerlendirme süreçlerinin etkinliğini artırmak ve sağlık tesislerinde kalite iyileştirme kültürünü desteklemek amacıyla sade ve sistematik bir yapıda hazırlanmıştır. Her değerlendirme başlığında; amaç, ölçütler, rehberlik açıklamaları ve dikkat edilmesi gereken noktalar açık bir şekilde sunulmuş, değerlendiricilerin odaklanmasını kolaylaştırmakta ve olası sorunların önceden öngörülmesine katkı sağlamaktadır. Sağlık Tesis 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.

# Sunuş

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları Rehberi, sağlık hizmet sunum süreçlerinin sistematik şekilde değerlendirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Rehberde toplam 22 standart yer almakta olup, bunlar 2 çekirdek, 2 opsiyonel, ve 18 normal standart olarak sınıflandırılmıştır. Standartlar aracılığıyla sağlık tesislerinde hizmet kalitesinin artırılması, kurumların kendi hizmet süreçlerini analiz edebilmesi, gelişmeye açık alanların belirlenmesi ve mevcut kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması hedeflenmektedir. Ayrıca rehber; değerlendirme sürecine katılan ekipler için uygulama esaslarını netleştirmekte, dikkat edilmesi gereken temel noktaları açıklamakta ve kalite iyileştirme çalışmalarına yön vermektedir. Böylece kurumlarda standartlara dayalı bir kalite kültürü oluşturulması ve kurumsal öğrenmenin desteklenmesi amaçlanmaktadır.

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

# 1.SAĞLIK TESİSİ DEĞERLENDİRME STANDARTLARI

## 1.1. Temel Dayanak ve Kapsam

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

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

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

### Dayanak

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

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

## 1.2.Standart Rehberinin Hazırlanma Gerekçesi

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

## 2. DEĞERLENDİRME SÜRECİNDE GÖREVLİ YAPILAR VE ROLLER

### 2.1. 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.

## 2.2. İl Değerlendirme Komisyonu

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

## 2.3. 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.

## 3. DEĞERLENDİRME SÜRECİ VE SIKLIĞI

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

### 3.1. 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.
- Öz değerlendirme sonuçları, Sağlık Tesisi Değerlendirme Sistemi (SDS) üzerinden girilir , değerlendirmeye dair kanıtlar yüklenir.
- Değerlendirme sonrası komisyon üyeleri toplanarak değerlendirmeye dair komisyon sonuç raporu hazırlar ve SDS ye yükler. Hastane komitesi değerlendirmede kısmen karşılıyor ve karşılamıyor olan standartlara dair yapılması gereken iyileştirmelerin planlamalarından sorumludur. Birimlerde çözülemeyen hastane yönetime bağlı iyileştirmeleri ve hastane yönetimi tarafından çözülemeyecek sorunları belirleyerek komite sonuç raporunda belirterek ilin değerlendirmesine sunmakla yükümlüdür.
- Değerlendirme sürecinin tamamlanmasının ardından komisyon üyeleri toplanarak değerlendirmeye ilişkin Komisyon Sonuç Raporunu hazırlar ve SDS (Sağlık Tesisi Değerlendirme Sistemi)'ne yükler.Sağlık tesisi komitesi; değerlendirme sonucunda “kısmen karşılıyor” ve “karşılamıyor” olarak belirlenen standartlara ilişkin gerekli iyileştirme

çalışmalarının planlanmasından ve takibinden sorumludur.

- Birimler tarafından çözülemeyen ve hastane yönetiminin yetki ve imkânları dâhilinde giderilmesi mümkün olmayan iyileştirme ihtiyaçları ile sorunlar belirlenir. Hastane yönetimi tarafından çözülemeyecek nitelikteki sorunlar, gerekçeleriyle birlikte Komisyon Sonuç Raporunda açıkça belirtilir.
- Söz konusu sorunlar ve iyileştirme ihtiyaçları, il değerlendirmesine sunulmak üzere Komisyon Sonuç Raporunda belirtilir.

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.

### 3.2. 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, değerlendirme süreci sonrasında tüm sağlık tesislerine ait değerlendirme sonuçlarını inceler. Değerlendirme sonucunda “kısmen karşılıyor” ve “karşılmıyor” olarak belirlenen standartlara ilişkin, komisyon tarafından tespit edilmiş iyileştirme gereklilikleri Komite Sonuç Raporu üzerinden değerlendirilir.
- İlgili standartlar için gerekli iyileştirme çalışmaları planlanır ve uygulanmak üzere ilgili birimlere bildirilir.
- İl düzeyinde karşılanması mümkün olmayan sorunlar, gerekçeleriyle birlikte Komisyon Sonuç Raporunda açıkça belirtilir.

**Komisyon üyeleri**, kamu hastane hizmetleri başkanı ya da bu görevin bulunmadığı illerde ilgili başkanın başkanlığında; sağlık hizmetleri başkanı, destek hizmetleri başkanı, il değerlendirme sorumlusu ve ilgili birim sorumlularından oluşur. İlgili birimler arasında il sağlık müdürlüğü bünyesindeki bilgi sistemleri, eczacılık ve stok, tıbbi cihaz planlama ve klinik mühendislik ile mali hizmetler birimleri yer alır. Gerektiğinde, ilgili birim veya alandan sorumlu personel de komisyon toplantılarına katılır.

### 3.3. 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 veya uygun görülen alanlarda habersiz değerlendirme gözlem formu değerlendirme unsurlarına göre yapılır.
- Gözlem sonuçları SDS üzerinden Bakanlığa iletilir. (Habersiz Değerlendirme Gözlem Formu linki)
- İkinci gün, sağlık tesisi değerlendirme standartları doğrultusunda yerinde değerlendirme yapılır ve rapor SDS sistemine kaydedilir.

## 4. STANDARTLARIN YAPISI

Her standart aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır:

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

### 4.1. Standartların Kullanımı

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

### 4.2. 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.

### 4.3. Mevcut Durum Analizinin Gerçekleştirilmesi

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

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

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

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

- Eğilimleri görmek (ör. hasta memnuniyetinin ay ay artması veya azalması)

- Hedefle karşılaştırmak (%90 hedefi bulunan memnuniyet oranının %82 çıkmasının nedenleri sorgulanmalıdır.)
- Anormal değerleri tespit etmek (ör. birimde tekrar eden protezlerin beklenenden 3 kat fazla olması)

Örnek analizler:

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

### **Analizleri İncelemek Ne Demek?**

Analiz sonuçlarını dikkatle değerlendirmek;

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

### **Örneğin:**

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

### **Uygunsuzluklar için Düzeltici İyileştirici Faaliyet Başlatmak Ne Demek?**

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

Düzenleyici İyileştirici faaliyet örnekleri:

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

### **Başlatılan Faaliyetleri Takip Etmek Ne Demek?**

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

### **Takip süreci:**

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

### **Örnek Ölçüt Değerlendirme:**

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

Ölçütün analizi için toplanması gereken veriler:

- Protez yapılan kliniklerin ve protez yapan hekimlerin belirlenmesi
- Alınan ölçü sayısının ve kabul edilmeyen ölçü sayısının hekim ve klinik bazlı belirlenmesi

- Ölçünün uygun olmadığı sebebiyle kabul etmeyen personelin belirlenmesi
- Ölçünün kabul edilmeme nedenlerinin belirlenmesi

Tüm gerekli veriler HBYS de kayıt altına alınmış olmalıdır.

#### **Veri Toplama Dönemi:**

Aylık ya da haftalık olarak düzenli aralıklarla toplanmalıdır.

#### **Veri Analizi:**

##### **Analizin Amacı:**

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

#### **Analiz İncelemesi**

##### **İncelemeyi Gerçekleştiren Kişiler/Birimler:**

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

#### **İnceleme Soruları:**

- Kabul edilmeyen ölçüler ağırlıklı olarak aynı klinikten alınan ölçülerde ise, ölçü malzemesi uygun koşullarda saklanıyor mu, son kullanma tarihi geçmiş mi klinikten laboratuvara ölçü taşınmasında gecikme yaşanabilecek fiziki koşullar (laboratuvara uzaklığı gibi) var mı?
- Ağırlıklı olarak aynı hekimin ölçüleri kabul edilmiyorsa hekimin çalışma şartları uygun mu, hasta yoğunluğu sebebiyle hasta ağzının ölçü almaya uygun hale gelmesini beklemeden mi ölçü alınıyor ya da yardımcı personel yeterli mi?
- Kabul etmeyen personel ölçüyü uygun şartlarda taşıyor mu?
- Ölçü alındıktan sonra klinikte ya da taşıma sırasında gecikme yaşanıyor mu?

#### **Tespit edilen kök neden:**

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

#### **Düzeltilici İyileştirici Faaliyet**

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

#### **Faaliyetler:**

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

## Faaliyet Takibi:

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

## Örnek Sonuç:

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

## Yorum:

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

## Dokümantasyon ve Raporlama:

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

## Uygulama Algoritması

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

### Hizmet Verisi Analiz ve İyileştirme Algoritması



Aylık olarak, birim sorumlusu hekimler tarafından gerekli analizler yapılmalı; birim içinde çözülebilen sorunlar yerinde giderilmeli, çözülemeyen sorunlar için ise sorumlu kişi belirlenerek termin süresi tanımlanmalı ve Düzeltici–İyileştirici Faaliyet (DİF) başlatılmalıdır.

Açılan DİF'lerin, en geç iki ay içerisinde ilgili birim sorumlusu hekim tarafından değerlendirilerek kapatılması beklenmektedir.

İki ay sonunda kapatılmayan DİF'lere ilişkin gerekçeler, ilgili birim sorumlusu hekim tarafından araştırılmalı; sorunun birim içerisinde çözülememesi hâlinde konu, Başhekim ve Komite ile yapılacak toplantıda ele alınmalıdır.

İki ayda bir, birim sorumlusu hekimler ve komite üyelerinin katılımıyla, önceki iki aya ait tüm analiz sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla Başhekim başkanlığında toplantı yapılmalıdır.

Toplantı sonucunda, birim sorumlusu hekimler tarafından iletilen ve birim içerisinde çözülemeyen alanlara yönelik iyileştirme çalışmaları, Komite ve Başhekim tarafından planlanmalı ve koordine edilmelidir.

Sağlık tesisinde çözülemeyeceği kanaatine varılan sorunlar, Komite tarafından yazılı kanıtlarla belgelenmeli; Komite Sonuç Raporu'nda belirtilerek SDS Komite Sonuç Raporu olarak sisteme yüklenmelidir.

Sağlık tesisi yöneticileri ve çalışanlar sorumlu oldukları standartlara yönelik mevcut durum analizi yapmalıdır.

Bu analiz sırasında aşağıdaki başlıklar temel alınarak değerlendirme yapılmalıdır:

#### 4.3.1. Dokümantasyon Durumu

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

#### 4.3.2. Eğitim Durumu

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

#### 4.3.3. 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.)

#### 4.3.4. Fiziksel Ortam ve Kaynaklar

Standartın gerekliliklerini karşılayacak fiziksel altyapı, ekipman, personel veya teknik cihaz ve donanımlar mevcut mu?

Gerekli olan fiziksel veya teknik düzenlemeler nelerdir?

#### 4.4. 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 g¼c¼ planlaması

#### 4.5. Uygulama Aşaması ve S¼reç İzleme

Belirlenen ihtiyaçların karşılanmasını takiben, standartların tam olarak uygulanmasına y¼nelik faaliyetler başlatılır. Bu s¼reçte:

- Gerekli eğitimler verilir.
- Dok¼manlar tamamlanır ve y¼r¼rl¼ęe alınır.
- S¼reçler ve uygulamalar iyileştirilerek standartlara uyumlu hale getirilir.
- Fiziksel ve teknik d¼zenlemeler tamamlanır.

Ayrıca uygulamaların izlenmesi, değerlendirilmesi ve s¼rd¼r¼lebilirlięinin sağlanması için periyodik ¼z değerlendirmeler, performans g¼stergeleri ve kalite değerlendirme raporları kullanılarak s¼rekli izleme yapılmalıdır.

## 5. STANDART UYGULANMASI

**01**

Standart

Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

### DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

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

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

**1.2.** 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. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

HEKİM MUAYENE SAYILARI						
Klinik Adı	Hekim Adı	İLGİLİ AY:				
		MHRS Muayene Sayıları	Devam Eden MHRS Muayene Sayıları	MHRS Dışı Hasta Muayene Sayıları (mesai saatleri içerisinde)	Mesai Dışı ve Mesai Kaydırma Hizmetlerinde ki Muayene Sayıları	Toplam Muayene Sayısı
A Kliniği	X Hekim					
	Y Hekim					
	.....					
A Kliniği Toplam/Ortalama						
B Kliniği	X Hekim					
	Y Hekim					
	.....					
B Kliniği Toplam / Ortalama						
.....	.....					
	.....					
.....						
Genel Toplam/Ortalama (A Kliniği +B Kliniği +.....)						

**1.4.** MHRS'ye esas poliklinikler için 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 cetvellerinin tanımlanarak aktifleştirilmesi gerekmektedir.

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

## MHRS 15 Günlük Cetvelde %80 Doluluğu Olan Branş Oranı Takip Tablosu

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

- **MHRS 15 Günlük Cetvelde %80 Doluluğu Olan Branş Oranı:**  $MHRS \text{ Randevusu } 15 \text{ günlük cetvelde } \%80 \text{ üstü doluluğu olan branş sayısı} / \text{Toplam MHRS 'si olan branş sayısı} \times 100$   
**MHRS Randevusu 15 günlük cetvelinde 80 üstü doluluğu olan branş sayısı:** İlgili dönemde MHRS doluluğu %80 ve üzeri olan MHRS 'ye esas branş sayısını ifade etmektedir.  
**Toplam MHRS 'si olan branş sayısı:** İlgili dönemde MHRS' ye esas toplam branş sayısını ifade etmektedir.

**1.6.** Aktif bekleyen talep sayıları günlük analiz edilmeli.

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

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

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

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

## MHRS Devam Eden Muayene Sadakat Oranı Takip Tablosu

YIL:				AY:	
Hekim Adı	Alınan İlk muayene sayısı (MHRS)	Gerçekleşen ilk muayene sayısı (MHRS)	Açılan Devam eden muayene sayısı	Gerçekleşen Devam eden muayene sayısı	Devam Eden ve İlk Muayene Sadakat Oranları
X Hekim					
Y Hekim					
...					
<b>Toplam/Ortalama</b>					

- \* **İlk Muayene Sadakat oranı** =  $\text{Gerçekleşen MHRS Sayısı} / \text{Alınan MHRS Randevu Sayısı}$   
\* **Devam Eden Sadakat oranı** =  $\text{Devam Eden Muayene Cetvelinde Hastaya Verilen Randevuların Gerçekleşme Sayısı} / \text{Devam Eden Muayene Cetvelinde Hastaya Verilen Randevu sayısı} \times 100$

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

**1.12.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile poliklinik hizmetleri 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.

### Rehberlik

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

Poliklinik çalışma düzeni, MHRS, MHRS dışı muayeneler ve mesai dışı hizmetlerle ilgili olarak başhekim/başhekim yardımcısı, takipleri düzenli bir şekilde yürütmelidir. MHRS, çalışma cetveli prensibine dayalı olarak planlanmalı ve polikliniklerden sorumlu başhekim/başhekim yardımcısı, birim sorumlu hekimleri ve klinik sorumluları ile birlikte bu cetvelleri oluşturmalıdır. Cetveller, zamanında ve en yüksek kapasiteyle girilmeli, belirtilen aksiyonlara uyum düzenli olarak izlenmelidir.

Örneğin, bir hekim MHRS üzerinden randevu açmadığı takdirde, aksiyon kodu olarak ameliyat açması durumunda, ameliyat vaka sayısı ve süresi kontrol edilmelidir. Ayrıca, MHRS iptal nedenleri sorgulanmalı ve analiz edilerek iyileştirme süreçleri başlatılmalıdır. Polikliniklerde yoğunluk yaşanan ve randevu alınamayan branşlar için günlük aksiyonlar alınmalı, özellikle uzmanlık gerektiren branşlardaki randevu ve bekleme süreleri özel olarak analiz edilmeli, sağlık personeli, poliklinik odası ve tıbbi cihaz verimliliği sürekli olarak izlenmelidir.

Yoğun polikliniklerde yardımcı sağlık personeli desteği sağlanmalı, yeterli hekim mevcut olmasına rağmen poliklinik oda sayısı yetersizse, mesai kaydırma ile hizmet verilmelidir. Poliklinik odası mevcut fakat hekim sayısı eksikse, gönüllülük esasına dayalı olarak mesai dışı poliklinik hizmetleri sunulmalıdır. Geçici görevle görevlendirilen dış hekimlerinin, kadrosunun bulunduğu sağlık tesisi tarafından MHRS cetvelinde aksiyon kodu geçici görevli olarak işaretlenmelidir.

### 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

- Klinik /hekim bazlı analizlerle daha etkili çalışma cetvelleri hazırlanır.
- Polikliniklerdeki hekim, oda ve yardımcı personel kaynakları daha etkin kullanılır.
- Randevuya ulaşamayan hasta sayısı azalır.
- Hekim çalışma planlarının dengeli ve verimli olur.

- Bekleyen randevular ve aktif taleplerin takibiyle hizmet süresi kısalmalıdır.
- MHRS uyumu, istisnalar ve puan kontrolü gibi süreçler kanıta dayalı izlenebilir.
- Tüm göstergeler analiz edilerek sürekli kalite iyileştirme sağlanmalıdır.

### Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz? Çalışma Cetvelleri:

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

### MHRS Verileri:

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

### MHRS Dışı Veriler:

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

### Mesai Dışı Hizmetler:

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

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

- **Diş hekimi başına düşen ünit sayısı:** toplam ünit sayısı/toplam diş hekimi sayısı
- Nitelikli ünit sayısı:** Bir veya iki ünit bulunan odalardaki ünitlerin toplamıdır.
- Nitelikli ünit oranı =** Bir veya iki ünit bulunan odalardaki ünitlerin toplamı / sağlık tesisinde bulunan toplam ünit sayısı X 100

- Gönüllülük 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:

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

**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. Analiz yapılırken örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanılabilir.

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

**2.2.** Hasta sayısı ile yapılan işlem sayısı, branş ve hekim bazında analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

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

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

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

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

**Dolgu işlemleri, Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan "Girişimsel İşlemler Listesi"ne göre tanımlanmalıdır**  
**\*Diş Dolgusu Oranı = Dolgu yapılan diş sayısı / Polikliniğe başvuran hasta sayısı X 100 şeklinde hesaplanmalıdır.**  
**\*\*Dolgusu Tekrarlanan Diş Sayısı (Süt Dişi Dahil): Sağlık tesisinde 6 ay içinde aynı dişe aynı kodla tekrar yapılan dolgu sayısıdır.**  
**\*\*\*Tekrarlanan Dolgu Oranı: Dolgusu tekrarlanan diş sayısı /Toplam dolgu yapılan diş sayısı X 100 şeklinde hesaplanır.**  
**Toplam dolgu yapılan diş sayısı, Girişimsel İşlemler Listesinin "Tedavi ve Endodonti" başlığı altında bulunan 402.010 ile 402.020 arasındaki kodlu işlemleri ile 402.030, 402.040, 402.050, 402.060, 402.070, 402.080, 402.090, 402.100, 402.110, 402.120, 402.130, 402.160, 402.170, 402.180, 402.190, 403.090 kodlarına ait işlemlerdir.**  
**Dolgu Sonrası Kanal Yapılan Diş Sayısı: Dolgu sonrası 6 ay içinde kanal tedavisi yapılan diş sayısı yazılacaktır.**  
**Dolgu Sonrası Çekilen Diş Sayısı: Dolgu sonrası 6 ay içinde çekilen diş sayısı yazılacaktır.**  
**Tekrar tedavi oranlarının değerlendirilmesinde, tekrar edilen işlemler ilk tedaviyi gerçekleştiren hekim esas alınarak hesaplanmalı, işlemi tekrar eden hekim esas alınmamalıdır.**

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

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

— \*Diş Çekim işlemleri, Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanmalıdır  
 \*\*Diş Çekim İşlem Oranı = Çekilen diş sayısı / Çekim, dolgu ve kanal tedavisi yapılan diş sayısının toplamı X 100 şeklinde hesaplanmalıdır.

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

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

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

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

Kanal Tedavisi: Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.140, 402.150 ile 402.154 arasındaki kodlu işlemler ile 402.300, 402.323, 402.370, 402.380,

402.390, 402.470, 402.480 kodlu işlemleri,

Dolgu Yapılan Diş Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.010 ile 402.020 arasındaki kodlu işlemler ile 402.030, 402.040, 402.050, 402.060, 402.070, 402.080, 402.090,

402.100, 402.110, 402.120, 402.130, 402.160, 402.170, 402.180, 402.190, 403.090 kodlu işlemleri ifade eder

Tekrar tedavi oranlarının değerlendirilmesinde, tekrar edilen işlemler ilk tedaviyi gerçekleştiren hekim esas alınarak hesaplanmalı, işlemi tekrar eden hekim esas alınmamalıdır.

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

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

- 404.170, 404.180, 404.181, 404.190, 404.200, 404.201, 404.210, 404.220, 404.230, 404.360, 404.390, 404.395, 404.455, 404.460 işlem kodlarından herhangi biri uygulanan dişe tedavi sonrasında 6 ay içerisinde işlem yapılan (dolgu, kanal, çekim) diş sayısını  
**Dolgu Yapılan Diş Sayısı:** Girişimsel İşlemler Listesinin "Tedavi ve Endodonti" başlığı altında bulunan 402.010 ile 402.020 arasındaki kodlu işlemleri ile 402.030, 402.040, 402.050, 402.060, 402.070, 402.080, 402.090, 402.100, 402.110, 402.120, 402.130, 402.160, 402.170, 402.180, 402.190, 403.090 kodlu işlemleri ifade eder  
**Kanal Tedavisi:** Girişimsel İşlemler Listesinin "Tedavi ve Endodonti" başlığı altında bulunan 402.150 ile 402.154 arasındaki kodlu işlemler (402.140, 402.150, 402.152, 402.153, 402.154) ve 402.300, 402.323, 402.370, 402.380, 402.390, 402.470, 402.480 kodlu işlemleri,  
**Çekim Sayısı:** Girişimsel İşlemler Listesinin "Ağız ve Diş Çene Cerrahisi" başlığı altında bulunan 405.010 ile 405.056 arasındaki kodlu işlemleri ile 405.060 kodlu işlemi,  
 Dolgu ve kanal tedavisi, sabit protez teslim işleminden sonraki 6 aylık sürede kontrol edilmelidir.

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

Cerrahi İşlem Sayısı Takip Tablosu								
Yıl:						Ay:		
Hekim Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Lokal Anestezi Altında Yapılan İşlem Sayıları						
		Çekim Sayısı		Kök Ucu Rezeksiyonu	İmplant	Gingivektomi ve Flep	Diğer Cerrahi İşlemler	Cerrahi Harici Diğer İşlemler
		Normal Diş	Gömülü Diş Çekim					
X Hekim	Ağız Diş Çene Cer.							
Y Hekim	Diş Hekimi							
.....								
<b>Toplam</b>								

- Ameliyat ve işlemler Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan "Girişimsel İşlemler Listesi" ne göre tanımlanmalıdır.  
**Çekim Sayısı:** Girişimsel İşlemler Listesinin "Ağız ve Diş Çene Cerrahisi" başlığı altında bulunan 405.010 ile 405.056 arasındaki kodlu işlemleri ile 405.060 kodlu işlemi,  
**Kök ucu Rezeksiyonu:** Girişimsel İşlemler Listesindeki 405.060 kodlu işlemi,  
**İmplant:** Girişimsel İşlemler Listesinin "Ağız ve Diş Çene Cerrahisi" başlığı altında bulunan 405.230, 405.260 kodlu işlemi,  
**Gingivektomi ve Flep:** Girişimsel İşlemler Listesinin "Periodontoloji" başlığı altında bulunan 406.040,406.050 kodlu işlemi,

- Diğer Cerrahi İşlemler: Genel tıbbi işlemler listesinin “Ağız ve Diş Çene Cerrahisi” ve “Periodontoloji” başlığı altında yer alıp yukarıdaki tabloda yer almayan işlemleri ifade eder.  
Cerrahi Harici Diğer İşlemler: “Teşhis ve Tedavi Planlaması”, “Ağız ve Diş Çene Cerrahisi” ve “Periodontoloji” başlığı haricindeki diğer işlemleri ifade eder.

**2.7.** Nöbet kliniği hariç muayene edilen ancak işlem yapılmayan hasta sayısı branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz. İşlem yapılan hasta sayısının belirlenmesinde iki durum “işlem yapılmış hasta” olarak değerlendirilir. Hastaya sadece aşağıda yer alan SUT kodları haricindeki kodlardan girilmiş ise “işlem yapılmış hasta” sayılır. Hastaya hem aşağıdaki kodlar hem de aşağıdaki kodların dışındaki kodlardan girilmiş ise “işlem yapılmış hasta” sayılır.

Ancak; Hastaya sadece aşağıda belirtilen “hiç işlem yapılmadığı anlamına gelen” SUT kodlarından bir veya birkaçı girilmiş başka herhangi bir kod girilmemişse “işlem yapılmamış hasta” olarak değerlendirilir.

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

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

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

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

- \* Yeşil Listeye alınan Hasta Oranı:  $\text{Yeşil Listeye Kaydettiği Hasta Sayısı} / \text{Toplam Hasta Sayısı} \times 100$   
\*\*Pedodonti Klinikleri Hariç tutulacaktır.

- İşlem yapılmadan yeşil listeye yönlendirilen hasta sayısı: Hastaya sadece belirtilen kodlarından bir veya birkaçı girilmiş başka herhangi bir kod girilmemişse işlem yapılmayan hasta olarak değerlendirilir: 401.010, 401.020, 401.030, 401.040, 401.051, 401.060, 401.070, 401.080, 401.090, 401.100, 401.110, 401.120, 401.130, 401.135, 401.150, 401.151, 401.152, 401.153, 404.090, 404.100, 404.110, 404.120, 404.130, 404.140, 404.240, 404.250, 404.260, 404.270, 405.080, 405.200, 405.360, 405.420, 405.430, 406.110 kodlu işlemleri ifade eder. İşlem yapılmadan yeşil listeye yönlendiren hasta sayısında muayene ve radyolojik tetkikler işlem olarak değerlendirilmeyecektir. Aynı gün aynı kurum aynı kişi tek sayılmış olup toplam başvuru sayısı takip numarası saydınlarak hesaplanmalıdır.

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

Kurum İçi Sevk Oranı Yönetici Takip Tablosu					
Yıl:			Ay:		
Dış Hekimi Adı	Poliklinik	Toplam Hasta Sayısı	Branş Klinikğine Sevk edilen Hasta Sayısı	Sevk Nedeni	*Sevk Edilen Hasta Oranı
X Hekim					
Y Hekim					
<b>Genel Toplam/Ortalama</b>					

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

**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.

## Rehberlik

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

Yeşil listeye hasta yönlendirildiğinde HBYS üzerinden yeşil liste kaydı yapılabiliyor olmalıdır. MHRS'de branş poliklinikleri için hastalara doğrudan randevu verilememektedir. Ancak Yeşil Liste adı verilen takip gerektiren hasta listesine kaydedilen vatandaşlar branş polikliniklerine randevu alabilmektedirler. Bu nedenle ilgili yeşil listeye yönlendirdikleri hastaların kayıtları yapılabilmeli; gerek görülen hastaların yeşil listede kalma süreleri uzatılabilir.

Muayene edilip işlem yapılmayan hasta sayılarının analizi, tanı ve tedavi süreçlerindeki

olası aksaklıkları veya hasta uyum sorunlarını belirlemeye yardımcı olması açısından takip ve analiz edilmelidir.

### Standardın Amacı

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

### Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

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

### Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

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

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. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

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

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

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

\*\*Tekrar Edilen Röntgen Sayısı: Her bir teknisyenin tekrar çekilen röntgen sayısıdır.

\*\*\*Tekrar Edilen Röntgen Oranı: Teknisyen tarafından tekrar çekilen röntgen sayısı/ Teknisyen tarafından çekilen toplam röntgen sayısı X 100 şeklinde hesaplanır.

**3.3.** Dental görüntüleme cihazlarının kullanım durumu ile arızaları analiz edilmelidir. Cihaz arızaları ve pasifte kalma süreleri HBYS üzerinden takip edilmeli varsa gecikme nedenleri analiz edilerek ilgili personel ile paylaşılmalı.

**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.

## Rehberlik

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

Sağlık tesisinin insan gücü, cihaz vb. kendi dinamiklerine göre belirlenmeli ve bu süreler HBYS’de tanımlanmalıdır. Kanal tedavisi yapılan dişler için aynı gün içinde aynı dişe çekilen röntgenler tekrar edilen röntgen sayılarının dışında tutulmalıdır. Verilere nöbet verileri dahil edilmemelidir. Gereksiz görüntüleme tetkiklerinin önlenmesi için hekimlerin e-Nabız ve HBYS sistemlerini etkin bir şekilde kullanması sağlanmalıdır.

Hizmet alımları, cihaz kullanımı ve cihaz arızaları dikkatle izlenmeli, arızaların ve eksikliklerin hızla giderilmesi için gerekli adımlar hızla atılmalıdır. Bu süreçlerin etkin takibi, görüntüleme hizmetlerinin kesintisiz ve verimli sunulmasını sağlamak için kritik önem taşır.

## Standardın Amacı

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

## Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

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

## Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

### Veri Toplama ve Analiz:

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

### Randevu Verme ve Sonuç Süreleri:

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

### Tekrar Tetkikler:

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

### Cihaz Kullanımı ve Arızalar:

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

## İzleme ve Raporlama:

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

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. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

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

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

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

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

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

<b>*Protez Sayıları Takip Tablosu</b>						
YIL:				AY:		
Hekim Adı Soyadı	Hekimin Uzmanlığı	Hasta Sayısı	Protez Sayıları		Geçici Kron Sayısı	Gece Plağı Sayısı
			Sabit Protez Üye Sayısı	Hareketli Protez Parça Sayısı		
X Hekim	Protez					
Y Hekim	Endodonti					
.....						
<b>Genel Toplam</b>						

<b>Ek Bina /Semt Polikliniklerinde *Protez Sayıları Takip Tablosu</b>						
YIL:				AY:		
Hekim Adı Soyadı	Hekimin Uzmanlığı	Hasta Sayısı	Protez Sayıları		Geçici Kron Sayısı	Gece Plağı Sayısı
			Sabit Protez Üye Sayısı	Hareketli Protez Parça Sayısı		
X Hekim	Protez					
Y Hekim	Endodonti					
...						
<b>Genel Toplam</b>						

— \*Protez sayıları: Sabit protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.160 ile 404.230 arasındaki kodlu işlemler ile 404.360, 404.380, 404.390, 404.395, 404.400 kodlu işlemleri, Hareketli protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.010 ile 404.050 arasındaki kodlu işlemler ile 404.280 ile 404.340 arasındaki kodlu işlemler ve 404.370, 404.410, 404.420 kodlu işlemleri, Gece plağı sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.150 kodlu işlemleri, Geçici kron sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.240 kodlu işlemleri

**\*Tekrarlanan Protez Sayısı Takip Tablosu**

1.DÖNEM(OCAK HAZİRAN)

Hekim Adı	Tekrarlanan Sabit Protez		Tekrarlanan Hareketli Protez		Tekrarlanan Sabit Yer Tutucu		Tekrarlanan Hareketli Yer Tutucu	
	Sayısı	Oranı	Sayısı	Oranı	Sayısı	Oranı	Sayısı	Oranı
Y Hekim								
Z Hekim								
.....								
<b>Genel Toplam</b>								

\*Tekrar edilen protez analizleri 6 aylık dönemlerde yapılmalıdır. ADŞM/ADŞH'lerde 6 ay içinde aynı bölgeye veya diğere aynı kodla tekrar yapılan protezler tekrar edilen protez olarak sayılacaktır.

Tekrar edilen sabit protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.160 ile 404.230 arasındaki kodlu işlemler ile 404.360, 404.380, 404.390, 404.395, 404.400 kodlu işlemleri,

Tekrar edilen hareketli protez Sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.010 ile 404.050 arasındaki kodlu işlemler ile 404.280 ile 404.340 arasındaki kodlu işlemler ve 404.370, 404.410, 404.420 kodlu işlemleri, Tekrar edilen yer tutucu sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 403.040 ile 403.050 kodlu işlemleri, İşlem yapıldıktan sonraki 1 ay içerisinde tekrarlanan yer tutucular takip edilmelidir.

Tekrar edilen Gece plağı sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.150 kodlu işlemleri ifade eder.

Tekrarlanan Sabit Protez Oranı= Hekimin tekrarlanan sabit protez sayısı/ Hekimin yaptığı toplam sabit protez sayısı

Tekrarlanan Hareketli Protez Oranı= Hekimin tekrarlanan hareketli protez sayısı/ Hekimin yaptığı toplam hareketli protez sayısı

Tekrarlanan Sabit yer tutucu Oranı= Hekimin tekrarlanan sabit yer tutucu sayısı/ Hekimin yaptığı toplam sabit yer tutucu sayısı

Tekrarlanan Hareketli yer tutucu Oranı= Hekimin tekrarlanan hareketli yer tutucu sayısı/ Hekimin yaptığı toplam hareketli yer tutucu sayısı

**4.5.** Sağlık tesisinde yapılan yer tutucu, çocuk protezleri ve sayıları hekim ve branş bazlı analiz edilmelidir.

Yer Tutucu, Çocuk ve Engelli Protez Sayıları Takip Tablosu									
YIL:					AY:				
Hekim Adı Soyadı	Hekimin Uzmanlığı	Çocuk Hasta Sayısı (5-10 Yaş Arası)	Engelli Hasta Sayısı	Engelli Protez Sayısı	Protez Sayıları (5-10 Yaş Arası)				Çocuk Protez Sayısı
					Sağlık Tesisinde Yapılan Yer Tutucu Sayısı		Dış Merkezde Yapılan Yer Tutucu Sayısı		
					Hareketli	Sabit	Hareketli	Sabit	
Y Hekim	Ortodonti								
Z Hekim	Diş Hekimi								
.....	.....								
<b>TOPLAM</b>									

- Sağlık tesisinde yapılan yer tutucu sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 403.040 ile 403.050 kodlu işlemleri,  
Çocuk protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinin bulunan 403.060 ile 403.070 kodlu işlemleri,  
Dış Merkezde Yapılan Yer Tutucu Sayısı Sağlık tesisi dışında hizmet alımı yolu ile yapılan yer tutucu sayılarını ifade eder.  
Engelli protez sayıları: sadece engelli polikliniği değil tüm polikliniklerde engellilere yönelik yapılan protez sayısını ifade eder. Evde sağlık dahil.

**4.6.** Poliklinikte kaybolan protezler, alçı model ve ölçüler hekim bazlı analiz edilmelidir. Analiz yapılırken örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanılabilir.

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

**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.

## Rehberlik

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

Sağlık tesislerinde tekrar edilen protezler için komisyon oluşturulmalı ve en az altı aylık dönemlerde analizler yapılmalıdır. Hekim bazlı yapılan analizlerde, protezlerin tekrar edilme nedenleri (kullanılan sarf malzeme, kullanılan cihazlar, laboratuvar, teknisyen, hekim ve hasta kaynaklı) araştırılmalı ve yönetim tarafından gerekli düzeltmelerin yapılması sağlanmalıdır. Sağlık tesisinde sabit protez yapılan hastalarda kesim sonrasında dişlerde görülebilecek problemlerin engellenmesi ve dişlerin korunması amacı ile geçici kron yapılmalıdır. Sabit protezlerde, kesilen ayak diş sayısı kadar geçici kron yapılmalıdır.

Laboratuvar takip sisteminde işin gönderildiği tarih, beklenen teslim tarihi, teslim alındığı tarih ve protezi çalışan teknisyen belirtilmelidir. Dış laboratuvar performansları da takip edilmelidir. Bu analizler sayesinde gecikmeler, uyumsuzluklar ve tekrar işlemler erkenden tespit edilerek önleyici düzenlemeler yapılabilir. Laboratuvar süreçlerinin düzenli takibi; hasta memnuniyetini artırırken klinik ve laboratuvar arasındaki iş birliğini güçlendirir, hizmet kalitesini iyileştirmektedir.

## Standartın Amacı

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

## Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Zamanında ve doğru protez teslimiyle hasta memnuniyeti ve tedavi etkinliği artar.
- Tekrar protez oranı azalır, malzeme ve iş gücü etkin kullanılır.
- Diş hekimi, teknisyen bazlı karşılaştırma ve farkındalık ile klinik süreçlerde iyileşme sağlanır.
- Ekip içi iş birliği gelişir ve sağlık tesisinin kurumsal performansı güçlenir.
- Denetimlerde güçlü veri ve analizle başarılı sonuç alınır.
- Laboratuvar kaynaklarının verimli kullanımı artar.
- e-Nabız ve HBYS entegrasyonu sayesinde süreç dijitalleşir ve izlenebilirlik artar.

## Standartı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz? Klinik, Hekim, Teknisyen/ Tekniker Bazlı Analiz:

1. Sağlık tesisinde yapılan protezler, geçici kronlar ve gece plağı sayıları DHBS' de kayıt altına alınmalıdır. Yapılan protez sayılarına ek bina/semte poliklinikleri de yapılan protez sayıları dahil edilmemeli ayrı olarak hesaplanmalıdır.

2. Sağlık tesisinde sabit protez yapılan hastalarda kesim sonrasında dişlerde görülebilecek problemlerin engellenmesi ve dişlerin korunması amacı ile geçici kron yapılmalıdır. Sabit protezlerde, kesilen ayak diş sayısı kadar geçici kron yapılmalıdır. (Köprü sökümü yapılan

hastalarda eski köprü üyeleri geçici kron olarak kullanılabilir, bu oran en az %70 olmalıdır. Ölçü alındıktan sonra en geç 24 saat içinde hastaya geçici kron yapılmış olmalıdır.

3. Yer tutucu, çocuk ve engelli olarak ayrı ayrı bakılmalıdır. Çocuk hasta protez sayıları hesaplamasında 5-10 yaş aralığı baz alınmalıdır.

4. Protez laboratuvarına kabul edilemeyen ölçüler klinik ve hekim bazlı analiz edilmelidir. Protez laboratuvarına kabul edilmeyen ölçüler en az aşağıdaki tabloda belirtilen bilgileri içerecek şekilde sağlık tesisi tarafından takip edilmelidir.

5. Özellikle çok sayıda istem yapan klinikler yakından izlenmelidir.

6. Protez teslim süreleri protez türüne göre (sabit, hareketli, yer tutucu, gece plağı, geçici kron vb.) klinik ve hekim bazlı olarak analiz edilmelidir.

7. Tekrar yapılan protezler türüne göre (sabit, hareketli, yer tutucu, gece plağı, geçici kron vb.) nedenleri hekim, klinik ve teknisyen bazında analiz edilmelidir. Kısa sürede aynı hastaya aynı protez isteniyorsa nedenleri araştırılmalıdır. Gerekirse karar destek sistemleri ile uyarı sistemleri kurulmalıdır.

8. Tekniker/teknisyen bazlı protez ve tamir işlem sayıları protez türüne göre analiz edilmelidir (Hizmet alımı dahil). Analizler asgari hareketli protez, sabit protez, diş ilavesi, gece plağı, ortodontik aparey ilavesi, kroşe ilavesi, akrilik protezde tamir, rebezaj, besleme ve yumuşak akril uygulama sayısını kapsamalıdır. Analiz yapılırken örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanılabilir.

Tekniker/ Teknisyen Bazlı Protez/İşlem Sayısı Takip Tablosu									
YIL:				AY:					
Tekniker/Teknisyen Adı Soyadı	Protez		Yer Tutucu Sayısı		Diş ilavesi	Gece plağı sayısı	Ortodontik aparey sayısı	Kroşe ilavesi	Akrilik Protezde Tamir, Rebezaj, Besleme ve Yumuşak Akril Uygulama Sayısı
	Hareketli Protez Sayısı	Sabit Protez Sayısı	Hareketli	Sabit					
Y Tekniker/ Teknisyen									
Z Tekniker/ Teknisyen									
.....									
<b>Genel Toplam:</b>									

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

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

### Ölçü Bekleme Süreleri:

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

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.

..... Yılı Nöbet Hizmetleri Başvuru Yoğunluğu Takip Tablosu							
AYLAR	Toplam Başvuran Hasta Sayısı	Nöbet Hizmetinin de Başvuran Hasta Sayısı	Mesai Kaydırma Başvuran Hasta Sayısı	*Nöbet Hizmetinde Başvuran Hasta Oranı	Mesai Kaydırma Başvuran Hasta Oranı	** Acil Müdahale Gereken Hasta Sayısı	*** Acil Müdahale Gereken Hasta Oranı
OCAK							
ŞUBAT							
.....							
<b>Yıllık Toplam/Ortalama</b>							

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

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

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

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

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

### Rehberlik

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

Nöbet ve mesai dışı hizmetlerde başvuran hastalar için; başvuru zamanı (ilk kayıt), ilk müdahale zamanı, tedavi zamanı HBYS'de izlenebilmelidir. Başvuru yoğunluğunun detaylı takibi (nöbet, mesai kaydırma, mesai dışı çalışma ayrı ayrı), personel ve kaynak planlaması için kritik öneme sahiptir.

MHRS randevu sürelerini azaltmak, hekim ve ünit dengesini sağlamak için mesai kaydırma hizmeti verilebilir. Mesai kaydırma sisteminin uygulanması durumunda, bu sistemin randevu ve bekleme sürelerine etkisi düzenli olarak analiz edilmelidir.

### Standardın Amacı

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

### Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

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

### Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

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

**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 sterilizasyon verileri analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

### Rehberlik

Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aeratör, mikromotor, anguldruva vb.) sterilizasyon ünitesine teslimi, malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzlukların takibinin HBYS üzerinden yapılması konularını kapsamaktadır. Süreç yönetimi, polikliniklerden Merkezi Sterilizasyon Ünitesine (MSÜ) kadar bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Vakum kaçak testleri düzenli bakılmalıdır. Kullanılan başlıkların (aeratör, mikromotor, anguldruva, vb.) sterilizasyon ünitesine poliklinik bazlı teslimi standartlara uygun yapılmalı ve takibi sağlanmalıdır. Uygunsuzluk formu takip edilmelidir.

Bakınız: Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Rehberi  
Link: DAS\_Rehberi\_2025.pdf

### Standartın Amacı

Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aeratör, mikromotor, anguldruva vb.) sterilizasyon ünitesine poliklinik bazlı teslim edilmesi, malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzlukların takibinin HBYS üzerinden yapılması, enfeksiyonların kontrol atında tutulması, malzemelerin verimli kullanılması sağlanarak maliyet etkinliğinin sağlanması. Ayrıca, dezenfektan solüsyonlarının etkinliğinin Minimal Efektif Konsantrasyon (MEK) indikatörleri ile takibi, MSÜ'de kirli alandan steril alana tek yönlü akışın korunması ve steril edilen malzemelerin uygun fiziksel koşullarda (en fazla 22°C ve %60 nem) depolanması amaçlanmaktadır.

### Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- \* Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aeratör, mikromotor, anguldruva vb.) sterilizasyon ünitesine teslim edildiğine dair poliklinik bazlı kayıtları tutularak etkin malzeme yönetimi sağlanır,
- \* Merkezi Sterilizasyon Ünitesi (MSÜ)'deki tekstil kontrolü ve paketleme alanlarının ayrılması sayesinde kontaminasyon riskleri minimize edilir.
- \* Cihaz performans testleri (Bowie&Dick, Vakum Kaçak) ve biyolojik indikatör sonuçlarının takibi ile sterilizasyonun güvenilirliği garanti altına alınır.
  - Maruziyet Bantları: İşleme girmiş ve girmemiş paketleri ayırt etmek için her paketin üzerinde bulunmalıdır,
  - Bowie&Dick Testi: Vakumlu buhar sterilizatörlerinde cihazın hava çıkarma performansını ölçmek için her gün ilk işlemde önce boş cihazda yapılmalıdır,

- Vakum Kaçak Testi: Vakum kaçağı 1 mbar/dak altında ise haftada bir; 1-1,3 mbar/dak arasında ise her gün yapılmalıdır,
  - Biyolojik İndikatörler: En az haftada bir kez kullanılmalıdır. Ancak ağız ve diş sağlığı tesislerinde sıkça uygulanan vücuda implante edilecek (implant) cihazların sterilizasyonunda her yükte biyolojik indikatör kullanılması zorunludur.
  - \* Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzlukları HBYS üzerinden takip edilerek eksik, son kullanma tarihi geçmiş, indikatör eksikliği vb. parametrelerin takibini kolaylaştırır,
  - \* FIFO (ilk giren ilk çıkar) prensibi uygulanarak malzeme israfının önüne geçilir.
- Sistem üzerinden takip edilerek hizmet alımı dahil sterilizasyon giderlerinin takibini kolaylaştırır.

### Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

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

Uygunsuzluk Bildiriminde Bulunan Birim	Steril Malzeme Uygunsuzluk Takip Tablosu Dönemi:							
	Eksik Malzeme	Son Kullanma Tarihi Geçmiş Malzeme	İndikatör Eksikliği Ya Da Uygunsuzluğu	Nemli Malzeme	Paket Bütünlüğü Bozulmuş Malzeme	Kalıntı, Paslı Vb. Malzeme	.....	Toplam
Cerrahi								
Ameliyathane								
Poliklinik								
Protez								
Dış merkez (Özel veya kamu)								
...								
<b>Toplam</b>								

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

1. Hizmet alımı yapılan sağlık tesislerinde sterilizasyon giderlerinin aylık takip edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanılabilir.

Sterilizasyon Gider (TL) Takip Tablosu (Sterilizasyon Hizmeti Satın Alan Sağlık tesisleri)													
	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Toplam
<b>Gider</b>													

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

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

6. Biyolojik indikatörler en az haftada bir, ancak vücuda implante edilecek (implant) cihazların sterilizasyonunda her yükte mutlaka kullanılmalıdır.

7. Dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihleri bulunmalı; solüsyon etkinliği pH ölçer ile değil, MEK indikatörleri ile kontrol edilmelidir.
8. Steril depo yerleşiminde malzemeler zeminden 30 cm yukarıda, tavandan 50 cm aşağıda ve duvardan 5 cm önde raflanmalıdır.
9. Polikliniklerde ve ünitelerde bulunan paketlerin bütünlüğü korunmalı, ıslanan paketler doğrudan kontamine kabul edilmelidir.

07

Standart

Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.



## DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 7.1.** Çalışanlardan görüş, öneri, şikâyet 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, şikâyet 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.

### Rehberlik

Sağlık tesislerinde çalışan memnuniyetini artırmak amacıyla yönetime erişimi kolaylaştıran etkili iletişim ve geri bildirim mekanizmaları oluşturulmalı, çalışanların görüş ve önerileri düzenli olarak alınarak iyileştirme süreçlerine aktif katılımları sağlanmalıdır. Kurumun büyüklüğü ve personel yapısı dikkate alınarak yöneticiler ile çalışanların düzenli aralıklarla bir araya geldiği iç iletişim toplantıları planlanmalı, açık iletişim ortamı desteklenerek aidiyet duygusu, çalışan bağlılığı ve hizmet kalitesi sürdürülebilir biçimde güçlendirilmelidir. 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.

Örneğin; sağlık tesisinin büyüklüğü ve personel sayısına göre her ayın 3. çarşamba günü çalışan ve üst yönetimin bir araya geldiği iç iletişim toplantıları düzenlenebilir. Bu sayede açık iletişim ortamı sağlanarak hem hizmet kalitesini hem de çalışan bağlılığı güçlendirilmelidir.

Başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve birim sorumlularının katılımıyla değerlendirilerek, gerekli görülen alanlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

### 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.

### Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

Geri Bildirim Sistemleri etkin kurulmalıdır.

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

### Çalışan Geri Bildirim Sisteminin Kurulması

- Çalışanların görüş, öneri, şikâyet ve memnuniyetlerini iletebilecekleri dijital (online anket, mobil uygulama vb.) ve fiziksel (öneri kutuları, formlar vb.) 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.

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.

### Rehberlik

Bina turları, sağlık tesisinin fiziki altyapısı ve hizmet işleyişi, personel ve hasta ziyaretleri, malzeme ve cihaz kullanımı, temizlik ve hijyen başta olmak üzere tüm alanları kapsayacak şekilde başhekim ve görevlendirdiği birim sorumluları tarafından en az iki ayda bir gerçekleştirilmelidir; ihtiyaç halinde sıklık artırılmalıdır. Bina turları, yalnızca gözlem faaliyeti olarak değil, tesisin genel durumunun yerinde ve bütüncül değerlendirilmesini sağlayan bir yönetim aracı olarak yürütülmeli, tespit edilen eksiklikler görsel ve yazılı olarak kayıt altına alınmalı ve belirlenen uygunsuzluklara yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetler zamanında

başlatılarak kalite yönetim döngüsü etkin şekilde işletilmelidir. Başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve birim sorumlularının katılımıyla değerlendirilerek, gerekli görülen alanlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

### Standardın Amacı

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

### Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

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

### Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Edilmelidir?

Bina turu planlaması ve sıklığı

- Bina turları, (ek hizmet binaları da dahil) 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 Sistemik Gözlem

- Turlar, sadece fiziki yapıların değil; temizlik, hijyen, malzeme ve cihaz kullanımı, hasta ve çalışan güvenliği, yönlendirme sistemleri ve çevresel düzenlemeler gibi hizmet süreçlerinin de bütüncül bir biçimde değerlendirilmesini kapsamalıdır.
- Görsel ve yazılı gözlemler eş zamanlı yapılmalı, saha notları anında kayıt altına alınmalıdır.

### Kayıt ve Raporlama

Tespit edilen uygunsuzluklar, eksiklikler ve potansiyel riskler hem görsellerle belgelenmeli hem de standart formlar aracılığıyla yazılı olarak raporlanmalıdır. Her tur sonrası, gözlem bulguları ilgili birimlerle paylaşılmalı, yönetime sunulmalıdır.

### Düzeltilici ve 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 denetim aracı olarak değil; eğitim, farkındalık ve kurumsal öğrenme aracı olarak görülmelidir.

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

## 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.

### Rehberlik

Sağlık tesislerinde hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini artırmak amacıyla; bilgilendirme, karşılama, yönlendirme ve fiziksel ortam düzenlemelerine yönelik uygulamalar bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Hastanenin web sitesi güncel tutulmalı, hastaların doğru ve kolay erişilebilir bilgiye ulaşması sağlanmalıdır. Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetleri etkin şekilde sunulmalı; bu birimde görev yapan personelin hasta memnuniyeti, hasta hak ve sorumlulukları ile iletişim becerileri konularında eğitilmiş olması sağlanmalıdır. Fiziksel alanların, özellikle tuvalet ve banyoların temizlik ve donanım açısından uygunluğu düzenli olarak kontrol edilmelidir. Temizlik hizmetlerine ilişkin sorumlular, kontrol yöntemleri ve kontrol aralıkları net olarak belirlenmelidir.

Bekleme alanları hasta potansiyeline uygun nitelik ve sayıda oturma alanı içerecek şekilde planlanmalıdır. Tüm bu uygulamalar kapsamında elde edilen veriler, başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir analiz edilmeli; gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılarak süreçlerin sürdürülebilir şekilde geliştirilmesi sağlanmalıdır.

### Standardın Amacı

- Hastaların sağlık tesisine başvuru ve hizmet alma süreçlerini kolaylaştırmak,
- Hastane web sitesi, karşılama–danışma ve yönlendirme hizmetleri aracılığıyla doğru ve güncel bilgilendirme sağlamak,
- Güvenli, temiz, düzenli ve konforlu bir fiziksel ortam oluşturmak,

- Hasta güvenliğini ve memnuniyetini artırmak,
- Fiziksel alanlar ve destek hizmetlerine ilişkin süreçlerin düzenli izlenmesini ve iyileştirilmesini sağlamaktır.

### **Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı**

- Hasta memnuniyeti ve güven duygusu artar,
- Hizmete erişim kolaylaşır, yönlendirme süreçleri etkinleşir,
- Temiz, düzenli ve güvenli fiziksel ortam sağlanır,
- Hasta güvenliği riskleri azalır,
- Hizmet kalitesi ve kurumsal imaj güçlenir,
- Fiziksel ortam ve destek hizmetleri izlenebilir ve sürdürülebilir hâle gelir,
- Sorunlar erken tespit edilerek hızlı iyileştirme sağlanır.

### **Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Edilmelidir?**

#### **Bilgilendirme ve Dijital İçerik**

- Hastane web sitesinin güncelliği düzenli olarak kontrol edilmelidir.
- Güncellemeden sorumlu birimler ve kontrol periyotları belirlenmelidir.
- Web sitesinde yer alan bilgiler hasta odaklı, açık ve anlaşılır olmalıdır.

#### **Karşılama, Danışma ve Yönlendirme Hizmetleri**

- Karşılama ve danışma birimlerinde görev yapan personelin iletişim becerileri güçlü olmalıdır.
- Personelin hasta hakları, hasta sorumlulukları ve hasta memnuniyeti konularında aldığı eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- Hasta yoğunluğuna göre yeterli sayıda personel görevlendirilmelidir.

#### **Fiziksel Ortam ve Temizlik Hizmetleri**

- Tuvalet ve banyoların temizlik ve donanım kontrolleri düzenli yapılmalıdır.
- Temizlik malzemelerinin sürekliliği sağlanmalı, eksiklikler gecikmeden giderilmelidir.
- Temizlik hizmetlerine ilişkin sorumluluklar ve kontrol yöntemleri yazılı olarak tanımlanmalıdır.

#### **Bekleme Alanları**

- Bekleme alanlarının kapasitesi hasta ve refakatçi sayısına uygun olmalıdır.
- Oturma alanlarının ergonomik, güvenli ve erişilebilir olması sağlanmalıdır.
- Alan düzenlemeleri hasta güvenliğini riske atmayacak şekilde yapılmalıdır.

Özellikle poliklinik bekleme alanları ve brans nöbeti bekleme alanları olmak üzere tüm bekleme oturma alanlarında sabitlemenin özellikle gereklidir. Sabit olmayan koltuklar; fırlatılabilme, barikat olarak kullanılma, devrilme ve kalabalıkta kontrolsüz hareket etme gibi nedenlerle yaralanma riskini artırır.

#### **Sabitlemenin Amacı**

- Koltuk sabitlemesi, kişilerin birbirine doğrudan zarar vermesini önleyen bir yöntem değildir. Ancak;

- Koltukların araç olarak kullanılmasını engeller,
- Düşme ve çarpma kaynaklı kazaları azaltır,
- Alan düzenini korur,
- Acil durumlarda geçiş yollarının açık kalmasını sağlar.

Bu yaklaşım, hastanelerde uygulanan çevresel riskleri azaltma ve hasta güvenliği ilkeleriyle uyumludur.

### Poliklinik Bekleme Alanları Neden Özeldir?

Poliklinik alanları;

- Farklı yaş ve sağlık durumundaki bireylerin bir arada bulunduğu,
- Tekerlekli sandalye, sedye ve ayakta bekleyen hastaların olduğu,
- Zaman zaman stres ve panik yaşanabilen alanlardır.
- Bu nedenle hafif, devrilebilir veya hareketli koltuklar; düşme, çarpma ve yaralanma riskini artırabilir.

Sabitlenme yöntemine sağlık tesisi komitesi karar vermelidir.

Örnek: Poliklinikler için zemine ankrajlı modüler sıra koltuk sistemleri en uygun çözümdür.

Bu sistem:

- Koltukların yerinden oynatılmasını önler,
- Devrilmeyi engeller,
- Alan düzenini korur,
- Temizlik ve bakım açısından pratiktir.

Sonuç olarak, poliklinik bekleme alanlarında kontrollü sabitleme, öngörülebilir risklere karşı gerekli ve uygun bir güvenlik önlemidir.

### Hasta Güvenliği

- Arıza ve aksaklıklara yönelik hızlı müdahale süreçleri tanımlanmalıdır.

### Veri Analizi ve İyileştirme

- Hasta memnuniyeti, fiziksel ortam ve temizlik hizmetlerine ilişkin veriler düzenli olarak toplanmalıdır.
- Başhekim başkanlığında iki ayda bir yapılan değerlendirmelerde bu veriler analiz edilmelidir.
- Gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler planlanmalı ve izlenmelidir.

**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 tesisleri 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.

### Rehberlik

Bu standartlar; sağlık tesisinde hasta bakımının sunulduğu tüm alanlarda hasta güvenliğinin, mahremiyetinin ve konforunun sağlanması, çevresel risklerin kontrol altına alınması ve hizmetin güvenli koşullarda sürdürülmesi amacıyla uygulanır.

### Sağlık tesisleri genelinde;

- Tekerlekli sandalye ve sedyeler gibi tıbbi donanımların hasta güvenliğine uygun olması,
- Mahremiyetin tüm klinik ve destek hizmet alanlarında korunması,
- Haşere, hırsızlık, su baskını gibi çevresel risklere karşı önlemlerin alınması gerekmektedir.

Bu süreçler, yalnızca fiziki düzenlemelerle sınırlı kalmayıp düzenli izleme, kayıt, analiz ve iyileştirme yaklaşımı ile yürütülmelidir.

### Amaç

- Hasta bakım süreçlerinde güvenli ve konforlu bir ortam oluşturmak,
- Hasta mahremiyetini koruyarak etik ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak,
- Çevresel ve fiziksel riskleri en aza indirmek,
- Gıda, temizlik ve çevre koşullarından kaynaklanabilecek sağlık risklerini önlemek,
- Hasta hareketliliği sırasında oluşabilecek düşme ve yaralanma risklerini azaltmak,
- Yönetim düzeyinde düzenli izleme ve sürekli iyileştirme kültürü oluşturmaktır.

### Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Hasta güvenliği ve konforu artar,
- Mahremiyet ihlallerinin önüne geçilir,
- Düşme, yaralanma ve çevresel kaynaklı olaylar azalır,

- Gıda güvenliği ve hijyen standartları güçlenir,
- Hasta bakım alanlarında sağlıklı, konforlu ve güvenli bir ortam sağlanır,
- Olası riskler erken tespit edilerek iyileştirici faaliyetler başlatılır,
- Hasta ve hasta yakını memnuniyeti artar.

## Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

### Mahremiyetin Sağlanmasına Yönelik Dikkat Edilecek Hususlar

- Hasta muayene ve bakım alanlarında:
  - Perde, paravan veya kapı mevcut olmalı,
- Hasta bilgileri:
  - Üçüncü kişiler tarafından görülmemeli
- Refakatçi ve ziyaretçi düzeni mahremiyeti bozmamalıdır.

### Haşere, Hırsızlık ve Su Baskını Önlemleri Dikkat Edilecek Hususlar

- Haşere ile mücadele:
  - Periyodik ilaçlama yapılmalı ve kayıtlar tutulmalıdır.
- Hırsızlığa karşı:
  - Kamera,
  - Kilit,
  - Güvenlik personeli sayısı yeterli olmalıdır.
- Su baskını riski olan alanlarda:
  - Drenaj,
  - Alarm,
  - Önleyici tedbirler alınmalıdır.

### Gıda Dağıtım ve Hijyen Dikkat Edilecek Hususlar

- Gıdalar:
  - Kapalı kaplarda taşınmalı,
  - Servis sırasında uygun ısı korunmalıdır.
- Dağıtım personeli:
  - Kişisel hijyen kurallarına uymalıdır.
- Gıda taşıma arabaları:
  - Temiz ve bakımlı olmalı ve servis sonrası kayıtlar tutulmalıdır.

### Tekerlekli Sandalye ve Sedyeye Güvenliği Dikkat Edilecek Hususlar

- Tekerlekli sandalye ve sedyeler: Frenleri çalışmalı, emniyet kemerleri sağlam olmalıdır. Tekerlekli sandalye kontrol formu oluşturulmalıdır.

#### Örnek:

#### Tekerlekli Sandalye Kontrol Listesi

##### Mekanik Durum

- Tekerlekler sağlam mı, rahat dönüyor mu?
- Lastikler (hava doluysa) uygun basınçta mı?
- Frenler iki tarafta da düzgün çalışıyor mu?
- Vida, somun ve bağlantılar gevşek mi?

## Oturma & Destek

- Oturma minderi sağlam ve doğru yerleştirilmiş mi?
- Sırt dayanağı sabit mi?
- Kolaklar sağlam ve kilitleri çalışıyor mu?
- Ayaklıklar sağlam, ayarlanabilir ve kilitli mi?

## Güvenlik

- Emniyet kemeri (varsa) sağlam mı?
- Katlanma mekanizması düzgün çalışıyor mu?
- Keskin kenar, kırık parça var mı?

## Temizlik & Hijyen

- Yüzeyler temiz ve kuru mu?
- Kan/vücut sıvısı kalıntısı var mı?
- Dezenfeksiyon yapılmış mı?

## Sedye Kontrol Listesi

### Mekanik & Yapısal

- Sedye gövdesi sağlam mı?
- Yükseklik ayar mekanizması çalışıyor mu?
- Sırt kısmı rahatça ayarlanabiliyor mu?
- Yan korkuluklar açılıp kilitleniyor mu?

### Tekerlek & Fren

- Tekerlekler düzgün dönüyor mu?
- Fren sistemi sağlam mı?
- Düz zeminde sabit duruyor mu?

## Güvenlik

- Emniyet kemerleri sağlam ve temiz mi?
- Kilit ve mandallar çalışıyor mu?
- Taşıma sırasında kayma riski var mı?

## Temizlik & Hijyen

- Minder ve yüzeyler temiz mi?
- Dezenfeksiyon yapılmış mı?
- Tek kullanımlık örtü (varsa) hazır mı?

## Ambulans Sedyesi Ekstra (Varsa)

- Hidrolik/pnömatik sistem çalışıyor mu?
- Ambulansa sabitleme kilidi sağlam mı?
- Taşıma kolları sağlam mı?

## Periyodik İzleme ve İyileştirme Dikkat Edilecek Hususlar

- Başhekim başkanlığında: İki ayda bir toplantı yapılmalıdır.
- Toplantılarda: önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir.
- Alınan kararlar: kayıt altına alınmalı ve iyileştirme faaliyetleri başlatılmalıdır.
- Sonuçlar; ilgili çalışanlarla paylaşılmalıdır.

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.

### Rehberlik:

Sağlık tesisinde **fiziksel ortamın güvenli, erişilebilir ve yönlendirici şekilde düzenlenmesini**, hasta, çalışan ve ziyaretçilerin hastane içinde **kolay ve güvenli hareket edebilmesini** sağlamayı amaçlar.

Hastane genelinde;

- Yerleşim planları ve yönlendirme işaretlerinin açık ve anlaşılır olması,
- Tesis kaynaklı düşme risklerinin azaltılması,
- Hasta ve çalışan etkileşim alanlarının güvenli ve erişilebilir şekilde düzenlenmesi,
- Kritik alanlar dâhil olmak üzere hastanenin güvenlik kameraları ile izlenebilirliğinin

sağlanması,

- Tüm bu süreçlerin düzenli olarak izlenmesi, analiz edilmesi ve iyileştirilmesi esas alınmalıdır.

Bu kapsamda uygulamalar yalnızca fiziksel düzenlemelerle sınırlı kalmamalı; **yönetimsel takip, personel farkındalığı ve sürekli iyileştirme yaklaşımı** ile desteklenmelidir.

## Amaç

- Hasta, çalışan ve ziyaretçilerin **fiziksel güvenliğini sağlamak**,
- Hastane içinde kaybolma, düşme ve yaralanma gibi riskleri azaltmak,
- Güvenli ve erişilebilir bir sağlık hizmeti sunmak,
- Hasta-çalışan iletişimini destekleyen, güven duygusu oluşturan hizmet alanları oluşturmak,
- Olası güvenlik risklerini erken tespit ederek önleyici tedbirlerin alınmasını sağlamak,
- Yönetim düzeyinde **veriye dayalı izleme ve iyileştirme** süreçlerini güçlendirmektir.

## Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Hastane içi yön bulma kolaylaşır, hasta memnuniyeti artar,
- Tesis kaynaklı düşme ve yaralanma olayları azalır,
- Hasta ve çalışan arasında güvenli ve sağlıklı iletişim ortamı sağlanır,
- Güvenlik kameraları sayesinde olaylara hızlı müdahale ve geriye dönük değerlendirme yapılabilir,
- Riskler düzenli olarak izlenir ve iyileştirme çalışmaları sistematik hale gelir,
- Kurum genelinde **güvenli fiziki ortam kültürü** gelişir.

## Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz

### Yerleşim Planları ve Yönlendirme Sistemleri

Hastane girişlerine yakın alanlarda yerleşim planları bulunmalıdır.

- Bina ve kat girişlerinde;
- Ana birimler,
- Acil çıkışlar,
- Güvenlik ekipmanları okunabilir kroki ve yönlendirme işaretleri ile gösterilmelidir.

### Tesis Kaynaklı Düşmelerin Önlenmesi

Hasta, çalışan ve ziyaretçilerin güvenliğini sağlamak amacıyla;

- Zemin,
- Merdiven,
- Rampa,
- Islak alanlar tesis kaynaklı düşmelere karşı güvenli hale getirilmelidir.

## Hasta-Çalışan İletişim Alanlarında Fiziksel Bariyerlerin Kaldırılması

Vezneler hariç olmak üzere;

- Kayıt,
- Halkla ilişkiler,
- Danışma vb. hizmet noktalarında hasta ile çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, yükseklik farkı vb.) bulunmamalıdır.

## Güvenlik Kameraları ile İzlenebilirlik

- Hastane genel alanları ve kritik birimler; güvenlik kameraları ile izlenebilir olmalıdır.

Kamera sistemleri:

- Güvenliği artıracak,
- Olayların geriye dönük incelenmesini sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır.

## Periyodik İzleme, Analiz ve İyileştirme Süreci

Başhekim başkanlığında, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir toplantı yapılmalıdır.

Toplantılar, takip eden ayın ilk 7 günü içinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek gerçekleştirilmelidir.

Analiz sonuçları, sağlık tesisi çalışanları ile paylaşılmalı, gerekli görülen durumlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

## 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.

### Rehberlik

Sağlık tesisinde fiziksel güvenliğin sağlanması, acil durumlara hazırlıklı olunması, kritik altyapıların kesintisiz çalışmasının temin edilmesi ve risklerin düzenli olarak izlenmesi amacıyla uygulanır.

Sağlık tesisleri;

- Acil çıkışlar,
- Yangın algılama ve söndürme sistemleri,
- Çatı ve bina güvenliği,
- Elektrik, jeneratör, asansör ve kesintisiz güç kaynakları,
- Su ve medikal gaz sistemleri gibi tüm kritik altyapılarını her an çalışır, ulaşılabilir ve güvenli durumda tutmakla yükümlüdür.

### Amaç

- Hasta, çalışan ve ziyaretçilerin can güvenliğini sağlamak,
- Yangın, elektrik kesintisi, su veya gaz kesintisi gibi acil durumlarda hizmet sürekliliğini temin etmek,
- Acil durumlara hızlı ve etkili müdahale edilebilmesini sağlamak,
- Olası riskleri gerçekleşmeden önce tespit ederek önlemek,
- Yönetim düzeyinde veriye dayalı karar alma ve iyileştirme süreçlerini güçlendirmektir.

### Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Acil durumlara hazırlık seviyesi artar,
- Tahliye, müdahale ve kurtarma süreçleri hızlanır,
- Yangın ve benzeri olaylarda can ve mal kaybı riski azalır,

- Kritik klinik hizmetlerin kesintiye uğrama olasılığı düşer,
- Tesis altyapısının güvenliği ve sürdürülebilirliği sağlanır,
- Kurum genelinde güvenlik kültürü oluşur.

## Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

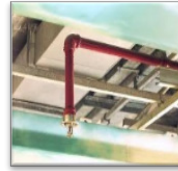
### Acil Durumlara Hazırlık

- Acil çıkış kapıları her an çıkışa hazır, ulaşılabilir ve açık tutulmalıdır.
- Tesisin herhangi bir noktasından maksimum 30 metre yürüyüş mesafesi ile bir acil çıkışa ulaşılabilir olmalıdır. (Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik).
- Engelli erişimi için acil çıkışlar, tekerlekli sandalye ve sedye ile ulaşılabilir olmalıdır. Rampalar veya uygun eğimli yollar bulunmalıdır.
- Yangın algılama ve söndürme sistemleri, yangın tüpleri ve dolapları düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
- Sağlık tesisinin yangın güvenliği açısından uygun olduğunu ve yangın riski taşıyan durumlara karşı gerekli tedbirlerin alındığını gösterir, İtfaiye Müdürlüğü Yangın Güvenliği Uygunluk Raporu olmalıdır.
- Başhekimlik ve teknik hizmetler birimi, belge geçerlilik tarihini HBYS veya iç kontrol sistemi üzerinden takip etmelidir. Yangın güvenliği uygunluk belgelerinin alınma sıklığı farklılık gösterebilir ancak yılda 1 kez periyodik denetim talep edilmelidir. Yangın güvenliği uygunluk belgeleri, tesislerde yapılan değişiklikler ve periyodik denetimlerde yenilenmelidir.

### Yangın söndürme sistemleri (sprinkler – gazlı sistem)

Aktif söndürme sistemlerinin basınç, kapsama ve çalışabilirliği garanti altına alınmalıdır.

- Sprinkler başlıkları kapalı / tıkalı olmamalıdır.
- Su basıncı ve vana durumları kontrol edilmelidir.
- Gazlı sistemlerde tüp basınçları izlenmelidir.



### Yangın Dolapları

Yangın dolapları erişilebilir, eksiksiz ve çalışır olmalıdır.

Her yangın dolabı için kontrol edilmelidir.

- Hortum sağlam mı?
- Lans var mı? (Yangın dolaplarında bulunan **yangın söndürme hortumunun ucuna takılan ve suyun yönünü, basıncını ve akış tipini ayarlayan aparattır.**) Her yangın dolabında **bir lans olmalıdır.**
- Vana çalışıyor mu?
- Dolap önü kapalı mı?

Dolap önüne eşya konulması kritik uygunsuzluk sayılmalıdır.

### Yangın Tüpleri (Portatif Söndürücüler)

Tüpler doğru yerde, doğru tipte ve dolu olmalıdır.

- Tüp tipi (ABC / CO<sub>2</sub>) uygun mu?
- Basınç göstergesi yeşil mi?

- Mührü sağlam mı?
- Etiketi güncel mi?
- Son dolum tarihi geçerli mi?

## Yangın Söndürme ve Koruyucu Ekipman Dolabı

### Dolaplarda bulunması gereken başlıca ekipmanlar:

- Yangın tulumu veya yangına dayanıklı ceket
- Yangın eldiveni
- Baret veya koruyucu başlık
- Yangın maskesi veya solunum maskesi (dumanlı ortam için)
- Yangın ayakkabısı veya bot
- Acil durum feneri veya el lambası vb.

Her ekipman, **kullanıma hazır ve hasarsız olmalı**, düzenli olarak kontrol edilmelidir. Her 50–100 metre aralıklarla veya her katta en az bir dolap bulundurulması önerilir.

## Kritik Altyapının İşleyişi

- Jeneratörler, asansörler ve kesintisiz güç kaynakları güvenli şekilde çalışmalı ve bakım periyotlarına uygun şekilde izlenmelidir.
- Su 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).

## 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, sağlık tesisleri gibi kritik yapılar için yangın güvenliği ve acil durum yönetimi açısından son derece önemli alanlardır. Çatılar özellikle tahta (ahşap) malzeme kullanıldığında, yangına karşı daha fazla risk taşıyabilir. Bu durumda, sağlık tesisi yöneticilerinin yangın güvenliği, bakım ve periyodik denetim süreçlerini çok daha titiz bir şekilde yönetmesi gerekir.

## Yangın İhbar ve Alarm Sistemlerinin Kurulması

- Erken yangın tespiti: Tahta çatılar, alev alabileceğinden, duman algılama sistemleri ve yangın alarm sistemleri önceden kurulmalıdır.
- Bölgesel alarm sistemleri: Yangın riski yüksek olan çatılar için bölgesel alarm sistemleri entegre edilmelidir. Bu, yangın tespiti durumunda diğer alanlarda da anında uyarı verir.

## Yangına Dayanıklı Malzeme Uygulamaları

- Çatının üzerine yangına dayanıklı malzemeler uygulanmalıdır. Özellikle ahşap malzeme, alev almayı kolaylaştırabilir, bu yüzden çatının tahta kısımlarına yangına dayanıklı spreyle veya boyalar kullanılabilir.
- Alev geciktirici kimyasallar, ahşap çatılar için yangın geciktirici spreyle kullanmak, yangının hızla yayılmasını engelleyebilir.

## Yangın Söndürme Ekipmanlarının Bulundurulması

- Tahta çatılarda herhangi bir yangın riski ortaya çıktığında anında müdahale yapılabilmesi için yangın söndürme cihazları (portatif yangın tüpleri, yangın kovaları vb.) çatıda kolayca erişilebilir olmalıdır.
- Eğer yangın riski çok yüksekse, sprinkler sistemleri ya da yangın su hatları gibi aktif yangın söndürme sistemleri kurulmalıdır.

## Periyodik Denetimler ve Bakım

- Tahta çatılar, yangın riski açısından daha hassas olduğundan, çatının durumu düzenli olarak periyodik denetimlerle kontrol edilmelidir.

### Bu kontrollerde:

- Ahşap malzemenin dayanıklılığı ve kuruluk durumu kontrol edilmelidir. Ahşap zamanla nem alabilir ve çürüyebilir; bu da yangın riskini artırır.
- Çatının bütünlüğü gözden geçirilmelidir. Çatıda herhangi bir deformasyon, hasar veya çatlaklar varsa, bu bölgelere özel bakım yapılmalıdır.

## Yüksek Riskli Alanlar İçin Öncelikli Denetim

- Yangın riski taşıyan alanlar (ısıtma sistemleri, elektrik tesisatları, havalandırma kanalları) sıkça denetlenmelidir.
- Ayrıca, yapısal riskler (çürüyen, kırılan ya da zarar gören tahta alanlar) da periyodik olarak kontrol edilmeli ve yenilenmelidir.

## Denetim Raporları ve Kayıtlar

Yapılan her denetim, ayrıntılı bir raporla kayıt altına alınmalıdır. Bu raporlar, yangın güvenliği açısından alınan tedbirlerin izlenebilirliğini sağlar. Yangın güvenliği raporları, bakım raporları ve görevli personel bilgilerinin sistem üzerinde güncel tutulması önemlidir.

## Acil Durum Yönetimi ve Eğitim

- Acil durum eylem planları, çatının yapısal özelliklerine göre özelleştirilmelidir. Yangın gibi acil durumlar için, tahta çatılarda hızla yayılan yangına karşı hızlı tahliye planları oluşturulmalıdır.
- Tahliye yolları ve acil çıkışlar netleştirilmeli, tahliye süreçleri tüm personel için belirli aralıklarla tatbikatlarla test edilmelidir.

## Acil Durum Ekipmanları

Yangın söndürme cihazları, ilk yardım kitleri ve yangın alarm sistemleri her kat ve odada bulunmalı ve her personelin erişebileceği noktalarda olmalıdır.

## Yapısal Güçlendirme ve Yenileme

Tahta çatılar zamanla zayıflayabilir ve yangına karşı daha savunmasız hale gelebilir. Bu nedenle, yapısal güçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Çatıdaki tahta malzemelerin yenilenmesi gerektiğinde, yangına dayanıklı malzemelerle değiştirilmesi sağlanmalıdır.

## Yalıtım ve Hava Sirkülasyonu

Yalıtım malzemeleri yangın geçişini engellemek için dikkatle seçilmelidir. Ayrıca, çatılarda doğal hava sirkülasyonu sağlanarak, fazla ısının birikmesi engellenmelidir.

## Çatı Kontrol Formu (Sadece Örnektir)

### a. Yapısal Durum Değerlendirmesi Kontrol Kriteri

- Tahta elemanlarda çürüme yok
- Taşıyıcı elemanlarda deformasyon yok
- Çatı kaplaması sağlam
- Nem / su sızıntısı yok
- Yalıtım malzemeleri sağlam

Ahşap çatılarda nem ve çürüme yüksek yangın riski oluşturur.

### b. Yangın Güvenliği Değerlendirmesi (Kritik) Kontrol Kriteri

- Yangına dayanıklı kaplama uygulanmış
- Alev geciktirici kimyasal kullanımı
- Duman / ısı dedektörü mevcut
- Yangın alarm sistemine entegre
- Portatif yangın söndürücü mevcut
- Elektrik tesisatı izole ve güvenli

### c. Elektrik Ve Mekanik Tesisat Kontrolleri Kontrol Kriteri

- Açıkta kablo bulunmuyor
- Kablo izolasyonları sağlam
- Isı kaynağına yakın ahşap yok
- Havalandırma kanalları güvenli

## 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.

13  
Standart

Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

## DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

13.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırların HBYS üzerinden izlenebilirliği sağlanmalıdır.

Örnek Tablo:

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

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

13.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırların 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 Olmayan	Sözleşme Kapsamında Olan
1														
2														
.....														
31														
<b>Toplam</b>														

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

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

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

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

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

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

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

## Örnek Tablo:

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

\*Sağlık tesisi bünyesinde MKYS Teknik Hizmet Yönetim Ekranında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınırta ait bilgilerin yer aldığı kısımdaki veriler içerisinde belirtilen alanlara ait bilgiler alınacaktır.

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

## Örnek Tablo:

BİYOMEDİKAL HİZMET ALIM TABLOSU 1	
YIL:	AY:
Günler	*Toplam Biyomedikal Hizmet Alım Envanter Sayısı
1	
2	
.....	
31	
<b>Toplam</b>	

\*Toplam Biyomedikal Hizmet Alım 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 TAKİP TABLOSU															
TARİH:		GÜN/AY/YIL:													
Sıra No	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															
<b>Toplam</b>															

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

- Hizmet alımı ile kullanılan cihazların envanter performans ve arıza kayıtları ayrı olarak takip edilmeli, yüklenici firmaların sorumlulukları ve geri dönüş süreleri konusunda tıbbi sarf depo sorumluları tarafından süreç net olarak belirlenmelidir.
- Demirbaş cihazların bakım-onarım ve kalibrasyon (biyomedikal metroloji) planları düzenli yapılmalı, periyodik bakımlar ve kalibrasyona dair dokümanlar kayıt altına alınmalıdır.

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

**Rehberlik**

Cihazların, özellikle biyomedikal dayanıklı taşınırların, HBYS sistemi üzerinden aktif, pasif ve arıza süreleri ile birlikte kayıt altına alınması sağlanır. Biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmet oranları takip edilebilmelidir. Sağlık tesisleri tarafından yukarıda belirtilen tabloların oluşturulması koşuluyla Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'inde aktif olarak yer alan KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi) kullanılabilir. Cihazların konum ve kullanım durumları izlenebilir olmalıdır. Bu süreçler düzenli analizlerle takip edilir; başhekim başkanlığında değerlendirilir ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılır.

Sağlık tesisi yöneticileri, biyomedikal cihazların Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerindeki kayıt durumu ile fiili envanter durumunu düzenli aralıklarla karşılaştırmalı; cihazların konumu, kullanım durumu ve arıza kayıtlarını sürekli izleyerek sistem üzerinden tam izlenebilirlik sağlamalıdır. Cihaz bakımları ve kalibrasyonları; planlı ve düzenli yapılır. Cihazların etkin ve güvenli kullanımını temin etmek amacıyla sağlık çalışanlarına yönelik kullanım ve bakım prosedürlerine ilişkin eğitimler düzenlenmeli; başhekim başkanlığında

cihaz yönetim sisteminin etkinliği periyodik olarak denetlenmeli, ilgili birimlerle iş birliği içinde analizler gerçekleştirilerek hasta güvenliğini ve hizmet sürekliliğini teminat altına alacak iyileştirme süreçleri zamanında başlatılmalıdır.

Hizmet alımı ve demirbaş cihaz kullanımları sürekli izlenmeli, cihaz arızaları yakın takip edilerek onarım süreçleri ivedilikle tamamlanmalıdır. Cihaz eksikliği durumunda ise, temine yönelik gerekli prosedürler hızla başlatılmalıdır.

### Standardın Amacı

Cihazların maksimum verimle, güvenli ve sürekli kullanılması sağlanarak; hasta güvenliği, hizmet sürekliliği ve maliyet etkinliğini artırmaktır.

### 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,
- Cihazların zimmet oranlarının yükseltilmesi sağlanır.

### Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Edilmelidir? 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, yeri ve cihaz ve sorumlu personel bilgileri sistemde açıkça tanımlı olmalıdır.

### Cihaz Durumlarının Etkinliği

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

### Eğitim ve Bilgilendirme Faaliyetleri

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

### Demirbaş ve Hizmet Alımı Takibi

- Hizmet alımı ile kullanılan cihazların envanter performans ve arıza kayıtları ayrı olarak takip edilmeli, yüklenici firmaların sorumlulukları ve geri dönüş süreleri konusunda tıbbi sarf depo sorumluları tarafından süreç net olarak belirlenmelidir.
- Demirbaş cihazların bakım-onarım ve kalibrasyon (biyomedikal metroloji) planları düzenli

yapılmalı, periyodik bakımlar ve kalibrasyona dair dokümanlar 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.

**14**  
Standart

Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.



## DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

**14.2.** Sağlık tesisinde birim ve ara depolarda ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili stok ve HBYS miktar ve miat uyumu kontrolü yapılmalıdır. Örnek olarak aşağıdaki tablolardan yararlanılabilir.

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

Takip ekranından her bir birim ismine tıkladığında aşağıda belirtilen ekran detayına ulaşabilmelidir.

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

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

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

\*\* MKYS'de tanımlı ilaç adını ifade etmektedir.

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

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

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

Takip ekranından her bir birim ismine tıklandığında aşağıda belirtilen ekran detayına ulaşılabilmelidir.

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

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

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

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

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

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

- İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları,
- İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok tutarları,
- Ürün bazında 5 günlük miktar tüketim ortalaması,
- Ürün bazında 5 günlük tutar tüketim ortalaması,
- Bu ürünlerin erken kullanımı veya başka birime yönlendirilerek kayıplar önlenmelidir.

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

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

- 5 günlük ilaç tüketim miktarı ve tutarı hesaplaması sadece jenerik bazında yapılacaktır.

**14.4.** Sağlık tesisinde miadı yaklaşan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin HBYS'de takibi yapılmalıdır. HBYS sistemi üzerinden gerekli uyarılar verilmelidir.

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

**14.6.** Sağlık tesisinde faturalandırılabilir ürünlerin (pakete dahil olan 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.

## Rehberlik

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

İlgili birimler, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin yönetimi hususunda belirlenen prosedürleri eksiksiz bir şekilde uygulamalı, stok ve faturalandırma süreçlerini düzenli olarak denetlemeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmalarına başlanmalıdır. Bu süreçlerin sürekli olarak izlenmesi ve optimize edilmesi, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracak ve hizmet kalitesinin yükselmesini sağlayacaktır.

## Standardın Amacı

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

## Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

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

## Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Edilmelidir?

### İhtiyaç tespit komisyonunun etkinliği

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

### HBYS ile fiili stok uyumu

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

### Özellikli birimlerde 5 günlük tüketim esasına göre stok takibi

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

### Miadı yaklaşan ürünlerin takibi

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

### Kısmi doz ve iade süreçleri

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

- Kliniklerden iade edilen ürünlerin nedenleri analiz edilmeli, iade oranları minimum düzeye çekilmelidir.

### Faturalandırma ve düşüm uygulamaları

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

### Düzenli veri analizi ve iyileştirme süreçleri

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

15  
Standart

Sağlık tesisinde medikal depo yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir



## DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

**15.2.** Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum ve kritik stok seviyesine düştüğünde, HBYS'de uyarı vermelidir. İlaçlar jenerik tanımlar bazında değerlendirilmelidir.

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

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

## Kritik Öneme Sahip İlaç Takip Tablosu

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

## Kritik Öneme Sahip Tıbbi Sarf Malzeme Takip Tablosu

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

**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 faturalandırılma uygunluğu kontrol edilmelidir. Hastada İTS/ÜTS bildirimi ve faturalandırma uygunluğu kontrol edilmelidir. Genel anestezi işlemi gerçekleştirilen tüm ADŞH'larda kontrolü yapılır.

**15.5.** Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin hareket görmeyen miktarları HBYS’de uyarı vermeli, stok tutarı takip edilmelidir ve uyarı verilen ürünler için yapılan işlem kontrol edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

Hareket Görmeyen İlaç					
Depo /Birim Adı	Jenerik Tanımı	Barkod	İlaç Adı	Stok Miktarı	Stok Tutarı
İlaç Depo				İlgili Birime Ait Toplam Miktarı	İlgili Birime Ait Toplam Tutarı
Eczane					
Acil Servis					
Yoğun Bakım - 1 Servisi					
Yoğun Bakım - 2 Servisi					
Yoğun Bakım - 3 Servisi					
Ameliyathane					
Kadın Hastalıkları ve Doğum Salonu					
Diyaliz					
Radyoloji Depo					
Anestezi Depo					
Diğer					
<b>Toplam</b>				<b>Toplam Miktar</b>	<b>Toplam Tutar</b>

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

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

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)
Nöbet Hizmet Alanı			
Servis			
Poliklinik			
Diğer .....			
Toplam	-	Toplam Adet	Toplam Tutar

İlaç ve tıbbi sarf malzeme için farklı yönetici takip tablosu olmalıdır.

**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. MKYS'de giriş/çıkış bildirimleri ile İTS/ÜTS kayıtlarının uyumu kontrol edilmelidir. Örnek olarak aşağıdaki tablolardan yararlanabilirsiniz.

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

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

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

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

**15.8.** Medikal depo kapsamında yer alan tıbbi sarf malzeme ve laboratuvar malzemelerinin stok takibi yapılmalıdır. Örnek olarak aşağıdaki tablodan yararlanabilirsiniz.

İşlem Türüne Göre Sarf Tüketim Takip Tablosu					
YIL:.....		İLGİLİ DÖNEM:.....			
İşlem Türü	Tüketilen Malzeme	Malzeme Tüketim Miktarı (gr/ml/adet)	Yapılan İşlem Sayısı	Bir İşlem Başına Ortalama Tüketim	Toplam
Amalgam Dolgu	Amalgam	1 2 0	40	3	
Kompozit Dolgu	Kompozit	5 0	25	2	
Kanal Tedavisi	Kanal Patı	3 0	10	3	
Kanal Tedavisi	Kanal Eğesi	4 0	20	2	
Detarraj	Ultrasonik Başlık	1 0	200		
Amalgam Dolgu	Siman				
Geçici dolgu vb.	Siman				
...					

**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.

## Rehberlik

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

Medikal depo yönetimi, stok seviyelerinin sürekli izlenmesi, fiili ve HBYS'deki verilerin uyumlu hale getirilmesi, hareketsiz stokların tespiti ve tüketim bildirimlerinin doğruluğu gibi kritik süreçlerde gerekli kontrol ve denetimlerin yapılmasını sağlayacaktır. Ayrıca, tüm bu süreçlerin başhekim başkanlığında düzenli olarak analiz edilmesi ve herhangi bir aksaklık tespit edilmesi durumunda iyileştirme çalışmalarına başlanması gerekmektedir.

## Standardın Amacı

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

## Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

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

## Standart Uygulanırken Nelere Dikkat Edilmelidir? Stok takibi HBYS ile uyumu

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

## Minimum ve kritik seviye uyarı sistemleri

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

## MKYS ve faturalandırma uygunluğu

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

## Hareketsiz ve fazla stoklar

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

## Stok gün süresi ve takibi

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

## İTS/ÜTS uyum ve takibi

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

## Düzenli veri analizi ve iyileştirme çalışmaları

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

**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 hizmetlerinin 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.

**Örnek tablo:**

BRANŞLAR	AYAKTAN HASTA GELİRİ	YATAN HASTA GELİRİ	GÜNÜBİRLİK HASTA GELİRİ	İLAÇ GELİRİ	TIBBİ MALZEME GELİRİ	DİĞER HASTA GELİRİ
Cerrahi						
Periodontoloji						
Endodonti						
Protez						
Ortodonti						
Oral Diağnoz						

**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.

## Rehberlik

Hasta kayıt hataları, hizmet girişleri, fatura kaçakları izlenmeli, tahakkuk miktarları takip edilmeli ve hekim ve branş bazlı gelir dağılımı analiz edilmelidir. Tahsil edilemeyen fatura tutarları ile gerçek kişilere ilişkin alacaklar gibi başlıklar izlenmeli ve iki aylık periyotlarla analiz edilerek gerekli hallerde iyileştirme yapılmalıdır.

Sağlık tesisi yöneticileri, gelir kontrolünde birinci derecede önemli olan konunun gelir artışından önce üretilen hizmetlerdeki gelir kaybının önlenmesi olduğu tespiti göz önünde bulundurarak; kayıt doğruluğu, hizmet girişleri, faturalandırma süreçleri düzenli olarak izlemelidir. Tahakkuk gelirleri analiz edilmelidir. Gelirler hekim ve branş bazında da analiz edilmelidir. Tahsil edilemeyen fatura tutarları ile gerçek kişilerden alacakların takibi yapılmalıdır.

Başhekim başkanlığında yapılan analiz sonuçlarını çalışanlarla paylaşmalı ve tespit edilen eksiklikler doğrultusunda gerekli iyileştirme çalışmalarını başlatarak sağlık tesisinin finansal yönetim kalitesini artırmalıdır. Hasta kayıt personeline, provizyon alınamayan hastalara yaklaşım ve faturalandırma süreçlerine ilişkin eğitimler düzenli aralıklarla verilmelidir.

### Standart Amacı:

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

### Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Doğru kayıt ile üretilen hizmet eksiksiz biçimde gelire dönüştürülür.
- Tahakkuk gelirleri analiz edilerek hizmetlerin gelire dönüşme durumu kontrol altına alınır.
- Branş bazlı performans izlenir ve verimlilik artırılır.
- Tahsil edilemeyen fatura tutarları ve alacakların takibi sağlanarak gelir kayıplarının önüne geçilir.

### Standartı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

#### Kayıt doğruluğu süreçlerinin güvence altına alınması

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

#### Hizmet girişlerinin tam ve zamanında yapılması

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

## Fatura ve tahsilat süreçleri

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

## Veri analizi ve iyileştirme süreçleri

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

## Personel eğitimi ve sürekli gelişim

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

17

Standart

Sağlık tesisi giderlerinin analizi yapılmalıdır.



## DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

**17.1.** Ana gider kalemlerinin (personel, ilaç ve tıbbi malzeme, hizmet alım, işletme ve kanuni yükümlülükler) analizi yapılmalıdır.

Döner sermaye bütçesi giderlerini kapsar. İlgili ayın hesapları sonraki ayın sonunda ancak kapanmakta ve TDMS'ye yansımaktadır. Dolayısıyla değerlendirmelerde en az bir ay önceki veriler değerlendirilir.

### Örnek tablo:

GİDER KALEMLERİ	İlgili Ay Verisi 2025 Eylül (9 Aylık Toplam)	Toplam Gider İçindeki Oranı (%)	Önceki Yıl Verisi 2024 Eylül (9 Aylık Toplam)	Toplam Gider İçindeki Oranı (%)
PERSONEL GİDERİ				
İLAÇ, MED, LAB GİDERİ				
YATIRIM GİDERLERİ				
HİZMET ALIM GİDERİ				
KANUNİ YÜKÜMLÜLÜKLER				
İŞLETME GİDERLER				
TOPLAM GİDER				

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

**Örnek tablo:**

GİDER TAKİP		
GİDER TÜRÜ	AY	
	Tutarı	Tüketim Miktarı
Medikal Gaz		
Elektrik		
Su		
Yakacak		
Tıbbi Atık		
Haberleşme (Telefon, İnternet vb.)		
Kira		
<b>TOPLAM</b>		

■ 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

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

**Örnek tablo:**

GİDER KALEMLERİ	İlgili Ay Verisi 2025 Eylül (9 Aylık Toplam)	Önceki Yıl Verisi 2024 Eylül (9 Aylık Toplam)
Hasta Başı İlaç ve Tıbbi Malzeme Gideri		
Personel Başı Fazla Mesai Gideri		
Metrekare Başına Enerji Gideri (Elektrik, Su, Yakacak)		
Hasta Başına Tıbbi Atık Miktarı		

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

**17.5.** Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri analiz edilmelidir.

## Örnek tablo:

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

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

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

Sistem dinamik yapıda olmalıdır. Sistem üzerinden mesai ve nöbet sayıları kontrol edilebilmelidir. İzin, rapor, nöbet ve fazla mesai dökümünün maaş tahakkuk dosyası için imzaya sunulan kısmı bu ekrandan çekilebilmelidir. Aynı zamanda HBYS'nin döner sermaye işlemleri modülünden personel hareketlerine ulaşılabilir. 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.

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

## Rehberlik

Tüm ana gider kalemleri (Personel, İlaç ve Tıbbi Malzeme, Hizmet Alım, İşletme) dönemsel, branş, işlem, kişi bazında analiz edilmeli; iki aylık dönemlerde veriler değerlendirilerek tasarruf olanakları belirlenmelidir.

Sağlık tesisi yöneticileri; TDMS'deki tasnif ölçüt alınarak Personel, İlaç ve Tıbbi Malzeme, Hizmet Alım, İşletme giderlerinden oluşan ana gider kalemlerini analiz etmeli, bu gider kalemleri içindeki değişken giderleri bu analizler ile birlikte kontrol altına almalı, başhekim başkanlığında yapılan değerlendirme sonuçlarını ilgili birimlerle paylaşmalı ve riskli görülen alanlarda gider azaltmaya yönelik iyileştirme çalışmalarını başlatarak kaynakların verimli kullanımını sağlamalıdır.

## Standart Amacı:

Kaynakların etkili kullanımıyla giderleri azaltmak ve mali sürdürülebilirliği sağlamaktır.

## Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

- Değişken giderler kontrol altına alınır ve sabit giderlerin Sağlık tesisi üzerinde baskı oluşturmasının önüne geçilir.
- Branş, işlem ve kişi bazlı parametrelerin karşılaştırma imkanı sağlaması ile giderlerin riskleri ölçülebilir.
- Fazla mesai ve personel giderleri optimize edilebilir.
- Giderlerin performans etkisi görülerek önceliklendirme yapılır.

## Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

### Giderlerin performans ilişkisi

- Başta işletme ve hizmet alım gider kalemleri olmak üzere tüm gider kalemleri düzenli olarak analiz edilmeli, olası gider artışları ve israflar 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

- İlgili aydaki gider kalemleri yıl başından itibaren kümülatif toplam olarak hesaplanıp, önceki yılın aynı dönemdeki toplamı ile karşılaştırılarak gider artış ve azalış miktarları tespit edilir.

- Artışı tespit edilen gider kalemlerinin alt kırılımlarında bu artışa neden olan esas sebepler bulunur.
- 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.

### Riskli alanlarının belirlenmesi ve iyileştirme

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

### Bilgi paylaşımı ve iş birliği

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

18  
Standart

Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.



## DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

**18.1.** Poliklinik hastalarının sağlık tesisi süreci tamamlandıktan, günübirlik 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.

### Rehberlik

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

Görüşmeleri yapacak kişiler, iyi iletişim becerilerine sahip olan, tercihen halkla ilişkiler konusunda temel düzeyde hizmet içi veya örgün eğitim almış kişilerden seçilmelidir. Görüşmeler sonucunda elde edilen geri bildirimler dikkatle analiz edilmeli; uygulanabilir

öneriler dikkate alınmalı ve bu önerilerin değerlendirildiğine dair kanıtlar oluşturulmalıdır. Bu kanıtlar, geri bildirimlerin yalnızca alındığını değil, aynı zamanda standartlara dönüştürülerek iyileştirme süreçlerine entegre edildiğini göstermelidir.

Tüm bu süreçler, başhekim başkanlığında ilgili yöneticilerle birlikte değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. Her alanda hasta güvenliğine yönelik (enfeksiyon, düşme, bilgi güvenliği vb.) düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık çalışanları için hasta güvenliği, iletişim becerileri, etik ve hasta memnuniyeti konularında düzenli eğitimler düzenlenmelidir. Görüşülen hasta veya yakınının yaşı, cinsiyeti ve eğitim durumu kayıt altına alınmalıdır.

### Örnek sorular:

Sağlık tesisimizden hizmet alırken ne tür güçlükler yaşadınız?

- En çok güçlüğü hangi bölüm veya aşamada yaşadınız?
- Bu güçlükleri aşmak için önerileriniz nelerdir?

Sağlık tesisimizde iyileştirilmesini istediğiniz hizmet var mı ve önerilerinizi söyler misiniz?

Bize iletmek istediğiniz başkaca bir husus var mıdır?

### Standartın Amacı:

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

### Standartın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

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

### Standartı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

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

### Kapsamlı ve sistematik veri toplama

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

## Örneklem seçilirken;

### Poliklinik Hastaları İçin Örneklem Belirleme Önerisi

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

**Örneklem Sayısı:** Aylık toplam poliklinik hasta sayısının %1-2'si önerilir (Örneğin, sağlık tesis büyüklüğüne göre).

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

**Dikkat Edilecek Nokta:** Farklı polikliniklerden dengeli dağılım sağlanmalı.

**Günü Birlik Servis Hastaları İçin Örneklem Belirleme Önerisi (ADSH'ler için) Kapsam:** Taburculuktan 48 saat sonra görüşme yapılmalıdır.

### Örneklem Sayısı

Aylık toplam servis taburculuklarının %5-10'u görüşme için yeterli ve sürdürülebilirdir.

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

**Seçim Yöntemi:** Katmanlı Rastgele Örnekleme (en etkili yöntem)

- Cerrahi işlem alanlar, pedodonti ve engelli hastalara göre hasta dağılımı dengelenir (Örneğin, cerrahi müdahale yapılan hasta 20, pedodonti hastası 15, engelli hasta 10 vs.).

### Görüşme Planlaması

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

### Düzenli İzleme ve Raporlama

- Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir toplanarak önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir.
- Değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler planlanmalı ve hızla uygulamaya alınmalıdır.

19  
Standart

Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

## DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

Evde sağlık hizmeti vermeyen kurumlar için İl sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulan sağlık tesisi değerlendirme komisyonundan muafiyet yazısı olması halinde MUAF sayılabilecektir.

**19.1.** Evde sağlık talepleri öncelik durumuna göre sınıflandırılmalıdır.

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

**19.3.** Evde sağlık hastalarının tedavi planları ve devam randevuları takip edilmeli ve 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.

Evde Sağlık Hizmetleri Girişimsel İşlem Takip Tablosu

	Ocak	Şubat	.....	TOPLAM
Dolgu işlem sayısı				
Kanal tedavisi işlem sayısı				
Sabit protez sayısı				
Hareketli protez sayısı				
Çekim işlem sayısı				
Detartraj işlem sayısı				
Diğer yapılan işlemler				

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

**19.5.** Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

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

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

**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.

## Rehberlik

Evde sağlık talepleri öncelik durumlarına göre sınıflandırılmalı, taleplerin karşılanma süreci düzenli olarak izlenmeli ve hasta geri bildirimleri doğrultusunda hizmet süreçleri sürekli iyileştirilmelidir.

Aşağıdaki öncelik kategorileri örnektir. Evde Sağlık Hizmetleri hekimi hasta değerlendirmesinden sonra talep önceliklendirmeye ve hasta ziyaret sıklığına kendi karar verir.

### Grup 1.YÜKSEK ÖNCELİKLİ

(Örn, Dental travma, masif kanama, akut ağrı, enfeksiyon vs.)

- Ziyaret süresi: 24–72 saat
- Risk: Orta
- Evde sağlık ana hedef grubu

### GRUP 2 – ORTA ÖNCELİKLİ

(Örn, Dental tedaviler vs.)

Ziyaret süresi: 3–7 gün  
Risk: Düşük – Orta

**GRUP 3 – DÜŞÜK ÖNCELİKLİ**

(Örn, Protez kırıkları, rutin ziyaretler, ilaç reçeteleri vs)

Ziyaret süresi: 7–15 gün

Risk: Düşük

**Talep Karşılama Süreçlerinin İzlenmesi**

Süreç performans göstergeleri belirlenmeli, yönetim tarafından ölçülebilir göstergeler tanımlanmalıdır.

Gösterge	Hedef
Talep – ilk ziyaret süresi	$\leq 72$ saat
Zamanında hizmet oranı	$\geq \%90$
İptal edilen ziyaret oranı	$\leq \%5$

- Bu göstergeler HBYS rapor ekranlarında görünür olmalı,
- Aylık otomatik rapor alınmalıdır.

**Hasta Geri Bildirimleri ve Sürekli İyileştirme**

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

**Sistemik Geri Bildirim Mekanizması Kurulmalı**

- Telefon anketi
- SMS / dijital memnuniyet anketi
- Ev ziyareti sonrası kısa değerlendirme formu
- Şikâyetler kayıt altına alınmalı,
- Tekrarlayan sorunlar için Düzeltici İyileştirici Faaliyet DİF başlatılmalıdır.

**Ekip Yapısı Yazılı Olarak Tanımlanmalı**

- Diş hekimi
- Sağlık memuru
- ihtiyaç halinde bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri
- Şöför
- Haftalık kısa ekip toplantıları yapılmalı,
- Kritik vakalar için ortak karar kaydı tutulmalıdır.

**Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi**

İhtiyaç halinde Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi aracılığıyla görüntülü görüşme yapılmalıdır.

- Bakanlık onaylı sistem kullanılmalı,
- Görüntülü görüşmeler HBYS'ye not düşülmelidir.

- Hastaya uzaktan sağlık hizmet sunumu ile ilgili yapılan bilgilendirme kayıt altına alınmalı

## HBYS Üzerinden İzleme ve Veri Analizi

Evde sağlık hizmet sürecinin analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla iki ayda bir, izleyen ayın ilk yedi günü içerisinde analiz edilmeli ve gerekli durumlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

İlgili ayda yapılan dolgu, kanal tedavisi, sabit protez vb. tüm girişimsel işlemler takip edilecektir. Başvuru ile ilk ziyaret arasındaki süre ölçülmeli, gecikme yaşanan durumların nedenleri (personel eksikliği, ulaşım sorunları vb.) analiz edilmelidir. Mesai saatleri içerisinde randevu taleplerinin karşılanamaması durumunda mesai dışında ve hafta sonunda taleplerin karşılanmasına yönelik planlamalar yapılmalıdır.

### Standardın Amacı:

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

### Standardın Sağlık Tesisine Sağladığı Katkı

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

### Standardı Uygularken Nelere Dikkat Etmeliyiz? 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.
- Talepler, aciliyet ve tıbbi öncelik durumuna göre sistematik şekilde sınıflandırılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

### Hizmet planlama ve süreç izleme

- Talep ve başvurular sonrası hastaların hizmet süreci, ilk değerlendirmeden tedavi takibine kadar düzenli olarak izlenmeli ve HBYS üzerinden belgelenmelidir. Taleplerin karşılanma süreci analiz edilmelidir.
- Hastaların tedavi planları takip edilmeli, düzenli kontrol ve değerlendirmeler yapılmalıdır. Evde sağlık hizmetleri kapsamında yapılan hasta ziyaretleri ve bu ziyaretlerde yapılan girişimsel işlemler (muayene, protez uyum kontrolü, küçük cerrahi müdahaleler vb.) takip edilmelidir.
- Evde sağlık ekibinin (hekim, yardımcı sağlık personeli) başvurudan sonra ziyarete kadar geçen sürenin takibi yapılmalıdır.
- Kullanılan tıbbi ekipman ve malzemeler güncel, steril ve ihtiyaçlara uygun olmalıdır.
- İlgili ayda yapılan dolgu, kanal tedavisi, sabit protez vb. tüm girişimsel işlemler takip

edilecektir. Başvuru ile ilk ziyaret arasındaki süre ölçülmeli, gecikme yaşanan durumların nedenleri (personel eksikliği, ulaşım sorunları vb.) analiz edilmelidir. Mesai saatleri içerisinde randevu taleplerinin karşılanamaması durumunda mesai dışında ve hafta sonunda taleplerin karşılanmasına yönelik planlamalar yapılmalıdır.

### Multidisipliner yaklaşım ve uzaktan hizmet

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

### Birimler arası entegrasyon

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

### Düzenli analiz ve sürekli iyileştirme

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

20  
Standart

Kurum hedef göstergeleri analiz edilmelidir.



## DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

**20.1.** Kurum hedef göstergeleri Başhekim tarafından takip edilmelidir.

### Rehberlik

Kurum hedef göstergeleri aylık olarak izlenmeli, analiz edilmeli ve raporlanmalıdır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda iyileştirme süreçleri planlanmalı, gerekli düzenlemeler uygulanarak performansın sürdürülebilir şekilde geliştirilmesi sağlanmalıdır.

### Standardın Amacı:

Kurum hedef göstergeleri aylık olarak izlenmeli, analiz edilmeli ve raporlanmalıdır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda iyileştirme süreçleri planlanmalı, gerekli düzenlemeler uygulanarak performansın sürdürülebilir şekilde geliştirilmesi sağlanmalıdır.

## 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.
- Kurum hedef göstergeleri değerlendirilirken analiz sabitlenen ay üzerinden yapılmalıdır.

### Sisteme entegrasyon ve erişim

- Göstergeler, Bakanlık dijital veri sistemleri ve HBYS aracılığıyla toplanır; HBYS üzerinden Bakanlığa gönderilen verilerin doğruluğundan sağlık tesisi yöneticileri sorumludur.
- 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.

### İyileştirme odaklı yaklaşım

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

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

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

### Rehberlik

Klinik rehber ve protokollere uyumun artırılması amacıyla sağlık çalışanlarının rehberlere erişimi sağlanmalı, rehberleri etkin kullanmalarına yönelik farkındalık ve eğitim çalışmaları yürütülmelidir.

Uyum düzeyi; klinik uygulamalar, klinik ziyaretler ve HBYS entegrasyonu üzerinden düzenli olarak izlenmeli ve analiz edilmeli, elde edilen veriler doğrultusunda gerekli iyileştirme çalışmaları planlanarak uygulanmalıdır. Klinik rehber ve protokollere “Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı” web sayfası üzerinden erişim sağlanmaktadır.

### 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 dzenli eğitimler planlanmalıdır.
- Eğitimlerin içeriği güncel gelişmelerle uyumlu olmalı ve katılım kayıtları tutulmalıdır.

## Uyumun izlenmesi ve analizi

- Klinik rehber ve protokollere uyum oranı, branş ve hastalık bazında analiz edilir. Uyum düzeyi; klinik uygulamalar, ilgili klinik ziyaretleri ve HBYS kayıtları üzerinden değerlendirilir.
- Klinik rehber ve protokollere uyum analiz sonuçları şeffaf biçimde paylaşılır ve düşük uyum gösteren birimlere yönelik geri bildirim sağlanır.

## 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 nerileri st yönetimle paylaşılmalıdır.

## Mevzuata uyum

- Sağlık tesisi tarafından kullanılan tüm klinik rehber ve protokoller, Bakanlıkça yayımlanan güncel rehberlerle tutarlı olmalı, çelişkili durumlar tespit edildiğinde gerekli güncellemeler zamanında yapılmalıdır. Klinik rehber ve protokollere SHGM Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı bağlantısı üzerinden erişim sağlanmalıdır.

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/ başhekimlikler sağlık bilişim alt yapısını kurarak sağlık tesisi ve klinik bazlı tescillerini yaparak kliniklerde 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.

### Rehberlik

Uzaktan sağlık hizmetleri; Sağlık Bakanlığı mevzuatına uygun olarak yetkilendirilmiş sağlık profesyonelleri tarafından sunulmalıdır. Hizmet sunumunda hasta mahremiyeti ve veri güvenliği esas alınmalı, uygun teknolojik altyapı sağlanarak hizmetin güvenli, etkin, kesintisiz ve izlenebilir şekilde yürütülmesi temin edilmelidir. Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi (UHDS) kullanımı desteklenmeli, tüm süreçler HBYS üzerinden kayıt altına alınmalı ve izlenebilirlik sağlanmalıdır. Veri güvenliğine yönelik teknik tedbirler ile yönetsel planlamalar oluşturulmalı, hizmet sunumu düzenli olarak izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirme faaliyetleri uygulanmalıdır.

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

### Kayıt ve izlenebilirlik

- Tüm uzaktan sağlık görüşmeleri, tanı ve tedavi süreci ayrıntılarıyla birlikte Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden eksiksiz kaydedilmelidir.
- Uzaktan hasta sunumu öncesinde hasta/hasta yakını bilgilendirilir ve bilgilendirmenin yapıldığına dair sistem (HBYS bilgilendirme sistem kaydı) oluşturulur. Sürecin tüm aşamalarında mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uygunluk sağlanır.
- Görüşmelere dair verilerin mahremiyet ve kişisel veri güvenliği ilkelerine uygun biçimde korunması sağlanmalıdır.

### Yönetişim ve izleme

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

### Süreklilik ve kalite

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

### Etik ve hasta odaklılık

- Uzaktan sağlık hizmeti sunumunda hasta ve/veya yakınının bilgilendirilmesi ve süreçlerin etik ilkelere uygun olarak yürütülmesi sağlanmalıdır.
- Uzaktan değerlendirmeyele çözülemeyecek durumlar tespit edilerek hastanın yüz yüze hizmete yönlendirilmesi sağlanmalıdır.





# TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

2026

**Versiyon 2**